



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DE ENFERMERÍA COMUNITARIA



CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN QUE REALIZAN LOS USUARIOS A ENFERMERÍA EN LA POLICLÍNICA MUNICIPAL DE CASABÓ

AUTORES:

Br. Dos Santos, Alba
Br. Fernández, Alvaro
Br. Rondeau, Gabriela
Br. Silva, Natalia

TUTORES:

Lic. Enf. Monge, América
Lic. Enf. Lacava, Esther

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2004

Agradecimientos

Queremos dar gracias a:

Tco. en Registros Médicos Federico Ramos. Por su aporte en el soporte informático en el procesamiento de la información.

Bibliotecóloga Rosa Maria Lantes y demás funcionarios de la biblioteca del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Por el apoyo en la búsqueda bibliográfica.

Estudiante de Bibliotecología Carlos Repetto. Por su aporte en la elaboración del citado de referencias.

Auxiliar de Enfermería Ana Blanco y Equipo barrial Operativo de Casabó. Por el apoyo en el financiamiento de los formularios para la investigación.

Lic. en Enfermería Maria Otaduy. Por que sin su ayuda hubiese sido imposible esta investigación.

Autores

Alba Dos Santos

Alvaro Fernández

Gabriela Rondeau

Natalia Silva

Índice

	<u>Pág.</u>
▪ <i>Resumen</i>	3.
▪ <i>Introducción</i>	4.
▪ <i>Tema</i>	6.
▪ <i>Delimitación del problema</i>	7.
▪ <i>Objetivos</i>	8.
▪ <i>Fundamento y antecedentes</i>	9.
▪ <i>Marco conceptual</i>	21.
▪ <i>Marco referencial</i>	62.
▪ <i>Diseño metodológico</i>	67.
▪ <i>Resultados</i>	74.
▪ <i>Análisis</i>	80.
▪ <i>Conclusiones</i>	92.
▪ <i>Sugerencias</i>	93.
▪ <i>Bibliografía</i>	94.
▪ <i>Anexos</i>	97.
▪ <i>Índice de tablas y gráficos</i>	118.

Resumen

El objetivo es describir las características que tiene la demanda de atención que realizan los usuarios a Enfermería Profesional y/o Auxiliar en la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo del barrio Casabó, en el período comprendido entre el 17 y el 21 de Noviembre de 2003.

El diseño metodológico corresponde a un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. El universo está conformado por todos los individuos que demandan Atención de Enfermería Profesional y/o Auxiliar en la policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo del barrio Casabó. La muestra, no probabilística, por conveniencia, está constituida por 258 usuarios que realizaron 324 demandas de atención a Enfermería Profesional y/o Auxiliar, en el consultorio de enfermería, en el período comprendido entre el 17 y 21 de Noviembre de 2003.

Entre los resultados se destaca que los sujetos se caracterizan por ser mayoritariamente de sexo femenino, por predominar un grupo de población madura (mayor de 35 años), por tener bajo nivel de instrucción y no trabajar. Son integrantes fundamentalmente de familias nucleares, acuden principalmente desde las áreas cercanas a la policlínica, y por tener una capacidad potencial de elección en relación a la institución oferente de servicios, dado que además de atenderse en la policlínica, una amplia mayoría tiene derechos vigentes en instituciones de salud. En lo referente a las características de la demanda el motivo principal por el cual los usuarios demandan atención es para la realización de procedimientos, destacándose en primer lugar la medición de la presión arterial. En cuanto al tipo de demanda, una alta proporción acudió por iniciativa propia (demanda espontánea), lo que indica que es la población el principal agente iniciador de la demanda y del proceso de utilización de los servicios de enfermería. Con respecto a la distribución de la demanda en el tiempo, hay un claro predominio en cuanto a las solicitudes efectuadas en el horario de la mañana, frente al de la tarde, y que las mismas se concentran a su vez en las primeras horas (demanda masificada). Otra característica según esta variable, es la de ser una demanda que fluctúa, presentando picos de demanda el día lunes, jueves y viernes. La solicitud de medición de la presión arterial en su mayoría no se engloba dentro del programa "Control del adulto hipertenso y diabético".

Concluimos que el papel de Enfermería en el consultorio, se cotiza en el rol del técnico que satisface la demanda de un individuo mediante un contrato puntual de un servicio prestado en ese momento, y que se basa en aplicar una intervención acotada solamente a satisfacer esa demanda.

Sugerimos programar los encuentros que sean posibles mediante el sistema de cita previa, mecanismo éste, para redistribuir la demanda mediante la limitación del número de solicitudes diarias. Y en cuanto los técnicos, consideramos que en la Policlínica se necesita que todo el personal de enfermería sea profesional, ya que es el que está capacitado para abordar acciones preventivas, de promoción y curativas, y para trabajar no sólo con el individuo, sino también con grupos y con la comunidad.

Introducción

El presente informe fue elaborado por cuatro estudiantes de Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional de Enfermería, correspondiendo a la tesis de pregrado -instancia final de la carrera- perteneciente al 4º Ciclo, 1º Módulo, del Plan de Estudios 93; para el mismo contamos con tutorías docentes del Departamento de Enfermería Comunitaria.

Al conocer los registros del Servicio de Atención a la Salud (SAS) dependiente de la División Salud y Programas Sociales de la Intendencia Municipal de Montevideo "Informe de las atenciones de las policlínicas municipales 2000-2002", pudimos observar, en cuanto a las atenciones de Enfermería Profesional y/o Auxiliar, que a nivel de todas las policlínicas, Enfermería aporta en promedio el mayor volumen del total de las atenciones. Al no contar con registros sobre el número de población usuaria que generó estas atenciones, surgió el interés por "conocer las características de la demanda de atención de Enfermería", para de este modo, contribuir con elementos que ayuden a hacer interpretaciones válidas sobre estos datos. En base a esto nos planteamos: ¿Que características tiene la demanda que realizan los usuarios a Enfermería Profesional y/o Auxiliar, en la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo del barrio Casabó, en el período comprendido entre el 17 y el 21 de Noviembre de 2003? El interés manifesto por los integrantes del equipo de atención de esta policlínica, sumado a que la misma tiene relación con el programa APEX-Cerro, motivaron la realización de esta investigación en la policlínica.

El diseño metodológico corresponde a un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Se tomo como universo a todos los individuos que demandaron atención de Enfermería Profesional y/o Auxiliar en la policlínica perteneciente a la Intendencia Municipal de Montevideo ubicada en el barrio Casabó, siendo la muestra seleccionada no probabilística, por conveniencia. La misma esta constituida por 258 usuarios que realizaron 324 demandas de atención a Enfermería Profesional y/o Auxiliar, en el consultorio de enfermería, en el período anteriormente mencionado. El criterio de inclusión establecido fue individuos que demandaron atención de Enfermería Profesional y/o Auxiliar indistintamente, mientras que los criterios de exclusión se basaron en aquellos cuyo motivo de atención era la administración de inmunizaciones, los que demandaron atención de enfermería fuera del horario de atención estipulado por la policlínica, y aquellos que no quisieron ser entrevistados.

La recolección de datos se efectuó a través de la aplicación de un formulario de elaboración propia. El método fue la encuesta, siendo la técnica empleada la entrevista estructurada. El formulario contempla dos partes principales. Una dirigida a caracterizar al demandante y la otra a caracterizar la demanda de atención. Una vez que se recolectaron los datos, se procedió a la codificación de los mismos en base a lo estipulado en la operacionalización de las variables.

Por último, en lo referente a los antecedentes del tema, el más cercano lo constituye, la investigación realizada por Monserrat Pílas -et al- que se titula "Características de la demanda en la

consulta de enfermería de Atención Primaria⁷. La misma trata sobre las funciones y actividades de los profesionales de Enfermería, potenciando las de prevención y promoción de la salud.

Tema

Demanda que realizan los usuarios a Enfermería Profesional y/o Auxiliar, en la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo del barrio Casabó, en el período comprendido entre el 17 y el 21 de Noviembre de 2003.

Delimitación del problema

¿Que características tiene la demanda que realizan los usuarios a Enfermería Profesional y/o Auxiliar, en la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo del barrio Casabó, en el período comprendido entre el 17 y el 21 de Noviembre de 2003?

Objetivos

Objetivo General:

Describir las características que tiene la demanda de atención que realizan los usuarios a Enfermería Profesional y/o Auxiliar en la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo del barrio Casabó, en el período comprendido entre el 17 y el 21 de Noviembre de 2003.

Objetivos Específicos:

- 1. Caracterizar a los usuarios que demandan atención de Enfermería en base a su edad, sexo, nivel de instrucción, cobertura en salud, situación laboral, accesibilidad geográfica y tipología familiar.*
- 2. Determinar el motivo por el cual el usuario demanda atención a Enfermería.*
- 3. Determinar el tipo de demanda en base a demanda final, demanda derivada y demanda prerequisite.*
- 4. Describir la distribución del volumen de la demanda en el período comprendido entre el 17 y el 21 de Noviembre de 2003, en base al día y horario de atención.*

Fundamento y antecedentes

Introducción.

La salud y la enfermedad son conceptos relativos que a lo largo de la historia han sido percibidos por la sociedad de formas distintas y siempre influenciadas por variables sociales, culturales, económicas y políticas del momento.

Durante mucho tiempo para el individuo y la sociedad, la salud era percibida como la capacidad de funcionar, cuya alteración se temía, dado que los hombres se sentían impotentes para luchar contra las fuerzas sobrenaturales que eran causantes de la enfermedad. Así pues, era conveniente seguir comportamientos adecuados que marcaban sobre todo la religión, las reglas sociales y los tabúes.

La percepción de la salud como "factor de producción" es también muy antigua teniendo su apogeo en la revolución industrial del siglo XVIII, siendo la salud el instrumento que permitía encontrar o mantener un empleo.

Los resultados de la segunda guerra mundial condujeron a un intenso proceso de industrialización consolidando la creencia en el "valor absoluto de la tecnología".

El desarrollo de nuevos modelos teóricos del enfermar junto con el opulente¹ Estado paternalista, hizo que se extendiera el concepto de que la salud y el bienestar eran responsabilidad del Estado.

Por otro lado, el surgimiento del movimiento de la contra cultura trajo consigo una visión holística² que junto con la percepción hedonista de la salud se extendió rápidamente y se hizo popular en la población. Más tarde esta visión asociada a la salud-placer evolucionó hacia la salud como un bien de consumo con dos importantes vertientes, la salud como bien de consumo ofreciendo toda una serie de "productos saludables", y salud como bien de consumo de servicios sanitarios; ya no buscando la curación de la enfermedad sino también el incremento de su bienestar³.

Hoy en día nos encontramos con un mundo donde el cambio es la única constante. Los cambios son tan radicales y complejos que nos obligan a volver a repensar mucho de lo que hemos aceptado como dado.

Estamos rápidamente convirtiéndonos en una "sociedad de información", donde "el conocimiento" en oposición a "bienes materiales" ha tomado lugar.

La necesidad de información por la gente (así como la disponibilidad de la misma) es mayor que nunca. Más y más personas demandan mayores niveles de calidad, no solamente de productos y servicios, sino también en todas las facetas de la vida.

¹ Opulente: que tiene opulencia. Opulencia: abundancia, riqueza y sobra de bienes.

² Holística: relativo al holismo. Holismo: concepto filosófico en el que una entidad es considerada como más que la suma de sus partes.

³ Alfonso Roca M. Enfermería Comunitaria I. Barcelona: Masson-Sabat; 1992. p 41-45.

*La creciente demanda por la calidad sacude los cimientos de muchas prácticas establecidas e instituciones, llevándonos como de hecho nos lleva críticamente a preguntarnos sobre algo de índole fundamental ¿Es esto lo mejor que podemos hacer? ¿Hay alguna manera de hacer esto mejor?*⁴

La implementación del modelo neoliberal -dictadura mediante- en América Latina, con sus corolarios de endeudamiento y dependencia tecnológico-industrial de los países centrales, a través de la globalización, determinó junto con otras causas que parte de nuestra población viva en condiciones de extrema pobreza, sin cobertura de sus necesidades básicas (acceso a los servicios sanitarios) y expuesta a riesgos adicionales; adoptando un perfil epidemiológico propio.

La rápida incorporación de nuevos conocimientos y tecnologías, vinculadas con la presión de las empresas transnacionales (farmacéutica y de bienes de uso) a través de la fuerte inversión en propaganda pública y médica -promocionando marcas como superiores a las drogas genéricas- y el empleo de prácticas monopólicas, ha regido la característica del consumo social⁵, dando cabida al desarrollo del hospitalocentrismo y la subespecialización de profesionales sanitarios enfocados hacia los mecanismos por los que se producen las enfermedades, su diagnóstico y tratamiento; alcanzando niveles elevados de sofisticación científico-técnico. Esta modalidad de atención requirió una gran concentración de recursos, lo que determinó un alto costo de la atención sanitaria e inequidades muy importantes en las prestaciones de servicios.

Sin duda alguna el avance de la ciencia nos ha servido tanto que la expectativa de vida ha mejorado drásticamente durante las últimas cuatro décadas, resultando en lo que se ha calificado como una "transición demográfica" o envejecimiento de la población mundial. Esta transición demográfica ha traído a su vez, una transición epidemiológica con un aumento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas propias del adulto.

En suma, todos los factores anteriormente mencionados han contribuido por un lado, a incrementar la utilización⁶ de los servicios sanitarios, y por el otro al incremento del gasto sanitario. Esto último se ha convertido en una amenaza al conjunto de programas sociales desarrollados por el Estado⁷, debiendo éste realizar mayores transferencias⁸ de capital, constituyéndose en uno de los elementos que contribuyó al aumento del gasto público⁹, trayendo como consecuencia una mayor presión en el equilibrio fiscal¹⁰. Puesto que a la vez que aumentan las necesidades sociales, no hay un crecimiento económico que las acompañe, y además hay disminución del número de personas que contribuyen a la génesis de los recursos¹¹.

⁴ Bustos R. *Los desafíos sanitarios de frente al nuevo siglo. Atención Primaria de salud. MSP, Montevideo, /s.d./, 10(27):3.*

⁵ Margolis E. *Temas de auditoría médica. Montevideo: Casmu; 1982 p 41.*

⁶ Utilización: consecución de la atención proporcionada por los servicios sanitarios en forma de contacto asistencial. Mancera, J. et al. *Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. Atención Primaria 2001;27(9):100.*

⁷ Bergara M, Berreta N, Della Mea U, et al. *Economía para no economistas. Montevideo: UR; 2000, p. 162.*

⁸ Transferencias: son pagos por los cuales no hay una contraprestación en bienes o en servicios. Esta es una de las funciones del sector público. *Ibidem* p 155.

⁹ *Ibidem* p 167-170.

¹⁰ Existe equilibrio fiscal cuando los ingresos públicos igualan a los egresos. El déficit del sector público uruguayo consolidado representó el 4% del PBI en el 2002. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Económicas y de la Administración. *Apud Informe de Copuntura Uruguay 2002-2003. Montevideo: UR; 2003, p 163.*

¹¹ Del Llano Señaris J. *Cuestión sanitaria: Innovación y desafíos. Barcelona: Masson; 1998, p 72.*

Cualquier sistema sanitario debe buscar la máxima satisfacción de los miembros de la población a la que se dirige, tanto en el mantenimiento de la salud como en la asistencia de la enfermedad. A nuestro criterio, el buen funcionamiento del sistema sanitario descansa sobre cuatro pilares: a) El estamento político, que debería abordar con rigor y sentido de la responsabilidad (huyendo de los oportunismos partidistas) las reformas necesarias que posibiliten una gestión eficaz. b) Los gestores, que presionados por las autoridades sanitarias hacia la contención del gasto, deberían en su actuación atender a numerosos criterios y no a razones exclusivamente económicas, ni a corporativismos. c) El técnico en ejercicio debería realizar un gran esfuerzo en la actualización de su competencia, para que todas sus actuaciones sean desde el punto de vista de la competencia clínica de máxima calidad, y que atiendan además al criterio de eficiencia. d) Por último, la población en general a la que se dirige el sistema sanitario, debería comprender lo que puede realmente demandar al mismo.

Utilización de los servicios de Enfermería en las Policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo.

La Intendencia Municipal de Montevideo desde el Departamento de descentralización, División Salud y Programas Sociales, brinda servicios en el Primer Nivel de Atención a través del Servicio de Atención a la Salud (SAS), como parte de un conjunto articulado de políticas, programas y servicios de promoción social municipales, orientados hacia zonas y sectores sociales con carencias críticas y necesidades básicas insatisfechas.

Desde 1990, en Montevideo se fortaleció y extendió la red de Policlínicas Municipales (actualmente veinte) en el primer Nivel de Atención, articulando sus programas y actividades entorno del "Plan de Atención Zonal" (PAZ), que tiene como propósito general: "contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos, a través de acciones integradas y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud individual y colectiva"; y como objetivo general: "desarrollar un plan de atención zonal a la salud, que a partir de las Policlínicas Municipales y en coordinación con otras instituciones de salud, contribuya a conformar la base de los sistemas locales de salud. Esto supone profundizar el proceso de transformación del modelo de atención y de gestión de los servicios, en el marco de la descentralización político-administrativa y la participación social articulada por los órganos de gobierno local".

Por otra parte, también existen doce Policlínicas que funcionan por convenio con organizaciones vecinales las que se gestionan ellas mismas, desarrollando actividades en el marco de las líneas programáticas del Plan de Atención Zonal¹². El Servicio de Atención a la Salud (SAS), a

¹² Sosa A. La salud de todos: Desde el proyecto a la acción. La experiencia de Montevideo: Intendencia Municipal de Montevideo; 2003, p 12.

través de las Policlínicas Municipales brinda un volumen de atención¹³ promedio de 538.368¹⁴ atenciones por año¹⁵.

Año	2000	2001	2002
Atenciones	502.845	514.684	597.575

Todas las Policlínicas cuentan con un equipo interdisciplinario que atiende en "forma programada y demanda espontánea" brindando atención pediátrica, ginecológica, medicina general, odontología, psicología, nutrición, trabajo social, inmunizaciones y de enfermería.

En cuanto a las atenciones de Enfermería Profesional y/o Auxiliar a nivel SAS, la misma brinda un volumen, promedio de 154.651 atenciones por año, representando el 28,6% del total de atenciones realizadas por las Policlínicas Municipales.

Año	2000	2001	2002
Atenciones	135.973	142.424	185.557
Porcentaje	27%	27,7%	31,1%

Utilización de los servicios de Enfermería. El Caso: "Casabó".

La Policlínica "Casabó", depende de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), la cual se relaciona con el Programa APEX-Cerro de la Universidad de la República. Ubicada en la ladera Oeste del Cerro de Montevideo, (Barrio Casabó); limita al Este por la calle Liberia, al Norte por la calle Rusia, al Sur continuación Charcas y al Oeste la calle Camerún. La policlínica tiene una cobertura de aproximadamente siete mil familias¹⁷; teniendo una zona de influencia limitada por las calles: Burdeos, Cno. Cibils, Etiopía y el arroyo Tala.

Esta policlínica brinda un volumen promedio de 31042 atenciones por año.

Año	2000	2001	2002
Atenciones	28476	29339	35310

En términos generales en estos últimos tres años, hubo un aumento de las atenciones brindadas por la Policlínica; este aumento es sostenido acentuándose en el último año. Con lo que se confirma una tendencia creciente en el consumo de servicios sanitarios por parte de la población del barrio Casabó.

¹³ N° de contactos cara a cara con el técnico.

¹⁴ Promedio realizado entre los años 2000-2002. No incluye datos del sector vacunas.

¹⁵ Días hábiles (promedio 2000-2002): 245.

¹⁶ Datos proporcionados por la Unidad Central de Información del Servicio de Atención a la Salud (SAS): Informe de las Atenciones en las Policlínicas Municipales. Montevideo: Intendencia Municipal de Montevideo: 2000-2002 [s.p.]

¹⁷ Blanco A, Carlevaro E, Suárez A. Detrás del Cerro: Una aproximación a la realidad del barrio Casabó. 1996. Udelar: Montevideo. p 4.

ATENCIÓNES EN POLICLINICA CASABO POR AÑO, SEGÚN ESPECIALIDAD¹⁶.

Año 2000 (Días hábiles: 244).

	Enfermería	Ginecología	M. Gral.	Nutrición	Odonatología	Pediatría	Psicología	Totales
Atenciones	10.422	4.693	3.507	1.746	3.579	3.898	631	28.476
Porcentaje	36,6%	16,5%	12,3%	6,1%	12,6%	13,7%	2,2%	100%

Año 2001 (Días hábiles: 244).

	Enfermería	Ginecología	M. Gral.	Nutrición	Odonatología	Pediatría	Psicología	Totales
Atenciones	11.647	4.770	3.595	1.752	2.478	4.094	703	29.039
Porcentaje	40,1%	16,4%	12,4%	6,1%	8,5%	14,1%	2,4%	100%

Año 2002 (Días hábiles: 247).

	Enfermería	Ginecología	M. Gral.	Nutrición	Odonatología	Pediatría	Psicología	Totales
Atenciones	13.758	5.329	5.410	2.688	2.535	5.092	498	35.310
Porcentaje	39,0%	15,1%	15,3%	7,6%	7,2%	14,4%	1,4%	100%

En esta tabla se puede observar que Enfermería lidera en el número total de atenciones, y esta profesión versus otras profesiones es la que tiene un mayor peso relativo en el volumen total de las mismas.

Por último, se observa un incremento de la demanda de atención por parte de los usuarios de la Policlínica, de los cuidados enfermeros; y este incremento, acompaña el aumento de atenciones que experimentó la Policlínica, en términos generales en los últimos tres años.

Razones que motivan la investigación.

1. Si partimos de la base de que gran parte de las decisiones que conforman la utilización de la atención sanitaria, se toman con respecto a juicios profesionales con lo que los "expertos" consideran "apropiado" consumir o utilizar¹⁸, esto nos lleva a plantear la cuestión de hasta que punto es correcto suponer la existencia de una correspondencia entre las cantidades demandadas observables¹⁹ y el nivel de demanda atribuible al consumidor²⁰. Por este motivo, la interpretación de datos sobre utilización que reflejan las estadísticas de la Policlínica Municipal del barrio Casabó, publicadas por el SAS, encubren potenciales fuentes de error, si no se cuenta de antemano con una adecuada hipótesis, acerca de quién es el responsable de las decisiones sobre la utilización de los servicios de atención. La falta de distinción clara entre el comportamiento del técnico como oferente de servicios, y del "paciente" como aceptante pasivo de las decisiones de demanda a su favor por parte de aquél, pueden llevar por ejemplo, a una identificación errónea de utilización, con demanda de las preferencias del "paciente" ante una estructura dada²¹.

Hay que aclarar que los profesionales no solamente prescriben la atención que los usuarios deben consumir, sino que al mismo tiempo son proveedores de la misma. Es decir, el oferente posee en

¹⁶ Herrero A. Aplicación del coste-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios: Eficiencia y equidad en la Atención Perinatal. Barcelona: Matson; 1989. p 49.

¹⁸ Demanda observable se equipara en este estudio a utilización.

¹⁹ Herrero A. Análisis coste-beneficio. op cit. p 54.

²¹ Demanda versus necesidad en el contexto de la asistencia sanitaria. Análisis coste beneficio. Cap 3. pp 55.

potencia la facultad de crear y modular la demanda de sus propios servicios²². En consecuencia, bajo este concepto queda muy claro, que solamente le corresponde al técnico legitimar y dar efecto a la oferta, dando respuesta a la necesidad en términos de tratamiento "adecuado". De este modo la necesidad tal como se la interpreta en este sentido, refleja no solamente la petición de atención por parte de los usuarios, sino y sobre todo, la respuesta técnica y la dimensión social legitimadora que convierte el deseo individual de atención (necesidad percibida subjetivamente) en demanda, y en último término una vez atendida, en utilización²³.

En definitiva, a efectos de la planificación y asignación presupuestal si solamente se contaran con los juicios técnicos sin tomar en cuenta el juicio del usuario y/o comunidad, se plantearía el problema de la aceptabilidad, de semejante valoración técnica sin ninguna matización. Por otra parte, puede que la gente recurra a determinados servicios que carezcan de efectividad observada y pese a ello, en ciertos casos podría ser difícil de argüir en contra de su utilización. Es entonces que se debe establecer una distinción entre la utilización resultante de la decisión de demanda, atribuible a la iniciativa del individuo o generada por la población, y la demanda inducida por el equipo profesional²⁴. Como afirma Artells Herrero en un buen número de ocasiones la demanda individual es sencillamente determinada de manera exógena por los propios oferentes; y es por esto que el problema de la demanda inducida a través de la oferta es uno de los principales obstáculos para estimar las necesidades sanitarias, a partir de datos sobre la utilización de servicios²⁵ de atención de Enfermería presentados por el SAS.

2. Por otra parte, Ruiz Téllez además de afirmar que "en las pautas de utilización de servicios la influencia de la población es escasa", plantea que en España "el 20% de la población consume el 80% de los recursos sanitarios de la Atención Primaria", y que es fundamental el análisis de las características de la demanda, para poder identificar grupos hiperutilizadores frente a los cuales según este autor es necesario implementar estrategias más convenientes, que lleven a un uso más racional de los servicios²⁶.

Este autor pone de manifiesto otros dos aspectos del problema a la hora de interpretar los datos de utilización. El primero de los aspectos, es el poder identificar a la población que verdaderamente utilizó dichos servicios y el segundo, se refiere a la "adecuación" de los mismos. Esta característica según De la Revilla nos introduce, en el amplio mundo de la calidad de la asistencia sanitaria. La categorización de uso apropiado o inapropiado (excesivo o insuficiente) es imprescindible a la hora de valorar las cifras de utilización, y desde luego, para plantearse usar estos conocimientos con el fin de proponer medidas de intervención.

²² Herrero A. *Análisis coste-beneficio op cit.* p 54-55.

²³ *Ibidem* p 109.

²⁴ *Ibidem* p 50.

²⁵ Gervás J, García E, Pérez Fernández M. *Información de Enfermería en Atención Primaria, Atención Primaria* 1987; (137):14.

²⁶ Ruiz Téllez A. *Gestión en Atención Primaria, Revista Rol de Enfermería* 1989; 12(133): 16.

Con respecto al primero de los aspectos, las estadísticas sobre atenciones presentadas por el SAS, no permiten saber el número de usuarios que utiliza los servicios (extensión de uso²⁷), ni con que frecuencia los utiliza (intensidad de uso²⁸), además de cuáles son aquellos motivos por el cuál se utilizan los mismos; o el grado de concordancia existente entre la procedencia geográfica de la población usuaria, y el centro de atención en donde estos reciben los servicios. Esto se debe a que el total de atenciones es un conjunto de elementos con repetición, lo que trae como consecuencia que no se pueda identificar a la porción de la población que utiliza verdaderamente los servicios de la comunidad asignada, ni la frecuencia con que ésta utiliza dichos servicios.

Estos dos últimos conceptos (extensión, intensidad) según I. A. López Fernández²⁹, son básicos para entender la utilización de los servicios por parte de la comunidad, y sirven como base para elaborar normativas acerca de cómo influir en la utilización, para lograr cambios en direcciones deseadas.

Por último, es bien sabido que en el Primer Nivel de Atención opera la ley de los cuidados inversos³⁰. Esta ley señala que las personas que más necesitan los cuidados que brinda Enfermería son las que menos los utilizan; y si bien hay quienes argumentan en contra de esto, sólo hay que observar como en estos dos últimos años hubieron en este país y en especial en Montevideo, niños que fallecieron por desnutrición lejos de la asistencia y sin poder ser captados por los programas de atención, mientras que nosotros -Enfermería-, la mayor parte del tiempo nos atrincheramos dentro de la Policlínica, haciendo frente a una sobredimensionada demanda.

Es por esta razón, que es fundamental poder identificar a la población consultante (y dentro de ella a grupos de hiperutilizadores) para poder así, junto con la población asignada identificar el subconjunto de población no consultante, que es al que más nos interesa llegar³¹.

Es decir, para contribuir a diseñar organizaciones y definir el funcionamiento de éstas para que sean lo mas adecuado, equitativo y eficiente a la hora de realizar las diferentes prestaciones a los individuos, es fundamental por lo menos, poder definir por un lado el conjunto de población a la cual se brinda atención, así como el tipo de atención que se brinda; y por el otro, identificar a la población no consultante. De otro modo la ley de cuidados inversos seguirá actuando, cuestionando el trabajo que realizamos, que puede ser de calidad excelente pero realizado sobre el sector de población que menos lo necesita³².

Acerca de los riesgos y limitaciones de emplear sin matizaciones tales datos en el establecimiento de predicciones de demanda o en el análisis de la eficiencia, nos surge la interrogante: ¿Cuánto peso tiene en la utilización de los servicios de Enfermería, la comunidad como generadora por

²⁷ Mancera Romero J. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda... op cit. p 103.

²⁸ Loc. Cit.

²⁹ Aguil De la Revilla J. Monografías Clínicas en Atención Primaria: Factores que intervienen en la utilización de servicios de salud. Barcelona: Doyma; 1991.. p 39- 47.

³⁰ Gervás J. Información en Enfermería de Atención Primaria. op cit. p 15.

³¹ Loc. Cit.

³² Loc. Cit.

si misma de demanda?; ¿Quién inicia deliberadamente el proceso de generación de demanda?; ¿Cómo se comporta el usuario-consumidor frente a una estructura dada?

3. La cantidad de producto obtenido en términos de servicios sanitarios o atenciones brindadas, siempre debe valorarse en relación a cada unidad de recurso consumido (concepto de productividad).

En función de esto observamos lo siguiente:

ATENCIONES Y RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA, POLICLÍNICA "CASABO"¹⁴

Año	Número de Atenciones	Recursos de Enfermería
2000	10.422	5
2001	11.647	5
2002	13.758	5

En esta tabla se puede observar que el incremento de la demanda de atención por parte de los usuarios de la Policlínica, no se acompaña de un aumento de la fuerza productora de los cuidados; lo que se traduce en una sobrecarga para los recursos disponibles en la Policlínica.

Para Kieczkowski "la causa más importante de los problemas que encara el personal, es la elevada y creciente demanda de atención sanitaria por la comunidad"¹⁵.

En la medida, en que los recursos para efectuar la prestación de servicios a los usuarios no aumenten en forma proporcional, se plantea un desequilibrio entre los recursos y el volumen de trabajo. La única solución a corto plazo a esta situación es esforzarse por aumentar la eficiencia, lo cuál requiere a su vez reconsiderar la organización de las actividades; en general esto es "mas a propósito que pedir más recursos". Sin embargo, hay un límite a esta posibilidad de aumentar la eficiencia; a medida que la demanda de atención aumenta surge el peligro de que el personal incapaz de hacer frente a este volumen de trabajo, rebaje la calidad de los cuidados con el resultado de que los usuarios, en particular los que más lo necesitan, reciban atención de insuficiente calidad.

Por último, el efecto que tiene este fenómeno, es que la orientación funcional de la Policlínica vaya perdiendo contenidos en el campo de la prevención y promoción de la salud a costa de una hipertrofia en las tareas puramente asistenciales.

En definitiva, para hacer interpretaciones válidas sobre datos de utilización primero se debe conocer que características tiene la demanda de atención.

La noción de "demanda" como instrumento de descripción, predicción y evaluación del uso eficiente de los servicios sanitarios, como concepto, proporciona una aproximación (y no la única) a la determinación de los factores que más influyen en la configuración de la utilización de atención sanitaria; y como es lógico tal conocimiento es potencialmente útil, no sólo a los efectos de establecer predicciones acerca de la tendencia futura de consumo y gasto sanitario, sino también, para influir en la utilización y lograr cambios en direcciones deseadas¹⁶.

¹⁴ Kieczkowski EM, Piñoles R. Criterios de la planificación y diseño de instalaciones de atención a la salud en los países en desarrollo. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud, 1980, p 63.

¹⁵ *Ibidem* p 31.

El estudio de las características de la demanda de atención nos permitirá generar información que puede contribuir a:

1. Entender y elaborar explicaciones sobre el fenómeno de la utilización de los servicios de Enfermería en una estructura dada. En otras palabras, como expresa L. A. López Fernández³⁴, dichos factores "nos permiten elaborar explicaciones para el fenómeno de la utilización y demanda de servicios en Atención Primaria, y puede ser útil en el diseño de estrategias que permitan cambiar la utilización de los diferentes servicios, para adecuar a los criterios de calidad y así, disponer de una herramienta para mejorar la eficiencia y equidad de la Atención Primaria".

2. Ha de permitir como afirma M. Zurro, fundamentar decisiones en materia de planificación de servicios y servir de base para priorizar problemas, además de evaluar las decisiones tomadas.

3. Implementar cambios en la organización del servicio que posibilite modular la fluctuación inevitable que toda demanda tiene, buscando canalizar la "congestiva demanda" hacia la atención programada.

4. Constituirse en una herramienta para la toma de decisiones en materia de implementar medidas que pretendán aumentar la eficiencia de los servicios que brinda Enfermería, mediante la reducción selectiva de la utilización inapropiada que representa según Señaris³⁵, "un consumo de recursos que no aportan valor al proceso asistencial", logrando una racionalización en el uso de los mismos.

5. Protocolizar en lo posible las actuaciones de Enfermería.

6. Servir de fundamento para adecuar los recursos en función de la población demandante.

4. Durante el 2002, cuarto año consecutivo de recesión, se profundizó sensiblemente la crisis económica y el producto bruto interno cayó pronunciadamente 10,8%. Asociada a la sensible caída del producto, se produjo una caída más pronunciada de las importaciones de bienes y servicios en términos reales como consecuencia de la variación del tipo de cambio. Las exportaciones disminuyeron a pesar del cambio favorable de los precios relativos, a lo que contribuyó fundamentalmente la disminución de la demanda desde la región, y la aguda restricción crediticia a partir de la profundización de la crisis financiera. La disminución de la actividad alcanzó a todos los sectores productivos con excepción del sector agropecuario, que se vio favorecido por el incremento de los precios relativos, tanto por efecto de la devaluación como por el aumento de los precios internacionales.

Las actividades que cayeron más abruptamente por sectores fueron: el comercio, la construcción y la industria manufacturera; todas ellas notoriamente afectadas por el agravamiento de la crisis Argentina y luego por la caída de la demanda interna, y el corte crediticio. La construcción cayó como consecuencia de la confirmación de la política pública restrictiva, y de la postergación de

³⁴ Del Llano Señaris J. Gestión Sanitaria: Innovación y desafíos. op.cil. p 227.

las decisiones de inversiones de los agentes privados. En tanto, los servicios sufrieron un abrupto ajuste del consumo y una caída de sus precios relativos con la devaluación³⁶.

Como consecuencia de lo anterior en el 2002 se profundizó intensamente la caída del empleo. Este descenso se acentuó sensiblemente a partir de mediados del año, en donde se perdieron unos 82.000 puestos de trabajo si se atiende al trimestre octubre-diciembre, con respecto a igual periodo del año anterior (2001). La tasa de desempleo aumentó sostenidamente, debido a la caída de la actividad económica y del empleo en casi todos los sectores productivos. El agravamiento de las condiciones en el mercado de trabajo en la segunda mitad del 2002 se reflejó en los guarismos de la tasa de desempleo, que llegó a 19,8% en el trimestre septiembre-noviembre, y en especial en Montevideo alcanzó el 20%³⁷.

El salario medio real descendió significativamente en promedio en el año 2002 respecto del 2001 (10,7%), consecuencia esto de la aceleración de la inflación en la segunda mitad del año, la persistencia de una elevada tasa de desempleo, el aumento del impuesto de las retribuciones personales en febrero y mayo (que se traduce en un menor salario líquido), la contracción de la demanda (externa e interna) que reciben las empresas, y el intento del gobierno de controlar el gasto público en remuneraciones³⁸.

La aceleración de la inflación, en un contexto de elevado desempleo y en el que se habían desarticulado los mecanismos indexatorios tras varios años de estabilización de precios, junto con la política del gobierno de reducción del gasto público, explica la profundización de la caída del poder adquisitivo del salario, a partir de julio del 2002; alcanzando en enero del 2003 un 19,6%, si se compara con igual mes del año anterior³⁹.

El salario real privado se redujo en promedio en el 2002 un 10,9%, y asciende al 19,4% en enero de 2003, si se compara con igual mes del año anterior. La caída del salario real público también se aceleró fuertemente en el 2002; en promedio disminuyó 10,5% y 20,2% en la comparación entre diciembre de 2002 y diciembre de 2001. La pasividad media real descendió un 8,3% en promedio en el 2002, con respecto al promedio de 2001⁴⁰.

Por otro lado el poder adquisitivo de los salarios que se fijan administrativamente (salario mínimo nacional, rural y doméstico) disminuyó en el año 2002, también en buena medida debido a la aceleración de la inflación, al igual que los salarios del gobierno central. Cabe recordar que estos salarios aumentaron una única vez en enero de 2002. Por lo que en promedio en el 2002 el poder adquisitivo del salario mínimo nacional, se redujo un 10,2%⁴¹.

Por último, el ingreso medio real de los hogares del país urbano, profundizó su tendencia descendente en el 2002 y fundamentalmente a partir de julio, debido a la aceleración de la inflación, que afectó muy negativamente a los ingresos fijos (salarios y pasividades) y a la muy intensa caída del

³⁶ Universidad de la República. Factores de Crecimiento económico y de la administración. Informe de coyuntura. Uruguay: 2002-2003. op.cit. p. 83.

³⁷ *Ibidem* p. 93-94.

³⁸ *Ibidem* p. 97.

³⁹ *Ibidem* p. 98.

⁴⁰ *Ibidem* p. 99.

⁴¹ *Ibidem* p. 99.

empleo. El ingreso medio en el país urbano, disminuyó un 13,6%; y la intensificación de la caída del ingreso de los hogares persistió en el último trimestre móvil noviembre 2002 enero 2003, debido, a que la tasa de inflación permaneció en niveles elevados, junto con la contracción de la actividad económica que sigue persistiendo, y el ajuste de salarios del sector público y pasividades que fue significativamente inferior a la inflación (enero 2003), por lo que estos ingresos continuaron cayendo en términos reales⁴².

¿Que significa para Enfermería como profesión todos estos indicadores?

¿Qué conexión tiene esta realidad con la investigación?

Todos estos hechos que se precipitaron principalmente en el 2002, apuntalaron la profundización de dos situaciones relacionadas con la utilización de los servicios sanitarios.

Por un lado, esta situación contribuyó al aumento de población con cobertura en el sistema mutual o privado que no puede acceder y hacer uso de la misma, como consecuencia del incremento del ticket moderador, y la pérdida del poder adquisitivo por parte de ésta.

Es decir, hubo un aumento de la población con cobertura formal, que en realidad, está "descubierta"⁴³; con el agravante además, de que por ser rehenes (como en el caso de DISSE o de los topes jubilatorios) del subsector privado, no pueden acceder formalmente al subsector público.

Por otra parte, el otro elemento que está relacionado con la utilización y que operó fuertemente en el 2002, fue el incremento de la desafiliación de los usuarios pertenecientes al subsector privado o "mutual". Según Conrado Bonilla, la desafiliación llegó a un promedio de ocho mil desafiliaciones por mes para el año 2002⁴⁴. Estas dos situaciones según refiere éste, implicaron un desplazamiento de usuarios consumidores de servicios en el subsector privado hacia el subsector público, y como según nosotros deducimos a partir de esta afirmación, hacia las Policlinicas de la Intendencia Municipal de Montevideo (y por lo tanto de la Policlinica del barrio Casabó) por ser éstas un oferente más dentro del subsector público.

Este desplazamiento puede suponer como primer punto, un aumento de la demanda en las Policlinicas Municipales y por ende en la Policlinica Municipal del barrio Casabó, por lo cual hay una modificación en la carga de trabajo para aquellos recursos humanos que deben enfrentarse a este fenómeno; y como segundo punto, puede suponer un cambio en las características de la población que demanda dichos servicios en la Policlinica.

Dado que Enfermería como profesión forma parte del equipo de atención de la Policlinica Municipal del barrio Casabó, y que una de las actividades que se desarrollan en la misma, es la atención directa que brinda Enfermería a los usuarios; y siendo además una parte significativa de la oferta de servicios según los datos publicados por el SAS, es posible que este desplazamiento de

⁴² *Ibidem* p. 99-100.

⁴³ *Gutiérrez C. et al. Participación comunitaria en el primer nivel de atención a la salud. Montevideo: UR. 1999. p 13.*

⁴⁴ *Apud Conrado Bonilla en entrevista televisiva. Canal 10. Subrayado: Informe especial. Montevideo:2003.*

usuarios del subsector privado hacia el subsector público, se vea reflejado en la demanda y utilización de los servicios de Enfermería en dicha Policlínica.

Por último, otra de las razones que nos movilizan a realizar esta investigación, es precisamente el interés manifiesto por parte de la mayoría de los integrantes del equipo de atención, de la Policlínica perteneciente a la Intendencia Municipal de Montevideo ubicada en el barrio Casabó.

Según refieren "la excesiva presión asistencial determinada por el incremento de atenciones que se ha venido sucediendo, supone un importante cambio en el perfil de la demanda..., acompañado de una modificación importante en la carga de trabajo para nosotros". En este planteo se refleja claramente la situación de la congestiva demanda a la que a diario deben enfrentarse⁴⁵.

Antecedentes

De la búsqueda bibliográfica realizada se obtuvo gran cantidad de información sobre el tema. No obstante, podemos afirmar que el antecedente más cercano al mismo es la investigación realizada por Monserrat Pílas Pérez⁴⁶ -et al-, que se titula "Características de la demanda en la consulta de Enfermería de Atención Primaria", realizada en el mes de abril del año 1993, en dos Zonas Básicas de Salud (Orcasitas y San Fermín) de la comunidad de Madrid. La misma trata sobre como la reforma de la Atención Primaria en España ha implicado modificaciones en las funciones o actividades de los profesionales de Enfermería, potenciando actividades de prevención y promoción de la salud.

Otros artículos que sirvieron de referencia fueron:

La información en Enfermería de Atención Primaria ¿Cómo se obtiene y utiliza?, realizada por Juan Gervas⁴⁷ -et al-, en 1987. En este artículo los autores parten de un supuesto práctico para dar a conocer al lector, cuál es la información que interesa obtener, como debe hacerse, cuáles son los datos a registrar y los circuitos idóneos para su transformación... en el campo de la Atención Primaria.

El artículo realizado por Ángel Ruiz Téllez⁴⁸ en 1989, en el cual analiza los problemas de organización y gestión, dando por supuestos unas condiciones mínimas. Hace referencia a la innovación, la comunicación informal, la participación, la impermanencia o el menor temor al cambio, la delegación de la responsabilidad, y la obsesión por el paciente, como factores básicos para encarar los nuevos tiempos en que nos toca vivir.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA
BIBLIOTECA
HOSPITAL DE CLINICAS
AV ITALIA S/N 3er PISO
MONTEVIDEO - URUGUAY

⁴⁵ Apud de entrevista realizada a la Auxiliar de Enfermería del turno matutino de la Policlínica Casabó.

⁴⁶ Pílas Pérez M Características de la demanda en la consulta de Enfermería de Atención Primaria. *Revista Rol de Enfermería* 1996 19(212): 27-32.

⁴⁷ Gervas J. Información de Enfermería de Atención Primaria. op cit. p 13-17.

⁴⁸ Ruiz Téllez A. Gestión en Atención Primaria. op cit. 15-18.

Marco conceptual

A. Factores que influyen en la demanda de atención.

B. Demanda de atención a Enfermería en la Policlínica.

C. Como caracterizar la Demanda de atención a Enfermería en la Policlínica.

A. ¿Cuáles son los factores que influyen en la demanda de los servicios de atención sanitaria?

En el proceso que transcurre entre la decisión libremente adoptada por el usuario y la expresión de una petición concreta de Atención Sanitaria, se ponen en juego una variada gama de factores que median en el papel de determinantes y facilitadores, haciendo que la expresión de la demanda se haga efectiva.

Para Pineault, M. Zurro y Piedrola, los factores demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos, así como la percepción e interpretación que tiene de los problemas de "salud" el individuo, contribuyen a determinar la demanda.

De la Revilla, destaca a la familia como un componente de gran influencia sobre el individuo en el proceso de toma de decisiones a la hora de utilizar un servicio sanitario.

Por otro lado, M. Zurro, Piedrola, Margolis y Mompant, toman como factores determinantes las características de la oferta en la utilización de servicios, estableciendo dentro de ellos factores tales como la organización sanitaria, la disponibilidad de recursos y la accesibilidad al servicio sanitario.

Por su parte De la Revilla, introduce un último componente: las características del técnico.

En referencia a éste último, Pineault plantea que es el profesional de salud quien dirige al individuo en el sistema de cuidados; mientras que Margolis puntualiza aspectos del "acto médico", como ser la superespecialización y la falta de continuidad en la integralidad de la atención. Agrega además como factor dependiente de la oferta la tecnología y los equipos sofisticados. Por último le da gran importancia a la influencia del medicamento en la motivación del usuario para concurrir al médico.

En síntesis, la totalidad de los autores citados agrupan por un lado factores dependientes del individuo como determinantes de la demanda, y por otro aquellos dependientes de la estructura sanitaria, en la organización y de los profesionales (oferta) que también están determinando la demanda de atención en los servicios sanitarios.

A.1. FACTORES DEPENDIENTES DEL INDIVIDUO

1. Factores demográficos.

Al siglo XX le ha correspondido por primera vez en la historia de la humanidad presenciar un periodo pos-transicional demográfico- epidemiológico. Según afirma Américo Miglónico⁴⁹, nuestro país se caracteriza por presentar una baja tasa de natalidad, mantenimiento de la tasa de fecundidad y un aumento sostenido de la esperanza o expectativa de vida al nacer, en las últimas cuatro décadas; éste último como consecuencia del avance de la ciencia.

El Uruguay se caracteriza por presentar un perfil poblacional envejecido⁵⁰.

Miglónico afirma que "de ser una sociedad de niños (menores de 5 años) a comienzos del siglo, se pasa al final del siglo a una predominancia de abuelos, especialmente en el sexo femenino".

Haciendo un análisis de la estructura de la pirámide poblacional, este autor refiere que lo primero que llama la atención es la presencia de una mayor proporción de mujeres que de hombres en edades avanzadas, fruto de una esperanza de vida femenina más elevada; siendo ésta otra característica del perfil demográfico uruguayo.

Este perfil demográfico le imprime características particulares a la demanda de atención.

M. Zurro, afirma que la edad está relacionada con una mayor utilización de servicios. Para este "los niños y los ancianos consumen más servicios que otros grupos de edad"⁵¹.

Para De la Revilla "las personas jóvenes y las de mediana edad parecen tender a utilizar más los servicios preventivos que los ancianos".

Este autor se refiere a estudios dirigidos específicamente a la población mayor de 65 años indicando diferencias en el peso de los factores que influyen en la utilización en este grupo de edad, comparados con los más jóvenes; como, el nivel educativo, el diagnóstico previo de enfermedad crónica y el hecho de tener habitualmente el mismo médico son variables fuertemente predictoras en la población mayor de 65 años.

Por otra parte, en lo referente al sexo, según los autores manejados por De la Revilla, todos estos coinciden que existe una mayor demanda por parte de las mujeres. Es probable que el papel de "cuidadora" que en el terreno de la salud se asocia, social y culturalmente, a la mujer explique en gran parte esta diferencia. Para este autor esto justificaría las diferencias observadas en cuanto al uso de servicios entre amas de casa y mujeres trabajadoras, apreciando en las primeras mejores actitudes preventivas y en las segundas un comportamiento próximo al masculino con menor uso de servicios preventivos⁵².

En síntesis, las características demográficas deben tenerse en consideración, dado que nos permiten conocer el perfil del usuario que potencialmente iniciara la demanda en los servicios

⁴⁹ Miglónico A. *La mortalidad en el Uruguay en el siglo XX*. Montevideo, Ministerio de Salud Pública, 2001. p 35-37.

⁵⁰ Veronelli JC, et al. *La salud de los Uruguayos*. Montevideo: Nordan-Comunidad, 1994. p 39.

⁵¹ Martín Zurro A, Cano Pérez, JF. *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. op cit. p 27.

⁵² De la Revilla, I. *Atención Primaria* op cit. p. 63.

sanitarios, y además serán determinantes a la hora de entender el perfil de problemas de salud de la población.

2. Factores Epidemiológicos.

El fenómeno de la transición demográfica se ve acompañado por una transición epidemiológica, caracterizada por un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas.

Los grandes avances en el terreno de la epidemiología, la profilaxis de las enfermedades transmisibles en conjunto con el incremento del nivel socioeconómico, mejores condiciones de vida, así como el envejecimiento de la población, han hecho que a lo largo del siglo XX y de manera progresiva, las enfermedades crónicas no transmisibles hallan pasado a ocupar los primeros lugares en importancia socio sanitaria, lo que conlleva un cambio en el patrón Salud-Enfermedad³³.

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, se destacan en primer lugar las enfermedades cardiovasculares, seguidas en importancia por las enfermedades degenerativas³⁴.

La reducción de la mortalidad por otras causas de enfermedad junto con el incremento de la expectativa de vida, hicieron que la prevalencia de las enfermedades neoplásicas aumentara, dado que muchas de las neoplasias aparecen en edades avanzadas de la vida.

En las últimas décadas, las causas de morbimortalidad en la población joven de nuestro país han cambiado drásticamente, habiendo un incremento en la incidencia de accidentes de tránsito y de Sida (como enfermedad infecciosa)³⁵.

Como refiere Raymond, un cuidadoso análisis de los elementos causales que influyen en cada una de las enfermedades ha demostrado que los hábitos y distintas conductas de riesgo explican su incidencia.

La adopción de prácticas tendientes a estimular la prevención, y detección precoz de las enfermedades han constituido un factor que influye en la demanda en los servicios sanitarios

De todo lo expuesto, vemos que por ejemplo un servicio sanitario con un alto porcentaje de población anciana debe orientar sus actividades a la atención de enfermedades crónicas. Esto puede evidenciarse en estudios realizados en servicios de primer nivel de atención en España. Monserrat Pilas -et.al-³⁶, establecen en una investigación realizada con una muestra de 1056 usuarios, una mayor utilización de la consulta de Enfermería por usuarios de sexo femenino (61,3%) frente al masculino (38,7%). En referencia a la edad sobresalen, el grupo de usuarios mayores de 60 años (48,8% de total) y aquellos con un rango etareo entre 0 y 4 años (11,4%). Con respecto a la observación de "patologías", se destacaron en primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio (36,3%) seguidas de enfermedades endocrinas y metabólicas (18,5%).

³³ Moreno A. Enfermería Comunitaria II. Madrid: Interamericana; 2000. p 50.

³⁴ Veronelli JC, et al. La salud de los Uruguayos. op cit p. 56.

³⁵ Mfgibónico, A. La Mortalidad en el Uruguay... op cit. p. 109, 114.

³⁶ Pilas Pérez, M, et al. Características de la demanda en la consulta de Enfermería de Atención Primaria. op cit. p 31.

Otro estudio de referencia lo constituye el realizado por S. Lorente Álvarez -et.al-⁵⁷, donde la mayor utilización de servicios sanitarios se da en los usuarios mayores de 45 años en un 66% (de un total de 276 usuarios) y el 72% lo constituye el sexo femenino. Observaron además, en cuanto a la morbilidad atendida que las patologías crónicas se destacaron en primer lugar.

B. Rodríguez Ortiz -et.al-⁵⁸, afirman que la mayor variabilidad en la utilización de servicios por parte de niños menores de tres años, observados en su estudio, podría deberse por la más elevada oferta de servicios dirigida a este colectivo (Programa del niño sano). Por su parte J. L. García⁵⁹ en su estudio realizado en España, pudo observar una fuerte asociación entre poseer una patología crónica y ser hiperutilizador⁶⁰ del servicio sanitario; por lo que de 282 usuarios, entre los hiperutilizadores el 81% presentaba esta característica. A su vez en estos usuarios predominaba el sexo femenino y en el 65% eran mayores de 45 años de edad.

En definitiva, los servicios sanitarios deben enfrentar una demanda creciente de servicios, consiguado por el incremento de estas enfermedades y el conocimiento cada vez más profundo de los factores de riesgo.

3. Factores Socio-económicos.

Al hablar de transición demográfica y epidemiológica como influyente en la demanda de atención, debe pensarse en los cambios socioeconómicos que también la acompañan. Los factores socio-económicos de una población deben tenerse en cuenta dado que ejercen una influencia determinante -como afirma M. Zurro- sobre la utilización de servicios, donde el autor afirma que las personas con nivel de ingresos más bajos, consultan casi 2,5 veces más al profesional sanitario, que aquellos con mayores ingresos⁶¹.

Kark⁶² manifiesta que las desigualdades en función de los diferentes estratos sociales influyen en la incidencia de diferentes enfermedades y en la expectativa de vida. El impacto que produce el ingreso económico, influye sobre tantas facetas de la actividad cotidiana y sobre el entorno en que las

⁵⁷ Lorente Álvarez S, et al. Perfil del Hiperfrecuentador de un Centro de Salud. Atención Primaria 1996; 17(2): p 101-102.

⁵⁸ Rodríguez Ortiz B, et al. Variabilidad en la utilización de recursos en Atención Primaria. Atención Primaria 1999; 23(3): p 30.

⁵⁹ García JL, et al. Estudio comparativo entre la población Normofrecuentadora y la población Hiperfrecuentadora. Atención Primaria 1996; 19(9): pp. 34-35.

⁶⁰ Hiperutilizador: Definido por García, JL. en su estudio como a aquellos usuarios que consultaban en forma espontánea y su frecuencia de consultas superaba el percentil 75. (medido en contactos asistenciales, n: 465.) frente a un centro de salud en un periodo de tiempo de un año.

⁶¹ Situación dada independientemente del Sistema Nacional de Salud, donde la cobertura es universal.

⁶² Kark L, Sydney, et al. Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Barcelona: Doyma: 1994. p 83.

personas viven y se desarrollan, que no es sorprendente que la estratificación social tenga una asociación tan marcada con la "salud" y los cuidados sanitarios.

San Martín, menciona además que el lugar de residencia, las características y condiciones de la vivienda son elementos fundamentales en el estudio de la comunidad, ya que son constituyentes denominadores de la población que va a utilizar los servicios.

Otro indicador a tener en cuenta en este aspecto es el nivel de instrucción de la población, donde S. Llorente Álvarez -et.al- en su estudio describen un mayor grado de frecuentación en aquellos sectores con menor nivel educacional (sin estudios o con estudios primarios).

J. L. García manifiesta acerca de la ocupación laboral, que aquellos usuarios en situación de inactividad laboral como ser amas de casa, jubilados y desempleados representan la mayor proporción de frecuentadores de servicios sanitarios en atención primaria.

El nivel educativo, los ingresos y el medio cultural se relacionan fuertemente con el empleo de las ayudas de los servicios preventivos.

El factor económico es el más estudiado, apreciándose que tiene la mayor fuerza predictora, pero conviene no olvidar que este factor está mediado por los otros dos; así entre la población con menos ingresos se da habitualmente un menor nivel educativo y es una población menos integrada desde el punto de vista de la "cultura médica dominante". También existe una clara relación entre el bajo nivel económico y menor uso. Para explicar esto se han dado varias razones, la más comprensible es la que hace referencia a la dificultad económica para acceder a estos servicios. Se comprende que si se tiene poco dinero es más beneficioso para la salud utilizarlo en alimentación, vivienda o vestimenta, que incurrir en costos en actividades preventivas.

Sin embargo, De la Revilla plantea que, al desaparecer las barreras económicas, se encuentran otras barreras, que dificultan la demanda en este grupo de población.

Esto se ha comprobado al implementar servicios gratuitos. Si son abiertos a toda la población, son los grupos con mayores ingresos quienes más lo utilizan; y cuando se dirigen más específicamente a poblaciones de bajos ingresos, son los de mayor nivel educativo los que tienden a usarlos más. En este sentido hay diferencias importantes entre la utilización de servicios preventivos y curativos. Así como la población con más bajos niveles de ingresos tiende a utilizar más los servicios curativos que los preventivos (Kasper). También se ha sugerido que en estos grupos de población no existe en general una proyección hacia el futuro, podemos convenir que es difícil mantener una actitud de prevención ante la enfermedad si no se tienen cubiertas las necesidades básicas o se vive con gran incertidumbre la posibilidad de tenerlas.

La familia.

Según refiere De la Revilla⁶⁴, la familia en su triple condición de transmisora de cultura sanitaria, generadora por sí misma de demanda y de recursos ante los problemas de salud, marca determinado estilo de valoración en la necesidad y en la demanda de servicios. La familia por tanto, constituye un factor predictor en el proceso de utilización de los servicios en cuanto a su tamaño, composición, función, etapa del ciclo vital y como elemento de apoyo o recurso entre sus miembros.

En referencia a la composición o tipología familiar, el autor menciona que no se puede establecer una relación general. Por un lado refiere que la utilización de servicios crece a medida que aumenta el tamaño de la familia de uno a tres hijos y también hace mención a que las familias nucleares son menos consultoras, sobre todo aquellas que cuentan con parientes próximos.

Por otro lado el autor hace referencia a Guendelman⁶⁵, quien ha establecido en su estudio, que las familias extensas consultan menos que las nucleares.

Sin embargo un estudio comparativo realizado por J. L. García⁶⁶, en el Centro de salud de La Filgueira en España, encontró relación entre frecuentar más la consulta médica y pertenecer a familias de pequeño tamaño. Esto demuestra que existen resultados contradictorios a la hora de relacionar la tipología familiar con la mayor o menor utilización de los servicios.

Haciendo referencia al Ciclo Vital Familiar, el interés y la utilidad de conocerlo reside en que "sus diferentes fases o etapas generan problemas específicos"⁶⁷, con la consecutiva aparición de determinados conflictos que inciden a la hora de utilizar los servicios.

El estudio mencionado anteriormente, realizado por J. L. García, describió además la asociación entre las fases del ciclo vital y la mayor frecuentación en los servicios sanitarios, ya que cada etapa del mismo posee sus propias características y pautas de conducta particulares.

En relación a la familia como recurso, De la Revilla afirma que "el apoyo social proveniente de miembros cualificados de la familia que viven próximos en su vecindad, especialmente los padres, influye a la hora de demandar y utilizar los servicios"⁶⁸. Es pertinente aclarar que la posibilidad de que una familia cuente con la cercanía de algún pariente próximo en su vecindad, no implica necesariamente que utilice al mismo como recurso. Pero el hecho de que la falta de apoyo familiar se relacione con la utilización de servicios, concuerda con los resultados obtenidos por J. Mancera Romero, en su estudio denominado "Problemas de salud y Factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes Hiperutilizadores en un Centro de Salud de Málaga", en España; donde los usuarios hiperfrecuentadores en un 25% vivían solos, y en igual porcentaje vivían con otra persona, sin otra posibilidad de apoyo familiar.

Frias Osuna, refiere que la familia es un elemento básico de apoyo social (red social primaria), de suma importancia en los cuidados informales de salud. De esta forma posee su propia definición

⁶⁴ De la Revilla L. *Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar*. Barcelona: Doyma, 1994, p. 23.

⁶⁵ Guendelman, W. Apud De la Revilla L. *ibidem*, p. 23.

⁶⁶ García J.L. *Estudio comparativo entre la población Normo e Hiperfrecuentadora de un Centro de Salud*. op cit. p. 34.

⁶⁷ De la Revilla L. *Monografías clínicas en Atención Primaria*, p. cit. p. 24.

⁶⁸ *Ibidem* p. 24.

sobre el proceso salud-enfermedad, lo cual condiciona e interviene en la percepción del problema de salud por parte del individuo.

*San Martín*⁶⁹ refiere, que cada familia constituye una subcultura con sus propias creencias y valores, que también influyen sobre el proceso salud-enfermedad, sobre las formas de promocionar la salud y el bienestar, así como sobre los cuidados del individuo enfermo. De esta forma interviene en la toma de decisiones, esto es, en la búsqueda o no de ayuda. Como refiere *Osuna*, esto hace que de "cuidadora de salud pase a ser demandante de cuidados de salud"⁷⁰.

En referencia a lo expuesto se puede resumir, que determinado tipo de estructura familiar está influyendo en la generación de demanda asistencial. Además, los profesionales en Atención Primaria deben familiarizarse con los conceptos que prevalecen en las comunidades en las que trabajan, si pretenden entender la utilización por parte de la gente, de los diferentes servicios de salud. Cada familia representa una subcultura en cuanto transmite aspectos determinados y específicos de la cultura.

4. Percepción del problema de Salud

En referencia al individuo, para *Martín Zurro* la utilización de servicios sanitarios, se explica en parte por la percepción e interpretación de los problemas de salud que tiene la población y sus expectativas de resolverlos.

El proceso se inicia cuando el individuo percibe un cambio, este cambio se cataloga en su sistema de creencias como "Síntoma".

Es el propio individuo utilizando su sistema de creencias que se encarga de interpretar y catalogar el "síntoma" en "problema de salud"; y según el valor cultural otorgado al problema, el individuo evalúa si actúa frente a él; así como también valora las ventajas de atención frente a las desventajas de no atención.⁷¹

Nowinski, evidenció este proceso a través de un estudio realizado en el CASMU (N=774), en el cual los encuestados se inclinaron en mayor proporción a considerar como un problema de salud a los indicadores de origen físico en un 66.9% (dolores o molestias, presión ligeramente alta), frente a los indicadores de origen psicológico en un 53,6%(no podía dormir, se sentía angustiado o deprimido).

Por otra parte el 71.1% prestarla "atención inmediata" (reconocimiento del problema por parte de la persona) en el caso de presentar un problema de salud catalogado como un problema "leve de salud" (gripe, dolor de garganta, lumbago, alergia o fiebre); en cuanto al tipo de atención prestada frente a estas dolencias, el 63.5% identificó al médico como recurso y el 33.5% optó por la automedicación, recurrió a la esposa, familiares directos, amigos, y otras situaciones.

⁶⁹ *San Martín H, Pastor V. Salud Comunitaria: Teoría y práctica. 2ªed. Barcelona: Diaz de los Santos; 1988. p 40.*

⁷⁰ *Osuna F. Enfermería Comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p 26.*

⁷¹ *Martín Zurro A, Casco Pérez JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 4ªed. Madrid: Harcourt Brace;1999. p 84.*

En el caso de los estímulos específicos vinculados a deterioros leves de salud, encontraron una relación fuerte y significativa que vincula a quienes "prestan atención a dolencias leves" con las "manifestaciones" (estímulos de origen físico y psicológico) que constituyen un problema de salud.

A su vez, son los que consultan al médico quienes indican que estas "manifestaciones" se tratan de problemas de salud, mientras que los que se "automedican" se pronuncian negativamente en forma mayoritaria.

Por otra parte, encontraron que en el grupo que no prestaría atención inmediata a "dolencias leves" y no consultaban al médico (doble condición), cuando se les preguntó por las razones de la no consulta un 23% consideraba a la dolencia como irrelevante.

Por último, más del 61% de la población (haciendo una sumatoria de distintos porcentajes) no utilizaría los servicios institucionales frente a "dolencias leves".

Respecto al tipo de atención que se le presta a las "dolencias leves", los que se automedican señalan en primer lugar como dificultad para consultar al médico la accesibilidad funcional (38%). Entendiendo a este resultado en el sentido de quienes habiendo decidido prestarle atención a una dolencia leve, deciden automedicarse, perciben dificultades de acceso en forma principal.

En cuanto a la opinión respecto a la atención de salud brindada en esta mutualista los que se automedican, en mayor grado señalan que esta es regular o mala (38.7%). Por el contrario; los que deciden consultar al profesional, evalúan como buena o muy buena la atención que se les presta (68.4%).

En éste caso la percepción de factores institucionales vinculados a las dificultades para consultar, y los referidos a la atención brindada junto a la conceptualización de los problemas de salud, diferencian comportamientos entre aquellos que no prestan atención a leves dolencias o se automedican y aquellos que le prestan, a través de la consulta a un profesional.

Estos resultados demostraron que la evaluación de la importancia de la "dolencia" es un factor determinante para la concurrencia o no a la consulta de un profesional. Así como, la percepción que tiene el usuario del servicio de salud a ser consultado también es un factor determinante para la concurrencia o no a la consulta de un profesional. (Demandar un servicio determinado)⁷².

La percepción del problema corresponde a un estado de salud considerado como deficiente por el individuo ("Estado Real"); la diferencia entre estado actual o real que experimenta el individuo y el estado de salud óptimo (definido socialmente) se expresa como necesidad⁷³.

Es en este sentido que Pineault plantea, que la necesidad representa lo que se requiere para solucionar el problema identificado (problema de salud), y es por esto último que Testa, afirma que la demanda de servicios de salud está basada en la "existencia real de alguna necesidad"⁷⁴. Es decir el acto de solicitar un servicio se corresponde (según podemos deducir de las monografías de Max

⁷² Nowinski A, et al. Atención de salud del Adulto. Montevideo: Casmu; 1989. p 83-95, 121-163.

⁷³ Pineault R, et al. Planificación Sanitaria, op cit. p 45.

⁷⁴ Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. Buenos Aires: Lugar editorial; 1989. p 162.

Neef⁷⁵) con el "modo" por el cual el individuo va a satisfacer su necesidad experimentada. Es ésta necesidad según Kisnerman⁷⁶ la que impulsa a la voluntad (Motivación) y ella moviliza en procura de un servicio de salud, generando una demanda. Se puede afirmar entonces que sobre la demanda hay una expectativa previa de resolución del problema (expectativa que esta ausente en la queja)⁷⁷.

En este estudio se entiende por motivo de la demanda como: La declaración de la(s) razón(es) por la que una persona llega al Sistema de Atención de Salud y expresa la demanda de atención. En cualquier caso, demanda no es lo mismo que razón de la solicitud; la misma es un aspecto de la demanda, que puede ser utilizado para caracterizar a la misma⁷⁸.

En síntesis, de lo expuesto hasta aquí se puede señalar que, la búsqueda de solución a un problema se elabora en tres tiempos:

- * El tiempo en que tarda en considerar "el cambio" que experimenta como un problema.
- * El tiempo para decidirse en buscar ayuda cualificada; y
- * El tiempo que transcurre hasta que se produce el acceso al servicio sanitario.

5. Percepción de la Utilidad del Servicio.

Si pensamos que según el estudio anteriormente analizado, el "actor" que explica en mayor medida la utilización de los servicios es la "necesidad percibida", es decir, el síntoma que avisa que algo va mal; y considerando que quienes deben utilizar los servicios preventivos pueden ser por definición individuos asintomáticos, "presuntamente sanos", es obvio que será difícil explicar su utilización basándonos en los modelos empleados en los servicios curativos.

Cuando nos preguntamos que razones puede tener un individuo para que sienta la necesidad de acudir a un servicio preventivo, se plantean algunas preguntas para las que aún no hay respuestas válidas. La primera se origina en el punto que debate el concepto de salud como motivador de actuación en cualquier caso. Si partimos de su existencia, esperamos que aquellas personas que adoptan hábitos de vida sanos (por ejemplo lavado de dientes después de comer) sean las mismas que utilizarán medidas preventivas como el uso de cinturones de seguridad, o acudir al odontólogo en ausencia de síntomas; esto implica que hay comportamientos que, aunque estén relacionados con la salud, se adoptan por otros motivos.

Ya los primeros investigadores (Rosenstock y Hochbaum⁷⁹) que estudiaron el comportamiento de los individuos con respecto a su utilización, elaboraron un modelo teórico que, con modificaciones posteriores, ha sido el más utilizado hasta la actualidad: el modelo de la salud basado en las creencias; de acuerdo con él, los factores que determinan la demanda de la asistencia preventiva se relacionan con las creencias del individuo con respecto a tres conceptos: a) su propia susceptibilidad a padecer la

⁷⁵ Max Neff M. *Desarrollo a escala Humana*. Montevideo: Nordan Comunidad; 1993. p 47.

⁷⁶ Kisnerman N. *Salud pública y trabajo social*. Buenos Aires: Humanitas; 1990. p 51.

⁷⁷ Martín Zurro A. *Atención Primaria*. op cit. p 105-106.

⁷⁸ Lambert H, Word M. *Clasificación Internacional de Atención Primaria: Clasificación de Razón de consulta*. Barcelona: Masson; 1990. p 17.

⁷⁹ Rosenstock I. *Por que la gente utiliza los servicios de salud*. Washington Dn: Organización Panamericana de la Salud; una antología; p 405-421

enfermedad que se pretende prevenir y la gravedad de esta; b) la influencia beneficiosa de las actividades preventivas recomendadas, y c) las dificultades o barreras superables para llevar adelante estas acciones. Las variables sociodemográficas modificarían los patrones de utilización a partir de su influencia sobre estas creencias.

Los estudios llevados a cabo por Rosentock y Kirscht demuestran una correlación entre la percepción de susceptibilidad, la gravedad posible de la enfermedad y el uso del servicio preventivo, pero esta correlación no es lineal, pues de la misma forma que quienes no perciben riesgos tienden a no ser usuarios, quienes muestran un excesivo temor también se inhiben en su empleo y son, en definitiva, aquellos que perciben su susceptibilidad pero sin carga emocional excesiva, los que más utilizan los servicios de detección⁸⁰.

Es también un hecho avalado por numerosos estudios (Stone)⁸¹, la relación entre la creencia entre la utilidad del servicio preventivo para evitar las consecuencias negativas de la enfermedad y su utilización. No es extraño que en muchas ocasiones como ya se ha mencionado, sean las dificultades percibidas ante el acceso al servicio las que condicionan su baja demanda, de forma que, aún estando presentes las creencias ya referidas, estas barreras pueden influir de forma negativa en su utilización.

Es entonces que el beneficio de buscar atención sanitaria, es susceptible de valoraciones distintas por parte de los individuos o grupos sociales diferentes⁸¹ y de este modo que, su valoración puede considerarse como formando parte de la estructura de preferencias del individuo. En base a esto, es que Artells Herrero afirma que la Atención Sanitaria puede ser considerada como un "bien" de consumo. El individuo desea un "bien" en función de su "utilidad" y hace explícita y voluntaria su preferencia; en otras palabras el consumidor tiene capacidad, por su parte, para formar un juicio de valor acerca de la utilidad del servicio sanitario y es en base a esta capacidad, que ordena consistentemente sus preferencias y lo manifiesta explícitamente en la elección.

La Atención Sanitaria puede verse entonces, como si fuera un medio para tratar de alcanzar el "nivel deseado de salud", en vez de un bien de consumo deseable por sí mismo; lo que sugiere que lo que se demanda es salud "por sí mismo", y que la demanda de Servicios Sanitarios es una demanda derivada de la demanda fundamental de salud. Esto determina, que en lugar del consumidor obteniendo utilidad del consumo de una Atención Sanitaria, el individuo valore la mejora de su salud como consecuencia del consumo de Servicios Sanitarios.

Se puede concluir que la demanda, expresa una elección del consumidor como resultado de la valoración de los potenciales beneficios de la atención por parte de un profesional, y su disposición en incurrir en costos personales para beneficiarse con ellos.

Desde esta óptica la demanda tiene implícita la concepción de "soberanía del consumidor", admitiéndose que el individuo o la población es un agente potencialmente iniciador de la demanda y del proceso de la utilización.

⁸⁰ Apud De la Revilla. Monografías clínicas en Atención Primaria op cit. p 62.

⁸¹ Artells Herrero A. Aplicación del coste - beneficio en la planificación de los servicios sanitarios: Eficiencia y equidad en la Atención Perinatal. op cit. p 33-45.

A.2. FACTORES DEPENDIENTES DE LA OFERTA

1. FACTORES DE LA ORGANIZACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO.

1.1. Modelos de organización de la atención a la salud.

La organización de la atención a la salud de la población, se encuentra relacionada al modelo conceptual y el enfoque que se tenga del proceso salud-enfermedad, así como las condiciones económicas y políticas en las que estas prestaciones se desarrollan, sobretodo por las prioridades que se establecen en la asignación de recursos. Si el enfoque del proceso salud-enfermedad que se adopta es de una interrelación dinámica entre el individuo y los diferentes factores que la determinan (biológico, medio ambiente, estilos de vida y servicios sanitario) se puede apreciar que la orientación y organización de la atención a la salud estará dirigida hacia la atención del medio ambiental, social e individual.

En el Uruguay la atención a la salud de las personas se organiza en base a la atención médica, esta se define como: "el conjunto de acciones o servicios a disposición del individuo o comunidad desarrollada por profesionales y auxiliares de la salud, con el objetivo de promover la salud, prevenir enfermedades, recuperar y rehabilitar a las personas en forma integral"⁸².

El desarrollo de una correcta atención médica se sustenta en un conjunto de principios universalmente aceptados: equidad, legitimidad, aceptabilidad, continuidad, racionalidad lógico-científica, oportunidad, suficiencia, integralidad, efectividad, eficiencia, satisfacción del usuario y del proveedor. Para cumplir con estos principios, desde la década del cincuenta se plantea que la estructuración de los Servicios Sanitarios se realice entorno a los postulados del cuidado o Atención Progresiva, determinando formas de organización que tienen esencialmente en cuenta los requerimientos (necesidades cuantitativas y cualitativas) de la población, y en función de estos requerimientos se realiza una organización racional de recursos⁸³.

Magnífico⁸⁴ -et.al.- plantean que existen distintos modelos -formas- de organización de la atención médica, ellos son: organización por Niveles de Atención, por Niveles de Complejidad y Atención Primaria de Salud.

El nivel de Atención, constituye un instrumento de implementación, en el que hay una racionalización de servicios que se otorgan escalonadamente. Esta es una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos. El nivel de atención condiciona la complejidad que debe tener una unidad asistencial⁸⁵.

⁸² Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Cátedra de Administración. *Gestión de Servicios de Salud: Experiencias Nacionales*. Montevideo: UR; 2001. p 32-34.

⁸³ *Loc. Cit.*

⁸⁴ Magnífico G. *Planificación de la Red Asistencial de Administración de los Servicios de Salud del Estado*. Montevideo: MSP; 2002. p 23.

⁸⁵ Magnífico G. define Unidad Asistencial como el efector de salud que efectúa prestaciones vinculadas a la atención de la salud, con profesionales habilitados a tal fin, organizándose los servicios brindados a través de una administración única.

El nivel de Complejidad se define como el número de procedimientos asistenciales y el grado de desarrollo alcanzado por los mismos. El grado de complejidad condiciona el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial y del servicio. Los niveles de complejidad entonces se determinan: según servicios que se ofrecen, procedimientos que se utilizan y tipo de profesional³⁶.

Es entonces que las necesidades de atención de la población se operacionalizan a través de distintas modalidades de atención, entendiéndose a estas, como las distintas formas de atención directa que permite ofertar los distintos servicios que brinda una unidad. Estas son: Atención Ambulatoria, Atención Hospitalaria, Atención Urgencia-Emergencia.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

En 1977 La Organización Mundial de la Salud define una nueva política de salud denominada "Salud para todos en el año 2000". Un año más tarde en la conferencia de Alma-Ata quedó establecido, que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica distinta a las utilizadas hasta entonces, dicha estrategia se definió como Atención Primaria de Salud (APS). El concepto señala que "es la Asistencia Sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de Autorresponsabilidad y Autodeterminación. La Atención Primaria por lo tanto, es parte integrante del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal del desarrollo social y económico global de la comunidad. La AP representa el primer nivel de contacto de los individuos, de las familias y de la comunidad con el sistema nacional de salud llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria³⁷".

Si bien se argumenta que gracias al desarrollismo y al monetarismo neoliberal durante la última mitad del siglo XX, los niveles de vida y el poder adquisitivo de algunas personas se han duplicado como consecuencia del crecimiento económico, están aquellos que reciben la otra cara de la realidad, el agravamiento de la pobreza y la exclusión social de amplios sectores de la población³⁸.

El movimiento de la Atención Primaria, ha tenido en su origen y desarrollo una marcada orientación social y supone un intento para lograr un mundo con mejores cotas de desarrollo social y justicia, a través, de fuertes compromisos políticos en la lucha contra las desigualdades y el bienestar colectivo. Como corriente de pensamiento en la Salud Pública, la Atención Primaria representa una estrategia para el abordaje de importantes problemas de desigualdades en salud y en el sector sanitario

³⁶ Universidad de la República, Instituto Nacional de Enfermería, Cátedra de Administración, Gestión de Servicios de Salud . op cit. p 32-34.

³⁷ Práxedes Gil G, Del Rey Galera M, Domínguez Carmona. Medicina Preventiva y salud Pública. 10ª ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1991. p 1378-1379.

³⁸ Max Neef M. Desarrollo a escala Humana, op cit. p 24.

que datan desde principios de la década de los setenta, donde si bien el derecho a la salud estaba "bien establecido", el acceso a los servicios se veía comprometido⁸⁹. La puesta en práctica de esta estrategia fue un intento para reformar y superar problemas como: Multiplicidad de organismos responsables de la atención a la salud, la escasa coordinación entre ellos, carencia política y planes explícitos de salud, ausencia de planificación sanitaria, importantes desigualdades en la distribución de recursos, problemas de información para la toma de decisiones, desigualdades en la accesibilidad entre otros. Buscando racionalizar la utilización de los recursos mejorando la equidad, eficacia y eficiencia del Sector Salud.

La organización del Sistema de Salud basado en la Atención Primaria, tiene como características principales: accesibilidad, intersectorialidad, acción planificada y por programas, sistema de referencia y contrarreferencia, cobertura universal, tecnología apropiada, interdisciplinariedad, integralidad, participación por parte de la comunidad, además de basarse en la regionalización y la descentralización⁹⁰.

Este sistema es parte integrante del Sector Salud, y a su vez este último es un subsistema social, el cual surge como respuesta organizada por parte de la misma para satisfacer las necesidades en salud de sus integrantes; y como respuesta organizada de la sociedad, es una responsabilidad social e institucional⁹¹. Tiene como propósito asegurar una atención integral y racionalizar la utilización de recursos para obtener mejores resultados en salud.

El sistema tiene como eje principal al nivel primario o Primer Nivel de Atención (Ver Fig. N° 1), en donde éste funciona como puerta de entrada a la red de servicios, siendo este el primer punto de contacto del individuo y/o comunidad con el sistema de salud.

⁸⁹ Osuna F. *Enfermería Comunitaria*. op cit. p 5.

⁹⁰ Soto A. *La salud de todos: Desde el proyecto a la acción...* op cit. p 48.

⁹¹ Ministerio de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. *El desempeño de las funciones esenciales de la Salud Pública en el Uruguay*. Montevideo: MSP; 2002. p 11.

Figura N° 1. Niveles de Atención.⁹²

		TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
		<i>Hospitales Monovalentes Centros Especializados No se disponen de datos en la fuente original.</i>
		SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
		<i>Hospitales Generales y Sanatorios. Un establecimiento cada 50-80 mil habitantes.</i>
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN		
<i>Policlínicas Un equipo cada 8-10 mil habitantes. Si funcionan bien se resuelven el 80% de los casos.</i>		

Es fundamental entonces no confundir el Primer Nivel de Atención con Atención Primaria de Salud (APS). Los niveles de atención en salud se refieren a una forma ordenada estratificada de organizar los recursos, para satisfacer las necesidades de atención de salud de la población y se organizan en relaciones de creciente complejidad. El Primer Nivel de Atención es el eslabón inicial de la estrategia de APS.

Según cada modelo de organización de la atención adoptado, los distintos efectores sanitarios se diferencian de acuerdo a las modalidades de atención, tipo de prestaciones realizadas, capacidad de resolución y recursos disponibles⁹³.

1.2. Factores condicionantes de la organización de atención a la salud.

1.2.1. Modelo de Atención: Modelo Medico Hegemónico.

Es pertinente aclarar que la atención sanitaria está sustentada por un modelo de atención. Conceptualmente los modelos de atención a la salud se caracterizan por otorgar validez a determinados conocimientos y a determinadas prácticas. Esta conceptualización lleva consigo una concepción de lo que es salud y lo que es la enfermedad, cuales son sus causas y como se modifican sus estados. Implica prácticas organizadas en determinados servicios, con determinadas características, e implica formar a profesionales adecuados para trabajar en dichos servicios.

El modelo predominante en nuestro país es el modelo "Medico Hegemónico", del cuál participan tanto técnicos como usuarios y tiene como ejes centrales ser: biologicista, asistencialista, individualista, ahistórico, sin un enfoque social y con tendencia a excluir a los usuarios del acceso a los

⁹² Sosa A. La salud de todos: Desde el proyecto a la acción. op cit. p 48.

⁹³ Magnifico G. Planificación de la red asistencial de ASSE. op cit. p 140-145.

conocimientos.⁵⁴ Este modelo produce condicionamientos al ordenamiento del sistema. Es en base a este, que el sistema de salud tiene como único objetivo la enfermedad, -y sus esfuerzos están dirigidos hacia la incorporación y perfeccionamiento de drogas de alta eficacia biológica, maquinaria sofisticada para diagnóstico y tratamiento, cirugía de alta precisión y de posibilidades inexistentes hasta hace pocos años con el reemplazo de órganos vitales y las nuevas tecnologías inmunológicas y genéticas;- prestando poca o nula atención a su prevención, así como a la promoción de salud.

El liderazgo de este modelo, ejerce influencia sobre patrones de la práctica sanitaria tanto entre los médicos como en enfermería; y esta influencia puede ser importante para explicar la variabilidad de la utilización de los servicios de atención sanitarios⁵⁵.

1.2.2. Cambio en el Proceso de Trabajo.

Por otra parte el desarrollo tecnológico (anteriormente mencionado) que se ha incorporado, ha determinado la complejización de la atención de salud, en particular de la atención médica, transformando el proceso de trabajo. Esta transformación es simplificada por Testa como la Especialización, Parcialización, y Tecnificación del proceso de atención.

La concentración de profesionales en las grandes ciudades debido a su nivel educativo y su formación académica ha sido causa entre otras de la llamada "plétora profesional" y la subocupación a nivel local.

Es entonces que el profesional se hace especialista, como mecanismo para poder competir en un mercado de trabajo saturado; pero otras razones abonan esa evolución, las más importantes son: La necesidad de sobrevivir a la crisis económica causada por la recesión en nuestro país y la necesidad de migrar hacia los países industrializados.

El acto del especialista entonces es mejor remunerado, tiene menos competencia, da mayor prestigio social y permite el uso de técnicas complejas y costosas. Como afirma Villar de la especialización se pasa a la "subespecialización" y a la "superespecialización"; cada vez más los técnicos saben de menos.

Entonces factores como la disponibilidad del recurso humano, la distribución, tipo de profesionales, así como su formación influyen en el desarrollo de una determinada oferta de servicios⁵⁶; en este caso cada vez más especializados y fragmentados, coadyuvando esta situación al desarrollo de un modelo de atención desinteresado del medio comunitario de salud⁵⁷.

1.2.3. La salud como deber y no como derecho.

El Artículo 44 de la Constitución Uruguaya, en el inciso 2, declara que "todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado

⁵⁴Sosa A. *La salud de todos desde el proyecto a la acción*, op cit. p 19.

⁵⁵De la Revilla L. *Monografías Clínicas en atención Primaria*, op cit. p 43.

⁵⁶Martín Zorro A. *Atención Primaria*, op cit. p 26.

⁵⁷Margolis E. *Temas de auditoría médica*, op cit. p 22.

proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos financieros¹⁹⁸.

En este sentido, Uruguay sufre un atraso respecto a otras constituciones de países de América Latina, ya que no consagra a la salud como un derecho de los ciudadanos⁹⁹.

Esta norma constitucional es restrictiva, porque en realidad hace recaer la carga de cuidar la salud en los habitantes¹⁰⁰. Esto significa en lo cotidiano, que el individuo deba realizar valoraciones entre el bien salud y cualquier otro bien apetecible. De modo que la valoración que aquél hiciera de estos bienes, puede considerarse como formando parte de la estructura de preferencias individuales del consumidor. Por lo tanto, le adjudica al individuo la capacidad para establecer valoraciones relativas respecto a los bienes deseables y disponibles, trayendo como consecuencia, que los consumidores hagan explícitas sus preferencias y los oferentes se manifiesten incentivados para su producción y distribución.

1.2.4. Sistema Sanitario de libre mercado (Oferta-demanda-capacidad de pago)¹⁰¹

El término modelo de un sistema suele emplearse tanto para referirse al esquema, o la representación gráfica del sistema, como para designar a un determinado tipo de organización considerada como paradigmática.

Según Piedrola Gil, existen abundantes problemas metodológicos para analizar de forma comparada los sistemas sanitarios existentes. Por ello suele emplearse como elemento clave para la comparación el modo de financiación o de obtención de los recursos económicos. Si bien la forma de obtención de los recursos económicos presenta notables variaciones, en los países occidentales pueden distinguirse tres modelos principales: seguros sociales obligatorios y voluntarios, sistema público y de libre mercado.

Tradicionalmente los servicios de atención a la salud en América Latina y en especial en Uruguay, se han ido desarrollando en forma espontánea, por oposición de servicios.

La naturaleza, magnitud de recursos y tipo de servicios a brindar han estado regulados por las leyes del mercado, es decir, por la "Oferta" y la "Demanda" y no por las necesidades de la población¹⁰².

Esta forma de organización conlleva, en primer lugar al desarrollo anárquico de los servicios caracterizados por:

- Una multiplicidad institucional, ella es no solo subsectorial, sino que se repite dentro de cada subsector, de modo que cada servicio se encuentra parcial o totalmente aislado de los restantes; lo que deriva en una escasa coordinación y complementación entre si.

⁹⁸ Apud Vidal Gaggiano L, Piazza de Silva N. Legislación Sanitaria Nacional: Principios, decretos, ordenanzas y resoluciones. Montevideo: UR: 1977. p 3.

⁹⁹ Sosa A. La salud de todos... op cit. p 17.

¹⁰⁰ Loc. cit.

¹⁰¹ De la Revilla L. Monografías Clínicas en Atención Primaria. op cit. p 34.

Martín Zurro, A. Atención Primaria op cit. p 27.

¹⁰² Villar H. El papel del hospital en la estrategia de la Atención Primaria. Montevideo: f.s.n.l; 1989. p 9-10.

- De lo anterior se desprende que no existen pautas explícitas de referencia y contrarreferencia de los usuarios; no hay continuidad de la atención.

- En donde no se aplica el concepto de puerta de entrada, debido a que se entra por cualquier parte, dependiendo de cual sea la oferta de los agentes.

En segundo lugar llevo a la mercantilización de la atención, y a la creación de tantos niveles de salud como niveles socioeconómicos existentes hay en la población. En otras palabras, la existencia de servicios diferenciados para distintos grupos sociales.

Entonces para unos, se trata de obtener acceso fácil a un servicio que hasta entonces estaba fuera del alcance (independientemente de su necesidad real); en tanto para otros se trata de obtener servicios diferenciados de otros grupos de la población, aun de aquellos equiparables a su misma condición social, o de obtener mayor confort para servicios de similar calidad asistencial¹⁶³; otorgándole una cuarta característica a este modelo:

- La existencia de distintos grupos sociales con intereses particulares, con diferencias en la facilidad en el uso en los servicios sanitarios, según la capacidad económica que tenga cada uno, compitiendo por los recursos disponibles.

En Síntesis:

La coexistencia de los distintos modelos de organización de atención a la salud y la influencia de los factores condicionantes generan como resultado:

A. Una sistematización de la oferta particular caracterizada por:

1. Un Sistema Sanitario en donde existe una brecha importante, entre la concentración de recursos y la capacidad de resolución, de los servicios ambulatorios y los de internación a favor de estos últimos; y paralelamente los servicios de mayor complejidad se ven sobrecargados por la derivación de usuarios de otros niveles para su resolución¹⁶⁴.

2. Las prestaciones tienen un alto componente curativo y en su mayoría, las mismas son de una complejidad extraordinaria, no solo por que debe estar a la medida de cada persona (atención personalizada), sino por que permanentemente se están incorporando nuevas posibilidades tecnológicas, es decir nuevos componentes al conjunto de actos separados que conforman el servicio.

3. El objeto de trabajo de estos sistemas es el "paciente", un conjunto de retazos cada uno a cargo de un especialista (falta de continuidad e integralidad de la atención).

4. Una implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud, en un Sistema Sanitario orientado hacia la curación de la enfermedad, determinando que la mayoría de los lugares de los centros en el Primer Nivel de Atención, continúen siendo asistencialistas y obedezcan a una modalidad de practica basada, en la relación interpersonal entre el usuario y cada uno de los profesionales del equipo asistencial; resultado esto de la extensión del modelo medico hegemónico a los servicios comunitarios. Esto ha determinando en primer lugar que las principales opciones organizativas de la

¹⁶³ Testa M. *Pensar en salud*. 2º ed. Buenos Aires: Lugar editorial; 1989. p 186-187.

¹⁶⁴ Magnifico G, et al. *Planificación de la Red Asistencial de ASSE*, op cit. p 44.

atención en el Primer Nivel de Atención¹⁰⁵, sea la existencia de un médico general que atiende los casos que llegan al servicio, resolviendo los que están a su alcance y distribuyendo los restantes a las consultas correspondientes según su criterio; y/o la atención por especialistas de nivel primario (pediatra, ginecólogo, etc.) a los cuales el individuo accede directamente.

Filto significa que buena parte de las actividades de prevención de enfermedades y la promoción de la salud, quedan fuera de las posibilidades reales de estos "Centros de Atención Primaria"; precisamente por que las actividades de promoción y de prevención tienen un carácter comunitario, como por ejemplo, todas las intervenciones denominadas en la actualidad de protección de la salud y muchas más de promoción; las que se llevan a cabo desde los medios de comunicación, en las escuelas, en los liceos, o en los lugares de trabajo¹⁰⁶.

En segundo lugar la aplicación del principio de universalidad (cobertura total a la población) que promueve la Atención Primaria, en la práctica implicó aumentar los servicios ofertados y tener una accesibilidad máxima sin ningún tipo de filtro, contribuyendo esto entre otros factores (no menos despreciables) -sobre todo en el medio urbano y semiurbano - a una progresiva masificación de las consultas, lo que a aparejado agobios, prisas en el trabajo y escaso tiempo por paciente. Determinando una deficiente calidad de las consultas prestadas y dejando sin resolver una parte significativa de las demandas de los usuarios.

B. Un patrón de consumo en donde el demandante como afirma Testa, al no poseer una información completa del proceso que desencadena su propia demanda, se encuentra de pronto inserto en una dinámica que no controla, y una vez ingresado al subsistema por la consulta inicial, deberá permanecer en el mismo demandando -o comprando para el subsector privado- bienes y servicios, hasta que el médico u otro profesional inicialmente consultado, decida que el problema precisado ha sido resuelto o no tiene solución -o hasta que su capacidad de pago lo permita-.

C. Sociedad Medicalizada y Medicamentalizada. Guáida -et al- afirman que los profesionales de Salud transmiten este marco ideológico que se concreta en la "medicalización y medicamentalización" en la vida cotidiana de las personas en sus ámbitos comunitarios.

Evidencia de esto, lo constituye el estudio realizado por Nowinski en el CASMU en donde una elevada proporción de encuestados consideró necesario consultar al médico en forma periódica, se tenga o no un problema de salud (73,9%, n: 774). Se encontró además un alto índice de consulta médica dentro de la cuál, se destaca la consulta al médico general. Esta alta tendencia a la consulta médica se confirma al estudiar la frecuencia de consulta, existiendo un 33,2% de la población con más de diez consultas anuales, mientras que solo un 10,5% no utilizó los servicios en el periodo de un año. Finalmente cuando se interrogo al usuario acerca si concurría al médico para repetir medicamentos la

¹⁰⁵ Guáida C. et al. Participación comunitaria en el primer nivel de atención a la salud, op cit. p 16.

¹⁰⁶ Del Llano Señariz J, et al. Gestión Sanitaria. op cit. p 376-377.

práctica mayoritaria, es concurrir mensualmente a repetir medicamentos (40%). La existencia de usuarios con patologías "diferentes" en especial con enfermedades "crónicas", contribuía a engrosar este porcentaje. Efraim Margolis afirma por su parte, que el medicamento muestra una tendencia a independizarse en la atención médica, constituyéndose a menudo una demanda por sí misma del usuario y una indicación autónoma de la consulta, dándose la repetición de prescripciones sin valorar al paciente con mayor frecuencia¹⁰⁷.

A modo de conclusión, los factores anteriormente mencionados van a ser determinantes en el como se organiza el Sistema Sanitario, influyendo en el modo en que las personas y las comunidades utilizan los servicios de atención de salud.

El cómo se organiza dicho proveedor o servicio, actúa sobre la utilización de los servicios de atención mediante la modificación de la accesibilidad, disponibilidad, productividad y continuidad¹⁰⁸. Factores estos como los denomina De la Revilla- de la interfase organización-usuario¹⁰⁹.

2. FACTORES DE LA ORGANIZACIÓN EN UNA POLICLINICA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

2.1. Estrategia de la Institución.

Este factor mencionado por la De la Revilla, lo refiere a lo que la institución y los trabajadores de la misma consideran como su trabajo en la práctica: "Estrategia Implícita".

Este autor refiere que dependiendo, de lo que consideren los profesionales sobre lo que es su responsabilidad en cuanto a la realización de determinadas actividades preventivas o curativas, como parte de su trabajo diario, determina naturalmente el tipo de trabajo a realizar y esto va a condicionar enormemente la oferta de servicios y la utilización que se haga de ellos¹¹⁰.

Esto cuadra en los que Mari Paz Mompoti denomina cultura organizacional, quien la define como un conjunto de normas, valores, creencias y prácticas específicas de un grupo, definiéndola además como la forma de actuar de la institución, sirviendo como elemento diferenciador respecto a otras instituciones, empresas o grupos similares.

La cultura organizacional explica: 1. las relaciones existentes dentro de ellas y la forma en que se han establecido; 2. la identidad común a los miembros de la organización y que se transmite a los nuevos trabajadores; 3. contribuye a dar sentido a las acciones colectivas, traducido en hábitos y costumbres que se perpetúan a través del funcionamiento de la organización, y por último, contribuye a la aparición y conservación de unos ritos establecidos en función de las actividades.

¹⁰⁷ Nowinski A. Situación de salud del Adulto op.cit. p.105-117.

¹⁰⁸ De la Revilla, I., Monografías Clínicas en Atención Primaria, op.cit. p.41 - 42.

¹⁰⁹ *Ibidem* p. 47.

¹¹⁰ *Ibidem* p. 42.

Es por esto que la cultura organizacional tiene su reflejo en la estructura organizativa, a través de las delimitaciones de los puestos de trabajo y el rol de cada uno, delegación de autoridad, reconocimiento de poder y estatus a los diferentes grupos o personas de la institución. En este sentido, la cultura organizacional es entendida como un aspecto del modelo de atención y según esta concepción, este aspecto organizacional orienta al desarrollo de actividades esencialmente preventivas o curativas en los centros de salud.

2.2. Estructura de la Organización.

Esta se define como la composición, disposición y orden en que se sitúan los diferentes elementos de un conjunto o centro de salud. Para Donabedian, la estructura de la organización, se refiere a "las características estables de quienes suministran atención de los medios o herramientas y recursos con que se cuentan; el marco físico y organizativo dentro del cuál trabajan...".

Aday y Andersen refieren que son las características o propiedades de estos elementos, los que determinan "lo que le acontece al usuario a partir de su ingreso a la organización". La estructura organizativa refleja: 1. los fines y objetivos; 2. las funciones, actividades y tareas que han de ser ejecutadas para conseguir el logro de los objetivos; 3. la definición de los puestos de trabajo: haciendo una descripción exacta del trabajo que ha de hacerse y las actitudes necesarias para hacerlo adecuadamente; 4. refleja las relaciones que van a unir a las personas de forma que se pueda llevar acabo el trabajo de manera racional y coordinada, permitiendo a la institución y a los grupos, que en el trabajan, la consecución de sus mutuos objetivos (niveles jerárquicos, delimitación de autoridad y responsabilidad).

En Atención Primaria la estructura organizativa lo constituye el equipo de salud y éste, está constituido por un grupo de Profesionales y Auxiliares que desarrollan de forma continua y compartida las funciones y actividades propias del primer nivel de atención, en el seno de una comunidad.

El trabajo en equipo de conformación multidisciplinaria aparece como elemento rector organizacional del centro de salud, y supone una forma organizativa en donde el grupo trabaja de forma coordinada con una relación funcional y no jerárquica, para la consecución de unos objetivos en común, a través de una serie de funciones específicas de acuerdo a cada categoría profesional. En función de esto último, cada integrante del equipo ha de desarrollar y responsabilizarse de unas actividades concretas, algunos cuyos aspectos pueden a su vez, ser compartidos por distintos miembros del equipo, en un contexto de colaboración, ausencia de conflictos y de competencia entre ellos.

Esto supone basarse en el principio de la división del trabajo y por ende, la existencia necesaria de estructuras funcionales o unidades de estructuración en donde se agrupan actividades, personas y recursos materiales disponibles para el logro de estos aspectos; dichas unidades de estructuración pueden estar conformadas por dos o más profesionales de distintas disciplinas y su labor se encuadra en los que Prichard denomina equipos funcionales, estos son grupos de trabajo que se forman dentro del equipo completo de atención para la ejecución de tareas concretas; o pueden también estar conformadas como describe Gallo Vallejo y cols. por un grupo de una misma disciplina, en donde

“cada colectivo se reúne aisladamente y de forma periódica, para discutir acerca de aspectos concretos relacionados muy directamente con su actividad laboral”.

A su vez estas unidades de estructuración o equipos intrínsecos, tienen un responsable de actividad y tareas que desarrollar, actuando bajo la dependencia del coordinador del equipo y relacionándose de forma horizontal con el resto de las estructuras funcionales del centro.

Para el caso de Enfermería, que trabaja en el centro de salud inmersa en una estructura organizativa que es común al resto del equipo de atención, perfectamente podría como colectivo “de Enfermería”, conformar una unidad de estructuración o unidad de enfermería y ésta tendría la función de organizar, sistematizar y racionalizar las distintas prestaciones de cuidados a la población, mediante una serie de acciones realizadas en el marco de los programas nacionales y/o municipales de salud, dentro de cada modalidad de atención y como contribución específica a la organización del equipo de atención primaria.

Existen distintas formas de organizar las prestaciones de cuidados en el Primer Nivel de Atención o también llamados por Frlas Osuna, como modelos organizativos de cuidados, que según este autor son distintas tipologías de asignación de usuarios.

Las formas de organizar las actividades de Enfermería en el Primer Nivel de Atención, pueden clasificarse en dos grandes grupos: la organización por población y la organización funcional.

En el primer grupo, los métodos de asignación se basan en adjudicar una población de referencia a cada centro de salud, de forma que este debe prestar una atención integral a dicha población con independencia del tipo de servicio o actividad que realice. Dentro de este grupo tenemos la organización por unidades de atención y la organización por zonas geográficas o sectorización.

En la organización funcional, el criterio de reparto lo constituyen la asignación por servicios o actividades y abarca los siguientes tipos: Organización por programas de salud o dispensarización, organización por actividades y rotaciones.

Modelo organizativo por unidad de atención, el mismo está constituido por un médico y una enfermera, encargados de la atención integral de un grupo de población que tiene adscrito. Esta forma de organización mejora la continuidad de los cuidados a lo largo de las distintas etapas vitales de los usuarios. Favorece la coordinación entre los profesionales que atienden a un mismo usuario, pero suele caer en la ineficiencia.

En referencia a la organización por zonas geográficas (sectorización), la zona de atención se divide en sectores en base a algún criterio; y a la población de cada sector se le asignan una o varias enfermeras¹¹¹. La sectorización, inspirada en los modelos de Enfermería comunitaria británica, consiste en prestar todos los servicios de enfermería a la población que vive en una zona determinada. Rompe la relación estrecha que el Modelo anterior pauta, y estimula el desarrollo de la labor de Enfermería

¹¹¹ *Ibidem* p 193-198.

comunitaria. Facilita enormemente la detección de necesidades, aunque compromete la coordinación con el resto del equipo¹¹².

Por otra parte, en la organización por programas de salud (dispensarización) no existe una población de referencia, sino que el criterio de asignación de usuarios lo constituyen los programas de salud. De esta forma, cada enfermera/o atiende determinados programas de salud, por lo que hay que tener en cuenta que rompe la continuidad de cuidados entre distintos programas, y la pérdida del enfoque integral de la atención.

También tenemos la organización por actividades, que se reducen a aquellas situaciones en la que enfermería solo realiza actividades delegadas (servicios comunes y avisos a domicilio), debido a su perfil profesional. La organización por actividades se halla, en la que cada enfermera/o asume unas tareas específicas de un programa de intervención, por ejemplo, atención a usuarios con diabetes consiguiéndose un alto nivel de especialización, y en consecuencia, de pericia en el desarrollo de las actuaciones técnicas, sin embargo, compromete la motivación por su facilidad para caer en la monotonía. Su grado de continuidad asistencial y nivel de satisfacción pueden también ser bajos; pero puede considerarse una estrategia muy adecuada ante situaciones específicas, como por ejemplo, programa de inmunizaciones.

Por último la organización por rotaciones ofrece una serie de servicios que por sus características es susceptible de ser ejecutadas por un sistema de turnos, como es el caso de las actividades delegadas.

Según el autor que venimos analizando, en la práctica no existe un modelo organizativo puro, y lo habitual son los modelos mixtos, de forma que en un mismo centro de salud, nos encontramos con distintas formulas organizativas para cada modalidad de atención.

La elección de él o los modelos organizativos, depende según este autor, de factores tales como el perfil formativo de Enfermería y el entorno organizativo. En función de esto, la elección de los mismos determina el rol que desempeña Enfermería, define las relaciones con distintos integrantes del equipo, condiciona el tipo de cuidados ofertados, así como la continuidad de los mismos.

Por último, el grado de desarrollo organizativo que alcance Enfermería así como el equipo, junto con la elección del modelo organizativo de cuidado más adecuado y una cultura organizativa determinada son todos estos aspectos organizativos que le imprimen características particulares a quienes suministran la atención y afectan como afirma Martín Zurro, Frlas Osuna, Aday y Andersen y De La Revilla, en la calidad de atención y en la utilización de los recursos.

2.3. Accesibilidad.

Si se concibe al Centro de Salud como puerta de entrada, al Primer Nivel de Atención, este tiene implícita la definición de límite de la organización y como todo límite deja pasar o detiene, es

¹¹² Martín Zurro A. Atención Primaria, op cit. p 74.

decir funciona como acceso o barrera. Si la función de barrera es alta, es comparable al acceso demasiado cerrado o difícil, lo que impide la entrada de elementos necesarios al sistema.

Si la barrera es muy baja o débil, deja pasar cosas del ambiente que pueden resultar perturbadoras para el funcionamiento del establecimiento y del resto del sistema de salud. El límite debe servir al mismo tiempo como puerta de entrada de recursos y energía, y como impedimento al acceso de perturbaciones¹¹².

Por accesibilidad entendemos: "el grado de ajuste entre las características de los recursos disponibles de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención". Con relación a esta definición presentada puede verse a la accesibilidad, como la relación funcional entre el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención ("resistencia"), y las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos ("poder de utilización").

El término poder de utilización, es análogo al de poder de compra, que se usa para designar la capacidad de una persona o grupo de personas para adquirir algún bien o servicio, así que poder de utilización significa el conjunto de características de la población que permiten a ésta, buscar y obtener atención. Poder de utilización y resistencia son conceptos complementarios; de la misma manera que el precio de un servicio "X" constituye un obstáculo para una persona, los ingresos de esta persona representan un poder específico para superar dicho obstáculo. De esta manera por ejemplo, el tener una bicicleta, auto, moto, o poder tomar un ómnibus, constituye una capacidad que contrarresta los efectos negativos de la distancia que tiene que recorrer para acudir a la policlínica. La resistencia, en tanto que es característica de los recursos de atención a la salud, tiene su contrapartida en el poder de utilización, como característica de la población, y es por esto que el concepto de accesibilidad refleja la complementariedad de la ecuación población-recursos.

Dado que la accesibilidad es una característica de los recursos sanitarios de atención, este constituye un "factor mediador" entre la capacidad de producir servicios, la producción y el consumo real de dichos servicios, es por esto que la accesibilidad también puede ser entendida como un obstáculo o barrera. Para este estudio adoptamos la clasificación de tipología de obstáculos desarrollada por Frenk, basada en la fuente en donde se originan los obstáculos, y que representa tres dimensiones de la variable accesibilidad.

La Accesibilidad geográfica: son los obstáculos que se originan en la localización de las fuentes de atención a la salud, con sus repercusiones de distancias y tiempos de transporte; así es que la accesibilidad geográfica se refiere a la "fricción del espacio" que es una función del tiempo y la distancia física que debe recorrerse para ser atendido.

Dever y Champagne, subrayan que la accesibilidad geográfica es un factor de mayor importancia para la utilización de los servicios preventivos, que para la utilización de los servicios curativos; estableciendo que cuanto más grave es el problema y más especializado es el recurso

¹¹² Teófilo M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. op cit. p 148.

necesitado, menos parece intervenir la relación entre accesibilidad geográfica y la utilización de los servicios.

B Rodríguez Ortiz y col¹¹⁴ en su estudio llevado a cabo en España, pudieron establecer asociación entre la accesibilidad geográfica y la utilización de servicios, al observar que, cuanto mayor es la distancia al servicio sanitario menor es el número de visitas realizadas por el usuario al mismo.

King¹¹⁵ también la ha identificado como un factor importante en la utilización de servicios, y ha descrito el "gradiente de atención ambulatoria" y las "líneas de isoasistencia" en una policlínica¹¹⁶.

Accesibilidad financiera u obstáculos financieros, se refiere a los precios que cobra el proveedor.

Accesibilidad organizacional: esta categoría esta representada por los obstáculos que se originan en los modos de organización de los recursos de atención a la salud. La misma puede subdividirse en obstáculos organizativos a la entrada, y obstáculos organizativos en el interior de un centro de salud.

Los primeros están representados por las propiedades de la organización de los recursos, que obstaculizan el contacto inicial con el sistema de atención a la salud. Según Andersen, este componente constituye el "acceso o el medio a través del cuál el usuario logra ingresar al sistema de atención y continuar el proceso de tratamiento". Es lo que nosotros denominamos canalización de la demanda. Los segundos se refieren a las características organizativas que interfieren con la recepción oportuna de atención una vez que el usuario esta dentro de un establecimiento. Así lo evidencia Gras Balaguer -et al- al demostrar la capacidad de modular la utilización de servicios, al limitar la entrega de números de recetas. Dando como resultado un aumento de la demanda de atención, siendo este el motivo de consulta más frecuente en este centro (63,8%; N= 4354).

Por otra parte Álvarez Montero y Pérez Fernández¹¹⁷ (en un estudio realizado en el Centro de Salud de Azuqueca de Henares en la ciudad de Guadalajara -México-), observaron entre el año 1986 al 1987 un descenso del 30,76%, evolucionando desde un promedio de $55,9 \pm 2 \times 1,77$ (IC: 95%) de solicitudes a libre demanda en el periodo 85-86, a un promedio de $38,7 \pm 2 \times 0,88$ (IC: 95%) en el periodo 86-87 ($P < 0,05$). Al introducir cambios organizativos en el centro de salud, como sistema de citación, registro orientado a problemas y labor de recepción.

Por otra parte, -por fuera de la clasificación de obstáculos-, De la Revilla señala como un factor que influye en la utilización de los servicios sanitarios, al creciente número de personas cubiertas con más de un seguro o mutualidad. El fenómeno de cobertura múltiple sea el proveedor de servicios público o privado (para el caso de nuestro país), dota de posibilidad a la persona de utilizar ambos servicios indistintamente. Esto nos lleva a pensar que existen normas, o huecos jurídicos que permiten

¹¹⁴ Rodríguez Ortiz B, Martín Galilea JJ. Variabilidad en la utilización de recursos en Atención Primaria. op.cit. p 30.

¹¹⁵ Pineault R. Planificación Sanitaria. op.cit. p 282.

¹¹⁶ Kieczkowski BM, Pioboleau H. Criterios de la planificación y diseño de instalaciones. op.cit. p 49.

¹¹⁷ Álvarez Montero S, Pérez Fernández P. Medidas orientadas a mejorar la asistencia en un Centro de Salud. Atención Primaria. 1988; (5): 8: 30-36.

este fenómeno, y que la regulación del uso de los servicios sanitarios no existe, o si existe, es inadecuada. Así arribamos al concepto de accesibilidad legal. "Esta se define como la capacidad de utilizar los servicios en relación con las normas legislativas"¹¹⁸.

Por último, para Frenk no todos los obstáculos tienen la misma importancia. La importancia relativa de cada obstáculo, variará de acuerdo con el modo de organización del sistema a la salud, por ejemplo, en un Sistema de Atención Pública, los obstáculos financieros pueden ocupar un lugar secundario.

Para que el límite de una organización pueda cumplir con las funciones señaladas, es menester que ciertas partes del sistema se ocupen de ello, lo cuál implica la diferenciación de subsistemas a los que se les encarga esta función. Los subsistemas que forman parte de la barrera o el acceso se enfrentan con un exterior fluctuante, cada vez más en las sociedades modernas, haciéndolo impredecible y caótico, obligando entonces a realizar maniobras de regularización para que las fluctuaciones no se transmitan al mecanismo procesador, el cuál debe ser protegido de las irregularidades del ambiente. Es decir, los subsistemas periféricos de una organización son los encargados de amortiguar las fluctuaciones propias del ambiente, produciendo un flujo regular, concepto este aplicable a un establecimiento como al conjunto del sistema sanitario¹¹⁹.

2.4. Tiempo dedicado a cada usuario.

En la organización del trabajo diario, además de los factores referidos a la accesibilidad organizacional, encontramos que el técnico puede influir en la capacidad de iniciar o inducir el uso de servicios mediante la forma de distribución de su tiempo con el usuario.

La capacidad de abordar y resolver la variada problemática de éste, dependerá en gran medida de los flujos de información existentes entre el equipo de atención, el técnico y el usuario. Si los flujos de información tienen poco espacio en el tiempo donde establecerse, las posibilidades de comenzar de nuevo el círculo de demanda no satisfecha y generación de nueva demanda, son inmediatas¹²⁰.

Según De La Revilla, el tiempo real dedicado a cada usuario está influido por el volumen de demanda. Este autor encontró que en las consultas con un volumen más pequeño "se tiende" a dedicar más minutos al usuario que en aquellas que tienen un mayor volumen, siendo de esta manera el tiempo real dedicado a cada usuario un importante factor de calidad de atención y de satisfacción de los mismos¹²¹.

Por otra parte, este autor afirma que en las consultas con mayor volumen de demanda se produce un aumento de la demanda derivada, ya que en este caso existe una consulta masificada y poco tiempo real dedicado a cada usuario, lo que conduce al técnico a derivar todo aquello que ofrezca alguna dificultad.

¹¹⁸ De la Revilla L. *Monografías Clínicas en Atención Primaria*. op cit. p 44.

¹¹⁹ Testa M. *Pensamiento estratégico y lógico de programación*. op cit. p 148-149.

¹²⁰ De La Revilla L. *Monografías Clínicas en Atención Primaria*. op cit. p 34.

¹²¹ De La Revilla L. *Monografías Clínicas en Atención Primaria*. op cit. p 67.

En base a lo anterior es fácil poder imaginarnos 2 modelos de consulta de atención, por ejemplo:

Modelo A: 20-30 usuarios, un tiempo medio por usuario de 8-10 minutos.

Modelo B: 40-50 usuarios, un tiempo medio por usuario de 4-5 minutos.

Empleando en ambos casos el mismo tiempo total de consulta.

La eficacia y resolutivez del primer modelo, son muy superiores a la del segundo, pues disponer de más tiempo por consulta tiene múltiples ventajas: se abordan más problemas y mejor; se producen menos derivaciones a otros técnicos; se puede hablar, escuchar, pactar con el usuario la mejor alternativa a sus problemas y aclarar sus dudas; se abordan mejor los problemas psicosociales, se puede indagar sobre problemas sospechados pero no declarados; mejora la comunicación y la confianza básicas entre el usuario y Enfermería; aumenta la satisfacción de ambos; se previene el burn out; y disminuye la frecuentación. Dicho de otra manera este modelo se corresponde a una consulta resolutivez, en donde aumentan los contenidos de educación para la salud que se suministran y a su vez se asocia a diferentes formas de indicar la utilización de los recursos sanitarios; es decir, este modelo se corresponde con una consulta satisfactoria y motivadora.

El segundo modelo, tiene las consecuencias inversas a las ventajas ante dichas: abordaje del usuario en forma escueta al estilo telegráfico, con el consiguiente riesgo de errores; hay más derivaciones a otros ámbitos; la comunicación verbal se reduce al mínimo; los problemas psicosociales brillan por su ausencia porque no se indagan, y lo mismo pasa con los sospechados, pero no declarados; la empatía, la confianza, la satisfacción quedan extraviadas; el burn out esta presente o al acecho permanente.; la frecuentación crece y se cierra un círculo vicioso. Es decir, el modelo B corresponde a una consulta no resolutivez, ineficiente, asilvestrada, insatisfactoria, desmotivadora y generadora de más demanda¹²².

En este sentido la actividad asistencial puede requerir un tiempo casi indefinido. Por lo tanto, es necesario un esfuerzo consistente desde nuestros puestos de trabajo para limitar el tiempo dedicado a actividades asistenciales de tipo curativo y procurar espacios para las preventivas¹²³. Ahora bien, esto puede conseguirse dentro de ciertos límites razonables. Porque si para la administración central lo que prima e importa es atender a todo el mundo sin demoras aunque sea en un suspiro, que salga todo adelante, sea como sea y estirando todo lo posible el presupuesto, la calidad de atención, la resolución de problemas, las condiciones laborales y demás quedarán en los manuales de atención primaria.

¹²² Apud Domínguez Velásquez J. Calidad frente a cantidad en atención primaria. ¿Resolución o supervivencia? Atención Primaria 2002; 30 (7): 453-457.

¹²³ De La Revilla L. Monografías Clínicas en Atención Primaria. op cit. p 67.

2.5. Horario de la consulta.

Para de la Revilla¹²⁴ "El horario de consulta, a igual tamaño de "cupo", se ha descrito como modificador de la utilización de la consulta, así las consultas en el horario de la mañana tienen una mayor demanda, lo que puede deberse a la selección del tipo de población. En función de esto último la composición sociodemográfica del cupo interviene sobre la tendencia a la masificación de la consulta en este horario, independientemente del tamaño de aquel; así, cupos con porcentajes de envejecimiento elevados tienen incrementos de la utilización de la consulta justificados por las necesidades en salud de este tipo de población".

M. Carreras, S. Ferrer, Nora D' Avino en su estudio realizado en Girona, España, sobre la demanda de atención primaria urgente en medicina rural, observaron que en un total de 468 demandas de atención, el 51,44% se realizaron durante la mañana (8-14 Hrs.), 30,04% en la tarde (14-20 Hrs.), y un 18,51% por la noche; siendo en 297 oportunidades (61,11%) demandas realizadas a nivel ambulatorio (acudieron al centro de salud -visitas-). Estas visitas según refieren los autores en su mayoría fueron efectuadas en el horario de la mañana. Los mismos atribuyen esta distribución del volumen de demanda en el tiempo, a que pudo verse influida por las conveniencias personales basados en que según el motivo de la demanda fue en gran mayoría de tipo no urgente o burocrático, coincidiendo además que gran parte de las atenciones domiciliarias fueron realizadas en horas de la noche¹²⁵.

2.6. Disponibilidad

Para Martín Zurro¹²⁶ y Magnífico¹²⁷, la disponibilidad de recursos humanos y tecnología influyen en la utilización de los servicios sanitarios.

De La Revilla vincula la menor o mayor cantidad de oferta de los diferentes recursos en la Atención Primaria de forma consistente en la utilización¹²⁸.

Estos autores utilizan indicadores como número de técnicos por población para medir la disponibilidad de recursos humanos, afirmando que este indicador es el que explica "con mayor claridad"¹²⁹, la correlación entre la disponibilidad de recursos y la utilización.

Cabe aclarar que los recursos comprenden: el personal, las estructuras dentro de las cuales se presta atención, el equipamiento, materiales y capital destinado para dicho servicio. Este comprende tanto el volumen como la distribución de estos en un área determinada¹³⁰.

En este sentido, la asignación de unos determinados recursos y la carencia de otros tipos de recursos -humanos y materiales- junto con la remuneración, expresa con claridad la estrategia que van

¹²⁴ *Ibidem* p 14.

¹²⁵ Carreras M, Ferrer S, D'Avino N. Estudio de la demanda en atención primaria urgente en medicina rural. *Atención Primaria* 1989; (9): 684-685.

¹²⁶ Martín Zurro A. *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. op cit. p 45.

¹²⁷ Magnífico G. *Planificación de la red asistencial de ASSP*. op cit. p 40-41.

¹²⁸ *Apud*. De la Revilla L. *Monografías Clínicas en Atención Primaria*. op cit. p 45.

¹²⁹ *Loc. Cit*.

¹³⁰ Adoy L, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica en investigación de servicios de salud. En: Kerr Wite L. *Investigaciones sobre servicios de Salud: Una antología*. Washington: OPS;... p 608.

a tener que seguir los servicios sanitarios a la hora de planificar las actividades tanto preventivas como curativas, y esto indudablemente condiciona la prestación que se oferte y por lógica lo que la gente va a utilizar.

Al analizar la disponibilidad de recursos conviene tener en cuenta a los factores que afectan la productividad de los mismos, para que el aspecto importante del recurso ya no sea su simple presencia física sino, su capacidad para producir servicios. Esto implica usar el término disponibilidad en un sentido ampliado, para referirnos a la presencia de los recursos de la atención a la salud teniendo en cuenta la productividad, es decir su capacidad para producir servicios.

Así como la disponibilidad de recursos representa un extremo del proceso de búsqueda y obtención de la atención, utilizar los servicios viene a ser el otro extremo, el final del proceso. Parece razonable suponer que cierta capacidad para producir servicios y la utilización de los mismos existe un conjunto de fenómenos intermedios; en otras palabras, para nosotros, la disponibilidad no implica utilización. Para comprender la naturaleza de esta zona intermedia es menester introducir un nuevo concepto: el de "resistencia". Podemos definir la resistencia como el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención, los cuáles se originan en los recursos para la salud.

Debemos aclarar que en nuestra formulación el concepto de resistencia se refiere a obstáculos distintos de la falta de capacidad de producir servicios, ya que el nivel de capacidad está comprendido en el concepto de disponibilidad. De hecho, la noción de resistencia sirve para modificar el concepto de disponibilidad y en base a esto, podemos considerarla a esta última, como "disponibilidad efectiva". Esta distinción parece ser importante pues se puede argumentar que en la medida que se presentan obstáculos extremos para su uso, ciertos recursos no están totalmente disponibles.

2.7. Continuidad.

Para L. A. López Fernández¹³¹, la existencia de una fuente regular de atención se correlaciona tanto con una mayor utilización de los servicios sanitarios, así como, con una mayor adecuación de la misma. J. Gené Badia y J. Durán Navarro¹³² definen la continuidad de la atención, como la atención personalizada a través del tiempo, ofrecida por una fuente de atención con independencia del motivo por el cual consulta un usuario.

Esta característica organizacional se refiere al esquema que hace posible, a que la atención se provea como una sucesión interrumpida de hechos, teniendo esto dos implicancias: primero la continuidad entendida como la cantidad, o la consecución de profesionales visitados para resolver un episodio de enfermedad o problema determinado y segundo supone también una regularidad en la provisión de la atención y el uso de dicho recurso a lo largo del tiempo; en otras palabras una longitudinalidad de la atención.

¹³¹ Apud. De la Ravilla L. Monografías clínicas en Atención Primaria, op cit. p 45.

¹³² Gené Badia J, Durán Navarro J.

Starfield¹³³ define longitudinalidad como la existencia de una situación contractual explícita o implícita por la que el usuario reconoce a un determinado profesional o grupo, como sus proveedores regulares de servicios de salud.

Los breves contactos repetidos que establece el usuario con el técnico a lo largo de los años, contribuyen a que el profesional acumule la información sobre la persona y su entorno. Esto facilita que se establezca una relación de confianza y de responsabilidad mutua. Para estos autores, la continuidad de la atención se relaciona con un cumplimiento mayor de las recomendaciones preventivas o terapéuticas, disminuyendo los abandonos de seguimientos de usuarios con patologías crónicas y en consecuencia una reducción de la demanda de servicios especializados.

2.8. Docencia.

De La Revilla, ha comprobado que son más efectivos los protocolos de actuación en las instituciones que cuentan con actividades docentes. Ello se debe a los mayores recursos que se incorporan a estos centros, pero, sin duda, también desempeñan un papel importante otros factores relacionados con la motivación, con la puesta al día de conocimientos, con la mayor interacción entre profesionales¹³⁴.

3. FACTORES INFLUENCIADORES DEL TÉCNICO.

3.1. Adecuación entre: Necesidad individual y Necesidad Técnica.

Cuando se habla de necesidad experimentada por un individuo, ello no quiere decir que la necesidad sea objetivable, esta es una percepción del demandante y por lo tanto esta influida por: la propia experiencia del individuo, sus propios valores, sus expectativas de "bienestar"¹³⁵, factores educacionales, culturales y sociales, así como la experiencia colectiva de la familia y creencias transmitidas por la misma; esta última en especial, es capaz de modificar el "umbral de conciencia" ante el "malestar o síntoma".

Ante esta percepción del problema de salud es la cultura familiar la que interviene en la toma de decisiones, esto es, en la búsqueda o no de ayuda¹³⁶. Dicho en otras palabras, existen patrones familiares de adaptación frente a los problemas de salud, que afectan a la conducta de búsqueda de ayuda. Por otra parte la existencia de "real necesidad" de demandar un servicio como plantea Testa, es independiente del estado de salud o enfermedad que tenga el demandante, y es en base a este punto que Testa hace una distinción entre la "existencia real de necesidad" y la "existencia de necesidad real", las cuales según el mismo autor no son equivalentes. A partir de la dualidad planteada por este autor, se pueden identificar dos perspectivas diferentes de necesidad, y a su vez estas perspectivas se pueden

¹³³ Morán Zurro A Atención Primaria. op cit. p 73.

¹³⁴ Adny L. Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica en investigación de servicios de salud. En: Kerr Wite L. Investigaciones sobre servicios de Salud: Una antología. p 680.

¹³⁵ Maguifico G, et al. Planificación de la Red Asistencial de ASSE. op cit. p 76.

¹³⁶ De la Revilla L. Atención Primaria. op cit. p 22.

combinar con la taxonomía de necesidad planteada por Brushaw reagrupando a la misma de la siguiente forma:

Existencia de Real Necesidad

Necesidad Sentida: Se refiere a la percepción que tiene la gente sobre su problema de salud.

Necesidad Expresada: Es la necesidad sentida que finaliza en un proceso de búsqueda de servicios. Es equiparable a la demanda de servicios.

Estas se diferencian debido a que una proporción de individuos no recurren a los Servicios de Salud aunque sientan una necesidad.

Existencia de Necesidad Real

Necesidad Comparativa: Por esta expresión se entiende a la necesidad que un individuo o un grupo determinado debería presentar en comparación con otros con iguales características en los cuales se ha identificado una necesidad.

Necesidad Normativa: Es la que define el profesional en relación a una determinada norma, deseable u óptima. Aquel o aquellos que no responden a esta norma son considerados en estado de necesidad¹³⁷.

Es entonces que la necesidad experimentada por un individuo exige verificación técnica con el fin de quedar "legitimada" como necesidad de atención. Bajo este concepto solamente le corresponde al "experto" legitimar y dar efecto a la oferta, dando respuesta a la necesidad en término de un tratamiento "adecuado"¹³⁸.

3.2. Capacidad Técnica.

Otro factor personal del técnico, de gran importancia será su pericia y capacidad técnico-científica para detectar los problemas de salud del usuario, la ejecución de actividades preventivas, así como para indicarle la forma adecuada de utilizar los recursos de salud. Esta adecuación entre la formación, actualización de los conocimientos y prácticas, y los problemas de salud que tiene que resolver, será un importante condicionante en el número de veces que demanda y utiliza los servicios de salud. Así si el técnico no resuelve o maneja inadecuadamente los problemas que le demanda el usuario, o si las intervenciones seguidas no son las adecuadas, el problema no se solucionará y el usuario reiterará iguales demandas de forma periódica, lo que tendrá un efecto sumatorio a la demanda "normal" esperada.

Esta capacidad para resolver problemas vendrá determinada por unos correctos y actualizados conocimientos, obtenidas a través de una formación pregrado que le capacite para resolver los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad; También será necesaria una formación postgrado a través de un programa de formación reglado que le facilite la suficiente práctica supervisada y experiencia clínica, y por último, una continua actualización de sus conocimientos y

¹³⁷ Pinemulti R. *Planificación Sanitaria*. op cit. p 46.

¹³⁸ Artells Ferrero A. *Aplicación del coste-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios: Eficiencia y equidad en la Atención Primaria*. op cit. p 50.

habilidades técnicas, en base a su trabajo diario y a las necesidades de salud del usuario y de la comunidad. Sin un actualizado bagaje de conocimientos y habilidades, y a pesar de una considerable experiencia clínica acumulada, se producirá una actividad con un bajo nivel de detección de problemas de salud, y un insuficiente manejo de los mismos, con los consiguientes efectos sobre la utilización de los servicios sanitarios¹³⁹.

3.3. Actitudes.

En este campo hay una cuestión fundamental: cómo percibe Enfermería su propio rol.

Si el papel de enfermería se centra en la realización de las actividades derivadas de la consulta médica, la actividad estará centrada en funciones asistenciales secundarias, ordenadas por el médico¹⁴⁰. Así enfermería se convierte en auxiliar del médico, sufriendo un deterioro técnico importante -no se maneja con destreza la entrevista clínica, se tienen dificultades para valorar y resolver los problemas de salud de los "pacientes" y no existe la necesidad de registro de su actividad en la historia clínica- relegando las posibilidades de desarrollo profesional que nos brinda el Primer Nivel de Atención, en el marco de la Atención Primaria. Es entonces que en vez de desempeñar el papel de agente del cambio como promotores comunitarios de salud, somos relegados (y también nos dejamos relegar) a una función dependiente jerárquicamente.

Por otro lado, si el papel de enfermería se centra en el rol del técnico que satisface la demanda del individuo mediante un contrato puntual en un servicio prestado en ese momento, y que se basa en aplicar una intervención acotada solamente a satisfacer la demanda, el mismo es escasamente compatible con la puesta en práctica de actividades preventivas¹⁴¹. En este plano, el técnico solo maneja conocimientos operacionales que le permiten actuar sobre una realidad concreta, sin interrogarse sobre las leyes que la gobiernan, careciendo además de la posibilidad de relacionar el ambiente en que viven y trabajan con sus condiciones de salud-enfermedad. Aceptando como inevitables las patologías propias de las modernas sociedades industrializadas sin cuestionar los principios básicos de organización de las mismas¹⁴².

Por último en este rol, el protagonista sigue siendo enfermería con su saber técnico, donde se prioriza la atención de enfermedades por su prevalencia; siendo el único interés lograr que los "pacientes" acaten los tratamientos de una intervención técnico-médica, que concibe a la atención por programas y no por procesos¹⁴³.

Por el contrario, el abordaje de las actividades preventivas precisa de un técnico que se sienta co-responsable de la Salud, asumiendo un papel activo en su mantenimiento, que se vea a sí mismo como educador y que tenga una actitud positiva hacia la asunción de una parte de la responsabilidad de los cuidados de salud por el mismo usuario y por la comunidad.

¹³⁹ De la Revilla L. *Monografías Clínicas en Atención Primaria*. op cit. p 33.

¹⁴⁰ Yeste M. *Pensar en salud*. op cit. p 162-163.

¹⁴¹ De la Revilla L. *Monografías Clínicas en Atención Primaria*. op cit. p 65-66.

¹⁴² Sosa A. *La salud de todos...* op cit. p 24-25.

¹⁴³ Loc. Cit.

Para De la Revilla, en el conjunto de las actividades preventivas son las más "tecnológicas" las que tienen una mayor implantación. Esto se debe –según afirma– a que estas actividades permiten un mayor control por parte de los técnicos y no precisan una gran colaboración del "Paciente", además se relacionan más con el rol biólogo y técnico, dominante en la cultura médica.

Este autor sostiene que los técnicos consideran aburrido el trabajo de prevención. Esta actitud puede relacionarse con los "modelos", que se adquieren durante la formación trabajando en el nivel más sofisticado del sistema. Además existe en este ambiente una actitud de recelo hacia las actividades preventivas, dudando de su eficacia y, sobre todo, desconfiando de su propia capacidad para llevarlas a la práctica, así como de la actitud y habilidad del usuario para introducir cambios en su estilo de vida. La atención de los "Enfermos" causa satisfacciones inmediatas, mientras que el resultado de la atención preventiva se produce en un plazo más largo y se mide con parámetros menos concretos.

3.4. Habilidades.

Cuanto más compleja es la actividad de que se trate, más habilidades, capacidad o destreza y tiempo se requieren; según De la Revilla¹⁴⁴ "es más sencillo medir la presión arterial, que educar a una persona para que cambie estilos de vida".

3.5. Relación Técnico-Usuario: Relación de Agencia.

La información incompleta por parte de un usuario, supone dificultades en la evaluación individual de los beneficios de la atención sanitaria, y por lo tanto, se toman decisiones mal informadas hacia el uso de los servicios -de corte preventivo o curativo- o al no uso.

En estas circunstancias es muy probable que el "consumidor" elija voluntariamente ser guiado por un "experto", el cual como en experto "en salud", está en mejor situación de obtener evidencia de su estado de salud, opciones de tratamiento que se ofrecen y los probables efectos que los mismos surtirán en su futuro estado de salud.

Esto entraña algún tipo de interferencia con las preferencias del consumidor y la imposición de un conjunto de valores definidos por "expertos" a la sociedad en su conjunto, o alternativamente, el consentimiento de la sociedad de que se impongan valores conformadores de las preferencias individuales sobre consumos que se juzgan preferentes por parte de los "expertos". La aceptación de la imposición de preferencias pudiera verse justificada por el reconocimiento del individuo de la inferioridad relativa de tal decisión; es difícil mantener el supuesto de que determinado tipo de conocimiento e información médica, forma parte de la estructura de conocimiento que interviene en la valoración de la utilidad del servicio. Esta asimetría de la información, sería la base para el consentimiento o acuerdo "voluntario" a aceptar determinados patrones de consumo.

¹⁴⁴ De la Revilla J. *Monografías Clínicas en Atención Primaria*, op.cit. p 66.

En general en los mercados de bienes y servicios convencionales el consumidor con diversos niveles de información y conocimiento elige y selecciona sus objetos de consumo (soberanía del consumidor); en el caso del mercado sanitario, el "consumidor-paciente" con gran frecuencia no exhibe siempre capacidad de elección respecto a la atención sanitaria mas adecuada a su necesidad. En todo caso su capacidad de elección se limita al agente o institución oferente de servicios sanitarios que llevan a cabo en "beneficio del paciente las elecciones que se traducen en demandas sanitarias".

Al actuar en su calidad de agente profesional "de su cliente" (relación de agencia) el profesional o equipo profesional utiliza su información acerca de las características del primero y su juicio (opinión del profesional) acerca de las necesidades sanitarias de su cliente, además de su conocimiento acerca de la tecnología disponible, al efecto de tomar una decisión equivalente. Este papel del "profesional" capaz de traducir la demanda de atención por parte de la comunidad (existencia real de necesidad) en necesidad de atención permite un mejor entendimiento de la generación de la demanda y de los patrones de utilización.

A través de esta conexión, el equipo de atención se hace agente del usuario y realiza una función "de agencia" que es aquella en la que el técnico -con su conocimiento, actitud y habilidad- asume la representatividad de los intereses y necesidades del usuario, para aquellos problemas de salud que le son demandados por el mismo. Dicha función se produce por el propio contacto establecido en la atención. Por lo cuál el técnico se compromete a actuar dentro de su ejercicio profesional, en el mejor interés del usuario, abordando sus problemas de salud, indicando determinados procedimientos o actividades de tipo preventivo, diagnóstico o terapéutico, e inclusive mediante el uso de servicios de otros colegas.

En relación de esto último, la demanda de atención que realiza un usuario a un técnico por las características y la complejidad de la atención sanitaria, puede determinar la demanda de servicios a otro técnico, denominándose a esta como demanda de factores productivos¹⁴⁵.

En función de esto debe admitirse como cuestión de hecho, que gran parte de las decisiones conforme a la utilización de recursos sanitarios, se toman con respecto a juicios de profesionales en relación con lo que los "expertos" consideran apropiado. Es decir, el técnico posee en potencia la facultad de crear y modular la demanda de sus propios servicios, así como el de sus colegas (demanda inducida por el oferente)¹⁴⁶.

¹⁴⁵ Factores productivos: Son aquellos bienes y servicios que se utilizan en el proceso de producción. Apud. Bergara M, Berrata N, Della Mela U, et al. Economía para no economistas. op cit, p 95.

¹⁴⁶ Artells Herrero JJ. Análisis del coste - beneficio... op cit, p 38-61.

B. Demanda de atención a Enfermería en la Policlínica.

La policlínica es la estructura física y funcional que como institución asume la responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográfica y/o geográficamente. En esta se desarrollan una parte importante de las funciones y actividades propias de la Atención Primaria de Salud, de forma integral, coordinada, continua, permanente, programada y con base en el trabajo en equipo de las distintas disciplinas que actúan en él; contando además con la participación activa de la comunidad¹⁴⁶.

De modo que en este nivel se debe promover y asegurar actividades como:

- A) Educación sobre principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes.*
- B) Promoción del saneamiento básico, vivienda y agua potable.*
- C) Promoción de una nutrición apropiada y suministro de alimentos.*
- D) Atención de la salud materno-infantil; planificación familiar.*
- E) Inmunizaciones.*
- F) Prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales.*
- G) Tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes.*
- H) Permanente conexión con los niveles más especializados.*
- I) Sistema de recolección de la información epidemiológica.*
- J) Suministro medicamentos esenciales.¹⁴⁷*

Es así que las actividades realizadas por el Equipo de Atención Primaria, dada la amplitud y complejidad de las mismas son llevadas a cabo en el centro de salud o en el ámbito comunitario. Esto último es debido a que la mayor parte de las competencias en materia sanitaria están fuera del ámbito del centro y del equipo de atención, lo que obliga a enfocar las actuaciones sanitarias en un contexto multisectorial¹⁴⁸.

Es entonces que desde la perspectiva de un Sistema Integral de Salud, Enfermería así como el resto del Equipo de Atención Primaria ha de asumir todas aquellas funciones y actividades que de ella se desprenden, destinadas a garantizar y mejorar el nivel de salud individual y colectiva de la comunidad¹⁴⁹.

De manera clásica las funciones de Enfermería, se han definido como el conjunto de actividades y tareas que las/os enfermeras/os realizan en el ejercicio de la profesión. Así en función del grado de independencia para tomar decisiones, se han considerado tres niveles: dependientes, interdependientes e independientes.

¹⁴⁶ Martín Zurro A, Pérez JF. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. op cit. p 7.

¹⁴⁷ Sosa A. La salud de todos... op cit. p 18.

¹⁴⁸ *Ibidem* p 50.

¹⁴⁹ *Ibidem* p 61-62.

Hablamos de función dependiente cuando las actividades que realiza enfermería no son consecuencia de su propia decisión, sino que han sido delegadas por otro profesional, un ejemplo típico es la administración de medicación.

La función interdependiente es aquella que comprende la planificación de actividades que las/los enfermeras/os desarrollan, pero que son insuficientes para resolver la situación de salud del usuario/colectivo/comunidad, y que, por su naturaleza, requerirán de la labor coordinada con otros miembros del equipo para resolver el problema de salud.

La función independiente de enfermería se entiende como el proceso de atención que la enfermera realiza con plena autonomía, ya que dispone de la competencia profesional para realizarla. Se considera que es la principal función de la enfermería comunitaria y según Frios Osuna, engloba 4 áreas bien diferenciadas: asistencial, docente, administradora e investigadora.

La Función Asistencial¹⁵¹ de Enfermería como la del resto del equipo de atención se dirige al grupo de población que demanda servicios de salud. Esta función ha de realizarse tanto en forma domiciliaria como en el centro de salud, correspondiéndose ésta última con la función desarrollada clásicamente en los consultorios. Estas formas de atención directa denominadas como modalidades de atención, son diferentes formas de actuación de Enfermería que permiten según cada modalidad ofertar los cuidados de salud a la población.

Dentro del centro de salud la consulta forma el núcleo básico sobre el que se asientan las restantes actividades del centro de salud, siendo éste el ámbito principal -pero no el único- en donde ha de producirse la integración real de las actividades de Promoción, Prevención, Curativas, de Rehabilitación y Reinserción social; y en donde se expresa a través de la demanda de atención una parte de las necesidades de la población, constituyéndose la punta visible del "Iceberg" de las necesidades¹⁵². Poniéndose de esta forma en marcha el proceso de utilización de los servicios¹⁵³.

En este estudio definimos demanda como: "el proceso por el cual la percepción de una necesidad por parte del usuario se transforma en una solicitud concreta de atención a un técnico de Enfermería del Primer Nivel de Atención¹⁵⁴. Por lo que la misma tiene una finalidad, es conciente, y esta impulsada o motivada por una razón".

¿Cómo se constituye este proceso?

La solicitud se puede realizar básicamente de dos maneras. En forma directa, en la cual hay un encuentro cara a cara entre el usuario y el técnico donde el demandante primariamente asiste a una Policlínica del Primer Nivel de Atención; o en forma indirecta, en la que no hay presencia física del

¹⁵¹ Se entiende como Función Asistencial a la prestación por parte de un técnico, de Enfermería, de un servicio relacionado con la salud en forma de contacto individual.

¹⁵² Ruiz Téllez A. Gestión en Atención Primaria. op cit. p 16-17.

¹⁵³ De la Revilla L. Monografía Clínicas en Atención Primaria. op cit. p 2.

¹⁵⁴ Conceptualización basada en: Lambert H, Word M. Clasificación Internacional de Atención Primaria: Clasificación de Razón de consulta. Glosario.

usuario; este comunica su solicitud por teléfono, carta, a través de un tercero u otro medio de comunicación.

En función del tipo y/o motivo de la solicitud que se realice, la misma es canalizada y atendida a través de las distintas modalidades de atención que se desarrollan en una Policlínica determinada.

Por otro lado como cualquier empresa de servicios, los servicios sanitarios no existen en tanto no se consumen; y de esto se desprende que la provisión del servicio o atención es simultánea con la utilización¹⁵⁵.

En función de lo anterior se puede distinguir en primer lugar, que dependiendo de cómo se canalice la solicitud de atención que realiza el usuario, se puede identificar una demanda canalizada hacia la atención programada, y una demanda canalizada a través de la atención no programada ("a demanda" o "espontánea"); en segundo lugar, en función del tiempo transcurrido entre la realización de la solicitud y la obtención de la atención sanitaria por parte del recurso disponible, se puede identificar una demanda atendida y una demanda no atendida. Esto último puede deberse a desaparición del motivo de la demanda, surgimiento de otra actividad, olvido u otros.

Canalización de la demanda.

Como se detallo anteriormente, los consultorios son el ámbito principal donde han de producirse las actividades que conforman la atención, que se desarrolla en la Policlínica. La organización de los equipos del Primer Nivel de Atención ha de permitir poner en práctica una adecuada división funcional del trabajo, de forma que las actividades puedan ser llevadas a cabo de la forma más adecuada. Con este fin es que se utilizan los sistemas de cita previa, atención programada y atención a demanda¹⁵⁶.

Canalización de la demanda hacia la atención programada.

El sistema de cita previa permite a la población que demanda espontáneamente asistencia (por propia iniciativa), acudir a la consulta con fecha y hora previamente concretadas. Esto reduce el tiempo de espera del usuario en la Policlínica, y permite homogeneizar el volumen asistencial de los diferentes días de la semana. Todo ello debe dar lugar a un incremento del tiempo medio dedicado a cada usuario, y consecuentemente una mejora de la calidad técnica y poder resolutivo.

Atenciones programadas son aquellas que se conciertan a iniciativa de los profesionales y están destinadas generalmente al control de usuarios con patologías crónicas, al cumplimiento de un programa de salud, o a la realización de programas preventivos y de promoción de la salud. Por otra parte pueden utilizarse además para el estudio en profundidad de problemas detectados en la consulta a demanda. Esta se concreta previamente de tres formas distintas: 1. fijando día y hora. 2. fijando un día determinado, en el que se destina todo el horario de atención del servicio a esta actividad; y 3. fijando un horario determinando para esta actividad, todos los días.

¹⁵⁵ Martín Zurro A. Atención Primaria, op cit. p 25.

¹⁵⁶ *Ibidem* p 44.

Canalización de la demanda hacia la atención no programada.

Las atenciones a demanda son realizadas sobre aquellos usuarios que acuden a la Policlínica sin haber solicitado previamente día y hora de atención, o sin citación previa por parte del técnico, en otras palabras acuden por iniciativa propia. En este tipo de atención el usuario es atendido el mismo día que acudió a la Policlínica pudiendo tener un tiempo de espera considerable para ser atendido. A su vez esta modalidad de atención puede ser regulada de dos maneras. Una de ellas es a través del número de horas que un servicio destine para esta actividad, siendo el horario de atención un factor limitante del volumen de la demanda atendida. La otra se corresponde con la adjudicación de números, en donde se adjudica a cada técnico un número determinado de atenciones por día, siendo este el factor limitante. Aquí el volumen de demanda está limitado por la cantidad de números entregados (cupos), que no siempre se corresponde con la cantidad de números demandados.

Los sistemas de canalización de la demanda¹⁵⁷ o también llamados "llaves de paso", son sistemas creados para ordenar y dirigir los flujos¹⁵⁸ del modo adecuado -hacia un lado u otro-, intentando que los volúmenes de actividad resultantes sean los óptimos en función de la capacidad y de las posibilidades¹⁵⁹ de la Policlínica de absorberlos.

Estos sistemas actúan como un factor regulador amortiguando, el impacto que genera la sumatoria de solicitudes de atención individuales en un servicio. Así que estos sistemas son medidas organizativas o administrativas¹⁶⁰, que nada tienen que ver con el proceso de demanda. Hay que recordar que el usuario-consumidor demanda un servicio para satisfacer una necesidad, y esto implica una elección de un bien en función de la utilidad que tiene para él.

En definitiva con el fin de lograr una óptima racionalización de las actividades y de sus tiempos de ejecución, se introducen elementos que diferencian a la atención¹⁶¹. El efecto que se obtiene con estos en mayor o menor medida es diferir en el tiempo la atención que se demanda.

Si admitimos entonces, que existen sistemas de canalización de la demanda de atención, tendremos que admitir también que existe un área de recepción y admisión, a través de la cuál el usuario entra en contacto con la Policlínica. En esta área se recibe al usuario, se recibe su solicitud, se evalúa en función de criterios prefijados si se admite o no, y por último, se canaliza la misma. Es entonces que desde el momento en que el usuario entra en contacto con la Policlínica hasta que obtiene la prestación del servicio solicitado, la demanda de atención es una demanda potencial, en el entendido de que como ya se detalló existen una serie de factores que pueden determinar que no se exprese el "motivo" por el cuál se solicitó la atención, y que en definitiva es el componente esencial de todo ese proceso -proceso de demandar atención-.

Por último, cabe mencionar que debido a las características de la prestación, en la cuál la utilización del servicio se da en la medida que se produce, se debe aceptar que la producción y

¹⁵⁷ *Ibidem* p 44.

¹⁵⁸ Flujo: Desplazamiento de alguien hacia algún lugar.

¹⁵⁹ Costallás i Pueyo D. Admisiones Hospitalarias. Madrid: Mosby- Doyma Libros S.A.; 1995. p 57-58.

¹⁶⁰ De la Revilla L. Monografías Clínicas en Atención Primaria. op cit. p 57.

¹⁶¹ Martín Zurro A. Atención Primaria op cit. p44.

provisión de la atención -como servicio- se construye a medida que se expresa el motivo por el cuál se solicita la atención, es decir, a medida que se demanda; constituyéndose esta verdaderamente en una demanda.

Es entonces que la necesidad de atención que experimenta un individuo y que ha sido expresada, exige verificación técnica con el fin de quedar "legitimada" como necesidad de atención -demanda atendible-; y bajo este concepto solamente le corresponde a Enfermería legitimar y dar efecto a la oferta, dando respuesta a la necesidad en término de un tratamiento "adecuado"¹⁶² -demanda atendida-. Siendo esta (la demanda atendible) en última instancia el elemento que desencadena el proceso de utilización de los servicios en la Policlínica, y que determina la presión asistencial ejercida sobre el centro de salud¹⁶³.

C. ¿Como puede caracterizarse la Demanda de atención a Enfermería?

La demanda de atención de enfermería en el centro de salud puede caracterizarse según el perfil del demandante, el motivo, el tipo de demanda y el intervalo de tiempo considerado.

Características de la población demandante.

Según la bibliografía manejada las características se agrupan en lo que Andersen y Newman¹⁶⁴ describen como: componentes de predisposición, capacidad y necesidad.

La predisposición comprende un conjunto de variables que describen la propensión de los individuos para demandar y utilizar los servicios de salud. Estas propiedades existen antes de la presentación de un episodio de enfermedad, o problema específico e incluyen factores entre otros como edad, sexo y educación.

La capacidad se refiere a los "medios" con que los individuos cuentan para demandar y utilizar los servicios, aquí se incluyen los recursos propios del individuo como cobertura de asistencia sanitaria, su situación laboral, su familia y los atributos de la comunidad en la que vive o sea distancia física que debe recorrerse para ser atendido (accesibilidad geográfica).

La necesidad se refiere al nivel de problemas o enfermedad que es a su vez, la causa más inmediata que motiva la demanda y la utilización de servicios sanitarios.

Motivo

El motivo de la visita se refiere a si la consulta responde a una "necesidad", entendida como la percepción de un cambio en el estado de salud y donde median valores, creencias y actitudes atribuibles a la salud y la enfermedad, dando como resultado la interpretación de un problema que va a ser

¹⁶² Artells Herrero A. Aplicación del coste-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios: Eficiencia y equidad en la Atención Perinatal. op cit. p50.

¹⁶³ Martín Zurro A. Atención Primaria. op cit. p 52.

¹⁶⁴ Aday L, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica en investigación de servicios de salud. En: Kerr Wile J. Investigaciones sobre servicios de Salud: Una antología. op cit. p 608.

expresado en una demanda. Por otro lado, el motivo de la visita puede responder a la percepción de que ese servicio que está demandando tiene una influencia beneficiosa para sí mismo. En este sentido el motivo principal de una visita puede ser la ocurrencia de un problema nuevo, buscando tratamiento con fines curativos, que según Aday y Andersen¹⁶⁵ significa "el proceso que vuelve al individuo a su anterior estado de funcionamiento"; el control de un problema anterior o conocido "estabilización de los casos de enfermedad irreversibles, diabetes y cardiopatías"; o necesidad de recibir un servicio preventivo.

Tipo de demanda

Las organizaciones están compuestas por personas que realizan actividades encaminadas a satisfacer las necesidades o expectativas de sus clientes, que también son otras personas. El proveedor atendiendo a sus posibilidades, ha de pactar un servicio específico con su cliente y lo realizará siguiendo una serie de procesos. Este esquema también se produce dentro del propio centro de salud¹⁶⁶.

Es entonces que los miembros del equipo de Atención Primaria han de comprender claramente que su supervivencia, depende exclusivamente de satisfacer las necesidades de los clientes y no de cumplir las órdenes de su superior jerárquico. Esto significa esencialmente otorgar la responsabilidad de cada proceso a un componente del equipo, identificando quien es el cliente de sus servicios, facilitando que entre ambos se pacten las especificaciones y requerimientos del producto final pero otorgando plena libertad sobre la forma de realizarlo¹⁶⁷.

Siguiendo entonces este esquema, Enfermería actúa tanto de cliente como de proveedor de sus compañeros de trabajo. Así pues, en calidad de proveedor de servicios, puede comenzar a instancia del usuario "demanda final", o por indicación de otro miembro del equipo de atención "demanda de factores productivos"¹⁶⁸.

La demanda de factores productivos, se refiere al hecho de que cuando un técnico del equipo (independientemente de su categoría profesional) demanda un factor de producción, lo hace porque ese factor le permite producir un servicio determinado y distinto de aquél, por lo que los consumidores están dispuestos a soportarlo a un coste dado¹⁶⁹. Por lo tanto existe una diferencia entre demanda final realizada por el usuario y la demanda de factores productivos; si bien en ambas el destinatario del servicio es el usuario, la primera tiene una utilidad directa para el mismo, mientras que la segunda tiene por objetivo la producción de un servicio solicitado a pedido de un proveedor¹⁷⁰, también conocido como cliente interno¹⁷¹.

En función de cómo Enfermería pacte con otro proveedor –para nosotros cliente interno– cuándo realizar la prestación, es que se puede diferenciar la demanda de factores productivos en dos

¹⁶⁵ Loc. Cit.

¹⁶⁶ Martín Zorro A. Atención primaria. op cit p 79.

¹⁶⁷ Ibidem p 75.

¹⁶⁸ Apud. Bergura M, Berreta N, Della Mela U, et al. Economía para no economistas. op cit. p 95-96.

¹⁶⁹ Apud de la clasificación propuesta por Del Llano Señaris J. Gestión sanitaria. op cit. p169.

¹⁷⁰ Ibidem p 301.

¹⁷¹ Carrat J, Sotero Salgueiro G, Sosa Fuertes G, et al. Manual de Enfoque de Calidad aplicado a los sistemas de salud. Montevideo: MSP; J. d. J. p 18.

tipos de demanda; dependiendo de si la prestación pactada se deba realizar antes o después de que el usuario demanda un servicio a ese proveedor –para nosotros cliente interno–.

Si la prestación de enfermería “pactada”, se brinda antes de que el usuario visite a un proveedor “X” y realice una demanda final, el servicio que brinda enfermería actúa como *prerrequisito* para que ese usuario sea atendido; es decir para que realice una demanda final a un técnico dado. Ejemplos de esto lo constituyen “el control del niño sano” y “el control del embarazo”, en los cuales, el usuario visita primariamente a enfermería para que esta genere un factor de producción (Ej.: peso, talla, perímetro cefálico para el niño; y peso, talla, toma de presión arterial, para la embarazada entre otras actividades) que es necesario para que otro técnico (distinto de enfermería) pueda a partir de ese factor de producción, brindar una prestación, que ha sido demanda por el usuario, y es en este sentido que esta demanda a Enfermería, de “factores productivos” se la conoce en lo cotidiano con el nombre de “Control”.

Por otra parte, la demanda de atención que realiza un usuario a un técnico por las características y la complejidad de la atención sanitaria, puede determinar la demanda de factores productivos a otro técnico -dentro de la misma institución-, en forma posterior y con la finalidad de completar la prestación que el usuario había demandado inicialmente, denominándose a esta última demanda derivada. En otras palabras, la demanda de atención que realiza un usuario a un técnico, por ejemplo Pediatría, puede determinar en definitiva la demanda de factores productivos en forma posterior a Enfermería, y poder así completar la prestación que se ha desencadenado tras la demanda que inicio el usuario a Pediatría.

Es decir, en ambos casos el consumidor realiza una demanda, de un servicio dado a un técnico dado, y ésta indirectamente puede generar la demanda de otro servicio a otro técnico conociéndose a esta última como demanda de factores productivos. En este caso, Enfermería produce un servicio intermedio¹⁷² o de apoyo a la actividad asistencial que realiza un proveedor, quien para nosotros es un cliente interno y es el que esta ofertando un servicio final que fue demandado directamente por el usuario.

El intervalo de tiempo considerado.

El intervalo de tiempo para una visita puede expresarse en términos de contactos y volumen.

Por visita se entiende como el contacto o encuentro, cara a cara, es decir en forma directa en un ámbito determinado entre enfermería y el usuario.

Contacto significa si una persona ingresó al sistema de atención dentro de un período de tiempo determinado; al describir el acceso, a los responsables de las políticas de salud les interesa determinar quienes ingresaron al sistema, pero, más específicamente, quienes no lo hicieron.

¹⁷² Basado en la clasificación de tipo de producción propuesta por Del Llano Sevaria. En: OPS. Investigación de los servicios de Salud. Op cit.p 299.

Esto da idea de la extensión, que se define como el porcentaje de personas de una comunidad que demandan y utilizan realmente los servicios en un determinado periodo de tiempo (elementos sin repetición).

Volumen representa el número total de contactos que se establecen entre Enfermería y la población demandante en la Policlínica, dentro de un periodo de tiempo determinado. Esta magnitud da idea de la carga de trabajo asistencial del personal (Profesional y/o Auxiliar) y refleja no solo quienes ingresaron por primera vez al sistema, sino también la continuidad de la atención, por lo tanto, considera la frecuencia con que se demanda y utiliza el servicio. La frecuencia se refiere al número de veces que la población demanda en un periodo de tiempo determinado (elementos con repetición). Esta dimensión refleja en parte la frecuentación.

El término frecuentación se reserva para designar al número de veces que un individuo determinado y diferente de otro, solicita atención de Enfermería en el centro de salud y que para esta investigación no será tenido en cuenta.

Marco referencial

Barrio Casabó

El barrio está ubicado al noroeste del departamento de Montevideo, detrás del Cerro, rodeado de zonas rurales. Sus límites son: al norte camino Burdeos, al oeste el arroyo Tala, al sur el Río de la Plata y al este Camino Cibils.

Población de Casabó

La población de Casabó constituye un total de 12499 habitantes¹⁷¹, de los cuales 6220 corresponden al sexo masculino y los restantes 6279 se corresponden al femenino. El barrio se caracteriza por su juventud. La tercera parte de la población posee menos de 15 años de edad y el 44,5 % tiene menos de 20 años¹⁷².

Los habitantes del barrio se agrupan en 3246 hogares. Existiendo un promedio de 3,83 personas por hogar.

Con relación a la situación de la vivienda, como define el censo nacional, en su totalidad son hogares particulares. Existe en la zona un alto porcentaje de hogares monoparentales.

La cobertura en salud según cifras estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas, es en un 52 % cubierta por el Ministerio de Salud Pública como centro de cobertura total, en un 23% por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, y un 13,3% de la población se halla sin cobertura.

Haciendo referencia a la situación laboral, los datos censales muestran que la población económicamente activa suma un total de 5226 personas, (incluye tanto ocupados como desocupados).

Policlínica Municipal del Barrio Casabó

La Policlínica "Casabó" se ubica en la ladera Oeste del Cerro de Montevideo. Se encuentra limitada por las calles Liberia, Rusia, Continuación Charcas y Camerín.

El servicio es un oferente de la Intendencia Municipal de Montevideo perteneciente al Departamento de Descentralización, División Salud. Tiene como objetivo general desarrollar un Plan de Atención Zonal a la Salud y contribuir a conformar la base de los sistemas locales de Salud (SILOS), trabajando coordinadamente con otras Instituciones.

Dentro del barrio Casabó y zonas aledañas, la Policlínica forma parte de una red de efectores sanitarios que incluye las Policlínicas "Municipal de la Paloma", "Tito Borja", "La Capilla" y "COVICENOVA" -siendo estas tres últimas comunitarias, no contando estas, con personal de Enfermería Profesional ni Auxiliar-; se agrega además los médicos de familias de la zona, dependientes del Ministerio de Salud Pública (MSP). En caso de requerir asistencia de mayor complejidad, se tiene

¹⁷¹ Referencias del V Censo Nacional de Población y Viviendas en el año 1996 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas.

¹⁷² Blanco A, Carlevaro E, Suárez A. *Detrás del Cerro: Una aproximación a la realidad del barrio Casabó*. 1996. Udelar: Montevideo, p. 4.

como referencia al "Centro de Salud del Cerro", dependiente del MSP, principal referente en esta red del Primer Nivel de Atención.

El área de influencia está limitada por las calles: Burdeos, Camino Cibils, Etiopía y Arrollo Tala. Tomando como referencia la Policlínica y considerando la distancia en cuadras hacia los límites establecidos se obtiene que desde la Policlínica hacia la calle Etiopía hay 1 cuadra, hacia Cno. Cibils hay 5 cuadras, hacia Cno. Burdeos hay 7, y hacia el arroyo Tala hay 10 cuadras, además de mediar grandes áreas verdes

El funcionamiento de la misma es de lunes a viernes en el horario de 7:00 a 17:00 horas, exceptuando el día lunes que permanece cerrada de 12:00 a 13:00 horas, por reunión de equipo. Se brinda atención a todo aquel que la solicite y para solicitar atención se debe concurrir al servicio el día que corresponde a la especialidad que se desea consultar; solamente se exige presentar carné de asistencia (el cual se gestiona ante el Ministerio de Salud Pública) para efectuar retiro de fármacos en el área de administración del Servicio.

Dotación de personal en la policlínica durante la investigación

Cuenta con un equipo multidisciplinario que atiende en "forma programada y demandas espontánea" brindando atención pediátrica, ginecológica, medicina general, odontología, psicología, nutrición, trabajo social, inmunizaciones y de enfermería.

Especialidad	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
	RH*	HI**	RH	HI	RH	HI	RH	HI	RH	HI
Fisioterapia	-	-	-	-	1	8:00	1	8:00	-	-
Ginecología	1	13:00	1	8:00	1	8:00	1	13:00	1	13:00
Medicina Gral.	1	8:00	1	8:00	2	8:00	2	8:00	-	-
	1	13:00			1	12:00	1	12:00	-	-
Nutrición	1	13:00	1	8:00	1	8:00	1	8:00	1	8:00
Odontología	1	8:00	2	8:00	2	8:00	2	8:00	-	-
							1	13:00	-	-
Pediatría	2	8:00	1	8:00	1	8:00	1	8:00	1	11:00
			1	11:00	1	11:00	1	11:00	-	-
Psicología	1	11:00	1	8:00	1	8:00	1	8:00	1	8:00

* RH: Recursos Humanos.

** HI: Hora de inicio de la atención.

Especialidad	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
	RH*	HI**	RH	HI	RH	HI	RH	HI	RH	HI
Enfermería	1	7:00 a 12:00	1	7:00 a 13:00	1	7:00 a 13:00	1	7:00 a 13:00	1	7:00 a 13:00
	1	13:00 a 17:00	1	13:00 a 17:00	1	13:00 a 17:00	1	13:00 a 17:00	1	13:00 a 17:00
Vacunaciones	1***	8:00 a 12:00	1	13:00 a 17:00	1	13:00 a 17:00	1	13:00 a 17:00	1	13:00 a 17:00
	1	13:00 a 17:00		-		-		-		-
Administrativos	4	8:00 a 14:00	4	8:00 a 14:00	4	8:00 a 14:00	4	8:00 a 14:00	4	8:00 a 14:00

*** Licencia durante la investigación.

Cabe destacar que la Policlínica se relaciona a través de un convenio con la Universidad de la República, la cual aporta a través del Programa APEX-Cerro un volumen de docentes y estudiantes, específicamente en la Policlínica, en las especialidades de Pediatría, Ginecológica, Medicina general, Odontología, Psicología, Nutrición, Trabajo Social, Fisioterapia y Enfermería.

Atención por programas.

La institución desarrolla una serie de programas que surgen del Plan de Atención Zonal a la salud y del Programa APEX-Cerro. Estos son:

Programa del Adulto Mayor. Funciona los días viernes en el horario de 9 a 13 horas.

Programa de Medicina Comunitaria. Funciona los días lunes, martes y miércoles de 8 a 12 horas y los días martes y jueves de 13 a 17 horas. Se realizan consultas y visitas domiciliarias.

Programa de Atención Integral al Adolescente. Funciona los miércoles de 13 a 17 horas.

Programa de Atención Integral a la Mujer. Los días miércoles se desarrolla la consulta de Prevención y Control del cáncer genito mamario; los días jueves en el horario de 10 a 12:30 horas funciona la distribución de métodos anticonceptivos y los días lunes, martes, jueves y viernes se llevan a cabo las consultas de control del embarazo. Se destaca en este programa la participación de vecinas del barrio.

Programa Plan Aduana. Es llevado adelante por Licenciada en Enfermería los lunes a viernes de 8 a 12 horas; las visitas domiciliarias, se realizan los días viernes.

Programa Septiembre. Funciona los días lunes, jueves y viernes de 12 a 17 horas, los días martes de 8 a 12 horas y los días miércoles en el horario de 8 a 17 horas.

Programa de Atención Integral al Niño. Funciona todos los días de la semana distribuidos en ambos turnos de lunes a jueves y los días viernes únicamente de mañana.

Programa Ampliado de Inmunizaciones. Funciona de lunes a viernes de 8 a 17 horas.

Programa del Control del Adulto Diabético e Hipertenso. El mismo funciona los días martes y jueves de 7 a 12 horas; el día martes en el "salón comunal" de 10 a 11:30 horas, se realizan reuniones y talleres educativos para fomentar la calidad de vida de estos usuarios.

Programa de Atención a la Salud Bucal. Es llevado adelante por Odontología, con el apoyo de una comisión de administración comunitaria.

Normativas de Trabajo más relevante.

En el caso de los profesionales que ingresan a la IMM contratados como pasantes, los mismos cumplen un régimen laboral de veinte horas semanales, cuatro horas diarias. Las mismas se distribuyen de lunes a viernes y son estas acumulativas, por lo tanto si el profesional desea realizar una jornada laboral de más de cuatro horas está en su derecho de hacerlo, pudiendo de esta forma generar las veinte horas semanales antes de finalizar el quinto día hábil de la semana. Para el caso de Enfermería Universitaria el contrato es por un año.

Los funcionarios municipales en cambio cumplen un régimen laboral de treinta horas semanales, de lunes a viernes, a excepción de las Licenciadas en Enfermería, Psicología y Ginecología, quienes tienen una carga horaria de veinte horas semanales. Se trabaja de lunes a viernes y se descansan sábados y domingos, se dispone de tres horas en forma anual para llegadas tardes o para retirarse con anticipación de su puesto de trabajo. Por último las licencias de este personal son rotativas.

Atención de Enfermería.

El equipo de enfermería se compone por cuatro integrantes, dos Licenciadas en Enfermería una en categoría de pasante y otra en calidad de funcionario municipal, y dos Auxiliares de Enfermería uno de ellos vacunador, ambos en calidad de funcionario municipal.

El equipo de enfermería desarrolla sus actividades tanto en el consultorio de Enfermería, así como también en el consultorio de Pediatría y en el consultorio de vacunas.

A nivel del consultorio de Pediatría, el Auxiliar de Enfermería desarrolla su actividad en conjunto con la pediatra, en aquellos momentos en que dicho recurso finaliza sus prestaciones en el consultorio de vacunas. Cuando este no está disponible, la pediatra solicita la colaboración de algún estudiante de cualquier disciplina que se encuentre en la institución. Este, realiza el llamado de los niños que tienen pautada la consulta en forma programada, además de aquellos que solicitaron número para ser atendidos a demanda.

Se realiza desvestido a los niños para que pueda ser valorado por el pediatra, además del control antropométrico de cada niño que comprende aquellas actividades tales como peso, talla, perímetro cefálico además de alguna actividad que el pediatra le indique.

En el consultorio de vacunas se realiza específicamente la inmunización tanto a adultos como niños. Dicho consultorio funciona de 8 a 17 horas y brinda atención por orden de llegada.

Por último una Licenciada en Enfermería lleva adelante el Programa Aduana en el turno de la mañana, de lunes a viernes en el horario de 8 a 12 horas, donde realiza un control riguroso de la asistencia de los recién nacidos que tienen control estipulado. En el caso de que no concurran se los ubica por teléfono -en el caso de que dispongan- y se coordina una próxima consulta. En el caso de que no se disponga de un teléfono se realiza la visita domiciliaria, estas están programadas en el servicio realizarlas los días viernes.

Organización del trabajo en el consultorio de Enfermería donde se realizó la recolección de datos.

La jornada a nivel del consultorio de Enfermería se extiende de 7:00 a 17:00 horas, exceptuando los lunes que permanece cerrado de 12:00 a 13:00. Se dispone de una Auxiliar de Enfermería en el horario de 7:00 a 13:00 horas y de una Licenciada en Enfermería "pasante" de 13:00 a 17:00 horas.

La atención se realiza por orden de llegada en la cual cada usuario retira un número en admisión para ser atendido, no existiendo un cupo de atenciones prefijado.

El horario de 7:00 a 10:00 horas esta destinado para la atención de quienes concurren por iniciativa propia, mientras que de 10:00 a 13:00 horas se atiende la demanda derivada por los distintos profesionales de la propia Institución.

Las usuarias que concurren por el control del embarazo a partir de las 13:00 horas son atendidas en primer lugar y sin retirar número, luego de esto, se realizan las atenciones a los usuarios según el número adjudicado a cada uno de ellos en admisión.

Específicamente todos los martes el Auxiliar de Enfermería atiende en el consultorio hasta las 10:00 horas y luego participa de la reunión del grupo de "Diabéticos e Hipertensos". Los días jueves, la Licenciada en Enfermería pasante, brinda atención en el consultorio de Enfermería hasta las 15:00 horas y en forma posterior, se encarga de implementar el Programa de Atención Integral del Adolescente.

*Distribución de las Atenciones de Enfermería en Policlínica Casabó por mes y por año**

AÑO	MESES											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2000	1142	992	1103	583	817	780	691	863	783	785	943	940
2001	1223	840	894	574	997	930	924	1227	1069	1096	997	876
2002	941	824	699	977	1085	971	1126	1360	1485	1509	1508	1323

* No incluye sector vacunas.

Diseño metodológico

Tipo de estudio.

El tipo de estudio que se llevó a cabo se caracteriza por ser descriptivo, de corte transversal, y cuantitativo¹⁷⁵.

El estudio es descriptivo, según el alcance de los resultados¹⁷⁶, ya que se pretendió medir como se manifiestan las variables que caracterizan a la demanda de los usuarios que asisten a dicho servicio; constituyéndose ésta en una primera aproximación a la temática planteada que pueda posteriormente dar cabida a otro tipo de investigaciones en dicha área de estudio.

En cuanto a la dimensión temporal y secuencia del estudio, debe especificarse que el mismo es de corte transversal, dado que las variables, se estudiaron en un período de una semana.

El presente estudio se basa en la perspectiva cuantitativa¹⁷⁷ ya que se pretendió medir en forma estructurada y sistemática las características que posee la demanda de atención.

Universo.

Lo constituyen todos los individuos que demandan Atención de Enfermería Profesional y/o Auxiliar en la Policlínica perteneciente a la Intendencia Municipal de Montevideo ubicada en el barrio Casabó.

Muestra.

La constituyen todos los individuos que asisten a la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo ubicada en el barrio Casabó los días lunes, martes, miércoles, jueves y viernes en el horario de siete a diecisiete horas, en el período comprendido entre el 17 y 21 de Noviembre de 2003, que demandan atención de Enfermería Profesional y/o Auxiliar en el consultorio de Enfermería.

El criterio de Inclusión en la medición se extiende a aquellos sujetos que demandan ser atendidos por Enfermería Profesional y/o Auxiliar, indistintamente.

Los criterios de Exclusión:

- 1) Aquellos usuarios cuyo motivo o razón de solicitud es la administración de inmunizaciones.*
- 2) Aquellos usuarios que solicitan ser atendidos por Enfermería fuera del horario de atención estipulado por la policlínica.*
- 3) Aquellos usuarios que no quieran ser entrevistados.*

¹⁷⁵ *Hernández Sampieri MC, Fernández Collado C, Baptista Jacio D. Metodología de la Investigación. 2ª ed. México: Interamericana; 1996. p 84, 86, 191.*

¹⁷⁶ *Pineda B, de Alvarado EL, Canales F. Metodología de la Investigación. op cit. p 82.*

¹⁷⁷ *Ibidem p 13, 106.*

Tipo de Muestreo.

Muestreo no probabilístico. Se ha seleccionado un período corto de tiempo -en este caso de 5 días hábiles continuos- debido a que según J. J. Gervas, M. M. Pérez Fernández, p. García Sagrado -et al-, los períodos de registro cortos (hasta 7 días), son "muy utilizados". Estos refieren que "para estudiar las visitas -o contactos-, puede utilizarse una muestra de pocos o muchos días, pues no parece haber diferencias respecto a la utilización del servicio, ni a la morbilidad atendida...". Por último, cabe destacar que estos autores demostraron en su estudio "Utilización de Servicios Sanitarios ambulatorios: pacientes y visitas", realizado en Madrid, España, "que los períodos cortos de registro dan una muestra representativa de las visitas (elementos con repetición) respecto a la utilización de servicios, pero no respecto a pacientes".

Por último además, hemos tomado la decisión de adoptarlo por la ventaja de ser conveniente al grupo de investigadores desde el punto de vista económico, lo que nos garantizó la disponibilidad de recursos y la viabilidad del estudio a la hora de su implementación.

Recolección de datos.

Para recabar la información necesaria se elaboró un cuestionario, específicamente para el presente estudio. En el mismo se distinguen dos áreas: la primera destinada a recabar información sobre las características personales del demandante y la segunda sobre las características generales de la demanda.

Una vez aprobado el protocolo de investigación se realizó -previa autorización por escrito- un ensayo previo de recolección de datos. El mismo tuvo lugar en el consultorio de Enfermería de la Policlínica de la IMM del barrio "Casabó". Se tomó una muestra de 30 sujetos. Luego se procedió a evaluación por los estudiantes y tutoras, en la cual a través de esta se identificaron preguntas poco comprensibles o confusas, se valoraron las categorías de las variables, se evaluó el instructivo y el tiempo de aplicación del instrumento. Efectuándose posteriormente las adecuaciones necesarias.

Una vez probado el instrumento y efectuadas las correcciones del mismo, se procedió a la recolección de los datos mediante encuesta, en la modalidad de entrevista estructurada.

La entrevista estuvo dirigida al usuario que solicitaba ser atendido en el consultorio de enfermería por enfermería, indistintamente de si es Enfermera/o Profesional o Auxiliar. Los mismos fueron entrevistados momentos previos al ingreso al consultorio de enfermería, lo que no implicó que necesariamente fueran atendidos, por el personal que ahí desempeña funciones. En la entrevista se le explicó al "demandante" lo relativo a la investigación mediante el consentimiento informado (Ver Anexo N° 3). Aquellos casos en que los "demandantes" no aceptan ser entrevistados, no formaron parte en el estudio.

En la recolección de los datos se diferenciaron dos etapas que se sucedieron simultáneamente. En la primera, se obtuvo información de las variables que representan las características del demandante (Elementos sin repetición), mientras que en la segunda etapa se obtuvo información de las

características de la demanda como son el motivo y tipo de demanda así como registro del día y hora de efectuada cada una de las solicitudes (Elementos con repetición).

Variables del estudio.

La variable principal de este estudio es "características de la demanda de atención que realizan los usuarios a Enfermería".

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE¹⁷⁸

Definición:

Conceptualmente entendemos como demanda "al proceso por el cuál la percepción de una necesidad por parte del usuario se transforma en una solicitud concreta de atención. La misma tiene una finalidad, es conciente, y esta impulsada o motivada por una razón. Por lo que la misma le lleva a tomar la decisión de contactar con el sistema de salud; de entrar en él y hacer explícita su solicitud, logrando además expresar el motivo o razón (por la que solicitan atención) a un Técnico de Enfermería (Profesional y/o Auxiliar) del Primer Nivel de Atención.

Operativamente hemos definido la demanda de atención, como "la expresión de una solicitud de atención y la expresión de su motivo, que realiza el individuo a un técnico -de enfermería- ya sea este Profesional y/o Auxiliar en el consultorio de enfermería en la Policlínica de la IMM del barrio Casabó".

Según el nivel de medición esta variable se clasifica como cualitativa.

Las variables consideradas más relevantes para caracterizar la demanda son:

1. Características del demandante.
2. Motivo de la demanda.
3. Tipo de demanda.
4. Distribución del volumen de la demanda.

¹⁷⁸ Operacionalización: proceso de llevar una variable de un nivel abstracto a un plano más concreto. Este apartado tiene la función básica de precisar al máximo el significado que se le otorga a una variable en el estudio. Apud. Canales, F., Alvarado, E., Pineda, E. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo del personal de salud. México: Limusa OPS/OMS; 1994. op cit. p100.

1. Características del demandante

Variable	Clasificación	Definición Conceptual	Definición Operativa
"Edad"	Cuantitativa Discreta	Periodo de tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento actual.	Nº de años cumplidos al momento de la entrevista categorizados ¹⁷⁹ en: 1. Menor de 6 años. 2. De 6 a 10 años. 3. De 11 a 17 años. 4. de 18 a 35 años. 5 De 36 a 50 años. 6. De 51 a 64 años. 7. Mayor de 64 años.

"Sexo"	Cualitativa Nominal	Conjunto de características cromosómicas que se evidencian a través de los caracteres sexuales primarios y secundarios que diferencian al hombre de la mujer.	1. Masculino 2. Femenino
--------	---------------------	---	-----------------------------

"Nivel de Instrucción"	Cualitativa Ordinal	Nivel o grado más alto alcanzado por el individuo en el sistema educativo formal.	1. Nunca recibió instrucción formal. 2. Educación inicial. 3. Primaria incompleta 4. Primaria completa. 5. Secundaria/UTU incompleta 6. Secundaria/UTU completa. 7. Terciaria incompleta 8. Terciaria completa. 9. No corresponde (menores de 3 años).
------------------------	---------------------	---	--

¹⁷⁹Intervalos de clase realizados en base a: Aparicio, D y Morrison, M.

1. Niño en edad preescolar: Son considerados en este estudio a aquellos niños desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

Apud. Aparicio D. Monografías clínicas en Atención Primaria: Salud Mental. Barcelona: Doyma; 1992. p 30-31.

2. Niño en edad escolar: Son considerados en este estudio a aquellos niños cuyas edades oscilan desde los 6 hasta los 10 años de edad.

Loc. cit.

3. Adolescencia: Etapa etaria de grandes cambios que se inicia a los 11 años y finaliza a los 17 años de edad.

Apud. Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. Barcelona: Harcourt-Brace; 1992. p 213-228.

4. Adulto Joven: Periodo de la vida que va desde los 18 a los 35 años de edad.

Apud. Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. op cit. p 230.

5. Adulto: Se consideran a aquellos individuos cuyas edades oscilan entre los 36 y los 50 años.

Loc. cit.

6. Adulto Mayor: Se consideran a aquellos individuos cuyas edades oscilan entre los 51 y los 64 años de edad.

Loc. cit.

7. Anciano: Etapa de la vida comprendida entre los 65 años y la muerte de la persona.

Ibidem p 242.

Variable	Clasificación	Definición Conceptual	Definición Operativa
"Cobertura en Salud"	Cualitativa Nominal	Condición que declara el individuo acerca de poseer derechos vigentes, totales y/o parciales en alguna Institución de Asistencia Médica tanto Pública como Privada.	<ol style="list-style-type: none"> 1 No tiene cobertura. 2. Cobertura Parcial: <ul style="list-style-type: none"> Asignaciones familiares¹⁷⁹. Unidad móvil Otros seguros parciales 3. Cobertura Total: <ul style="list-style-type: none"> MSP¹⁸⁰. * Especificar si tiene carné de asistencia vigente. Mutualista o Cooperativas Sanidad Policial Sanidad Militar Otros 4. Cobertura parcial y total.

"Situación laboral"	Cualitativa Nominal	Desempeño en una actividad u oficio por la cual está pautado que perciba una remuneración monetaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No. <p>En este caso especificar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desocupado (es aquella persona que no tiene empleo y lo está buscando). 2. Inactivo (es aquella persona que no tiene empleo y no lo está buscando¹⁸¹). 3. En retiro: jubilado o pensionista 4. Otros. ¿Cual? <p>3. No corresponde (para menores de 12 años).</p>
---------------------	---------------------	--	--

"Accesibilidad geográfica al Servicio Sanitario"	Cuantitativa Discreta	Obstáculo que se origina en la localización de la fuente de atención a la Salud, que una persona debe recorrer para ser atendido.	Distancia física o lineal medida en cuadras que recorre una persona para trasladarse desde su domicilio hasta la policlínica "Casabó".
--	-----------------------	---	--

¹⁷⁹ La cobertura que presta el sistema de asignaciones familiares tiene vigencia en los niños, hasta sus seis años de edad (o menos que posea una enfermedad neurológica, donde la misma se efectiviza durante toda la vida de éste), cuyo padre o madre aporta al BPS.

¹⁸⁰ Ministerio de Salud Pública, con derechos al poseer carné de asistencia vigente.

¹⁸¹ Ayud. Calvo J., Guinovart B., Lavagnino C., et al. Indicadores económicos y sociales. Montevideo; UR. Facultad de ciencias económicas y de la administración; 2001. p 28.

Variable	Clasificación	Definición Conceptual	Definición Operativa
"Tipología familiar" ¹²³	Cualitativa nominal	Clasificación de las familias según el número de miembros que la integran y su composición (función de cada miembro).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Extensa (se incluyen padres e hijos, abuelos, tíos, etc., abarcando más de dos generaciones). 2. Nuclear (dos adultos de sexos diferentes que ejercen el papel de padres de uno a cuatro niños). 3. Nuclear numerosa (nuclear con 5 o más hijos). 4. Nuclear ampliada (conviven además otras personas sean parientes o no). 5. Monoparental (constituida por un solo cónyuge y sus hijos). 6. Personas sin familia (individuos que viven solos). 7. Equivalentes de familia (grupos de amigos o familiares que viven juntos o en comunas, en asilos, o a parejas homosexuales estables, y además de aquellos grupos familiares cuya constitución no sea clasificable dentro de las anteriores categorías).

2. Motivo de la demanda

Toda expresión de solicitud de atención o demanda tiene un motivo o razón por la cuál el usuario toma contacto con el Sistema de Atención a la Salud, entra en el y hace efectiva su demanda.

En este estudio se define conceptualmente al "Motivo de Demanda" como la declaración de la razón por la que una persona llega a una Policlínica del Primer Nivel de Atención a la Salud, entra en ella y expresa una solicitud de atención a Enfermería. La razón o motivo que impulsa al usuario a buscar atención de enfermería puede expresarse en forma de signo, sintoma, problema de salud, y solicitud de una técnica o procedimiento de enfermería.

Por último, cabe aclarar que la razón que motiva la demanda registrada por el entrevistador y aceptada por el usuario, constituye simultáneamente la formulación básica de la demanda y el aspecto subjetivo de la necesidad del usuario, a la que el técnico responderá con determinadas intervenciones que se enmarquen bajo la responsabilidad de Enfermería y en el ejercicio de la profesión¹²⁴.

¹²³ Apud. De la Revilla L. Atención Primaria. op cit. p 21.

¹²⁴ Frías Osorio A. Enfermería Comunitaria. op cit. p158.

Operativamente la definimos como "Cualquier problema o dolencia verbalizada por el individuo, así como cualquier pedido de una actividad, técnica o procedimiento de enfermería, a Enfermería Profesional y/o Auxiliar".

Variable	Clasificación	Definición Conceptual	Definición Operativa
"Motivo de Demanda"	Cualitativa Nominal	Declaración de la razón por la que una persona llega a la Policlínica, entra en ella y expresa una demanda de atención a Enfermería.	Cualquier problema o dolencia verbalizada; o cualquier pedido de una actividad, técnica o procedimiento de enfermería, a Enfermería Profesional y/o Auxiliar.

3. Tipo de demanda

Variable	Clasificación	Definición Conceptual	Definición Operativa
"Tipo de Demanda"	Cualitativa Nominal	Clasificación de la demanda según quien inicie la solicitud de atención de Enfermería.	<p>1. Por iniciativa propia "Final": toda aquella solicitud de atención que realiza un individuo a Enfermería y expresa al momento de la entrevista que acude y la solicita por iniciativa propia.</p> <p>2. Por pedido de otro técnico</p> <p>a. Derivada: toda aquella solicitud de atención que realiza un individuo a Enfermería, a pedido por escrito de un técnico de otra profesión, (que desempeña función en la misma Policlínica, en forma posterior y con la finalidad de completar la prestación que el usuario había demandado inicialmente.</p> <p>b. Prerequisito: Es aquella solicitud que un individuo realiza como prerequisite para ser atendido por otro profesional que desempeña función en la misma Policlínica, el mismo día.</p>

4. Distribución del volumen de la demanda

Variable	Clasificación	Definición Conceptual	Definición Operativa
"Distribución del volumen de la demanda"	Cuantitativa Discreta	Distribución del número total de contactos que se establecen entre Enfermería y la población demandante en el Centro de Salud dentro de un periodo de tiempo determinado.	Día y horario de atención* en que el usuario realiza la solicitud de atención a enfermería en el consultorio, en el periodo de tiempo "X".

* El día en que concurre el usuario a solicitar atención de Enfermería, será categorizado en lunes, martes, miércoles, jueves y viernes; y el horario de atención en que lo hace categorizado en mañana y tarde, especificando la hora de concurrencia.

Resultados

• Características del demandante:

Tabla N° 1: Edad de los usuarios que solicitaron atención de enfermería, a Enfermería Profesional y/o Auxiliar en el consultorio de la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo del barrio Casabó en el período comprendido entre el 17 y el 21 de noviembre de 2003, categorizado en menor de 6 años, de 6 a 10 años, de 11 a 17 años, de 18 a 35 años, de 36 a 50 años, de 51 a 64 años y mayor de 64 años, relacionado con la variable sexo, categorizado en masculino y femenino.

Edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Menor de 6 años	6	11,54%	4	1,94%	10	3,87%
De 6 a 10 años	3	5,77%	0	0,00%	3	1,16%
De 11 a 17 años	1	1,92%	13	6,31%	14	5,43%
De 18 a 35 años	10	19,23%	57	27,67%	67	25,97%
De 36 a 50 años	6	11,54%	33	16,07%	39	15,12%
De 51 a 64 años	10	19,23%	35	26,70%	45	25,19%
Mayor de 64 años	16	30,77%	44	21,36%	60	23,26%
TOTAL	52	20,16%	206	79,83%	258	100,00%

La media se situó en 46,53 años con un desvío estándar de $\pm 21,79$. El 50% de la población se encuentra por debajo de los 49 años de edad. Las edades observadas oscilaron desde los menores del año hasta aquellos con 88 años de edad. El 25,97% (67) correspondió a usuarios con edades entre 18 y 35 años, seguidos en frecuencia con un 25,19% (65) y 23,26% (60) de usuarios cuyas edades oscilan entre 51 y 64 años, y mayores de 64 años respectivamente; representando ambos el 48,45% (125) del total de la muestra.

La población encuestada en su gran mayoría está compuesta por mujeres representando el 79,85% (206). Agrupando los rangos etáreos de 36 a 50, 51 a 64 y mayores de 64 años se observa que el 64,07% (132) de las mujeres son mayores de 35 años.

Dentro de la población masculina que representa el 20,16% (52) del total de la muestra, se destaca que el mayor porcentaje se encuentra ubicado en el rango de mayores de 64 años, con un 30,77% (16).

Tabla N° 2: Nivel de Instrucción.

Nivel de la Instrucción	FA	FR%
1. Nunca recibió instrucción formal	16	6,20%
2. Educación inicial	2	0,77%
3. Primaria incompleta	80	31,01%
4. Primaria completa	79	30,62%
5. Secundaria/UTU incompleta	60	23,26%
6. Secundaria/UTU completa	10	3,87%
7. Terciaria incompleta	3	1,16%
9. No corresponde	8	3,11%
TOTAL	258	100,00%

El 30,62% (79) de la población entrevistada tiene primaria completa, mientras que el 3,87% (10) tiene secundaria completa, ninguno de los entrevistados refirió poseer educación terciaria completa.

Por último se puede agregar que el 90,69% (234) de la población entrevistada tuvo acceso al sistema educativo formal, mientras que el resto se distribuye en las categorías "nunca recibió instrucción formal" con un 6,20% (16) y "no corresponde" -por ser menores de 5 años- con un 3,11% (8) del total de la muestra.

Tabla N° 3: Edad del usuario categorizado en menor de 6 años, de 6 a 10 años, de 11 a 17 años, de 18 a 35 años, de 36 a 50 años, de 51 a 64 años y mayor de 64 años, relacionado con la variable nivel de instrucción categorizado en nunca recibió instrucción formal, educación inicial, primaria incompleta, primaria completa, secundaria /UTU incompleta, secundaria /UTU completa, terciaria incompleta, terciaria completa, y no corresponde.

	<6	6 a 10	11 a 17	18 a 35	36 a 50	51 a 64	>64	TOTAL
	FA	FA	FA	FA	FA	FA	FA	FA
1. Nunca recibió l. formal.	0	0	1	2	0	3	10	16
2. Educación inicial	2	0	0	0	0	0	0	2
3. Primaria incompleta	0	3	2	8	7	28	32	80
4. Primaria completa.	0	0	4	20	17	22	16	79
5. Secundaria/UTU incompleta	0	0	7	28	13	11	1	60
6. Secundaria/UTU completa.	0	0	0	7	2	0	1	10
7. Terciaria incompleta	0	0	0	2	0	1	0	3
8. Terciaria completa	0	0	0	0	0	0	0	0
9. No corresponde	8	0	0	0	0	0	0	8
TOTAL	10	3	14	67	39	65	60	258

Dentro del 31,01% (80) de los que se encuentran en la categoría primaria incompleta, el 96,25% (77) son mayores de 18 años. También dentro del 30,62% (79) de los que tienen primaria completa, el 94,93% (75) son mayores de 18 años.

Tabla N° 4: Situación laboral.

Situación laboral	FA	FR%	
1. Trabaja y aporta al BPS	10	3,87%	
2. Trabaja y no aporta al BPS	29	11,24%	
3. No trabaja	Desocupado	58	22,49%
	Inactivo	80	31,01%
	Jubilado/ Pensionista	69	26,74%
4. No corresponde	12	4,65%	
TOTAL	258	100,00%	

En primera instancia se puede observar que quienes no trabajan representan el 80,23% (207) del total de la muestra, mientras que aquellos que si lo hacen –indistintamente de si aportan o no al BPS- representan el 15,11% (39).

Por otra parte, dentro de aquellos que no trabajan, se destaca que 80 de ellos que representan el 31,01% del total de la población entrevistada son inactivos, es decir no trabajan ni buscan trabajo.

Tabla N° 5: Tipología familiar.

Tipología familiar	FA	FR%
1. Extensa	50	19,38%
2. Nuclear	128	49,61%
3. Nuclear numerosa	9	3,49%
4. Nuclear ampliada	14	5,43%
5. Monoparental	30	11,63%
6. Personas sin familia	18	6,98%
7. Equivalentes de familia	9	3,48%
TOTAL	258	100,00%

Casi la mitad de los usuarios -49,61% (128)- pertenecen a familias nucleares y les siguen en frecuencia con un 19,38% (50) aquellos que pertenecen a familias extensas; en tercer lugar le siguen aquellos pertenecientes a familias monoparentales con un 11,63% (30).

Tabla N° 6: Accesibilidad geográfica.

Accesibilidad geográfica	FA	FR%
1. De 1 a 5 cuadras	130	50,39%
2. De 6 a 10 cuadras	87	33,73%
3. De 11 a 15 cuadras	20	7,75%
4. De 16 a 20 cuadras	10	3,87%
5. Más de 20 cuadras.	11	4,26%
TOTAL	258	100,00%

La media para esta variable se sitúa en 7,21 cuadras con un desvío estándar de $\pm 6,33$, destacando que la puntuación mayor registrada se situó en 50 cuadras. El valor de la moda se correspondió a 4 cuadras (97) y el valor de la mediana fue de 5 cuadras.

El 84,12% (217) de la población usuaria que fue entrevistada vive dentro de un radio de 10 cuadras, tomando como centro a la Policlínica, mientras el resto 15,88% (41), viven a más de 10 cuadras de la misma.

Tabla N° 7: Cobertura en Salud.

Cobertura de salud	FA	FR%
1. No tiene cobertura	55	21,32%
3. Solo cobertura total	173	67,05%
4. Cobertura total y parcial	30	11,63%
TOTAL	258	100,00%

Categoría dos "solo cobertura parcial", sin observaciones.

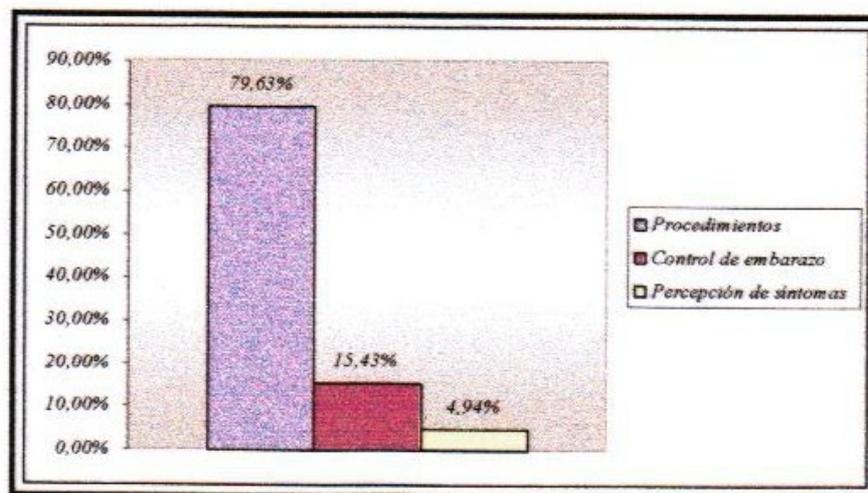
Se puede decir que el 67,05% (173) sólo poseen cobertura total, mientras que el 11,63% (30) tiene cobertura total y parcial, por lo que agrupando estas dos categorías obtenemos que 203 solicitantes poseen cobertura total en salud.

Por otra parte el 21,32% (55) de la muestra no tiene cobertura en ninguna Institución de Asistencia Médica. Es importante aclarar que de estos 55 usuarios sin cobertura, el 49,09% (27), al momento de la entrevista respondieron poseer carné de asistencia no vigente, por lo que a la luz de la definición de esta variable no tienen derechos vigentes en el MSP. Con respecto al tipo de cobertura total, predominan con un 89,65% (182), aquellos usuarios con derechos vigentes dentro del MSP, y en menor medida aquellos con cobertura de mutualista o cooperativa con un 4,93% (10). (Ver en anexo N° 7, tabla N° 6.1).

▪ **Características de la demanda:**

Los 258 usuarios que tomaron contacto con Enfermería Profesional y/o Auxiliar en el periodo de tiempo prefijado para esta investigación, generaron en las distintas instancias que demandaron atención, un conjunto de 324 solicitudes, por lo que –y en función de lo previsto– las variables “motivo de demanda, tipo de demanda y distribución del volumen de la demanda en el tiempo” tienen un número total (N) de 324.

Gráfico N° 1: Motivo por el cual los usuarios demandan atención de enfermería, a Enfermería Profesional y Auxiliar.



Cuando se les pregunto a los solicitantes cual era la razón que lo/mo motivo a consultar a Enfermería, un 79,63% (258), respondió que lo hizo para solicitar algún procedimiento; un 15,43% (50) para control del embarazo, mientras que un 4,91% (16) solicitaron atención por presentar un problema de salud. (Ver en anexo N° 7, tabla N° 8).

Tabla N° 8: Edad del usuario categorizado en menor de 6 años, de 6 a 10 años, de 11 a 17 años, de 18 a 35 años, de 36 a 50 años, de 51 a 64 años y mayor de 64 años, relacionado con motivo de la demanda, categorizado en procedimientos, control de embarazo y percepción de síntomas.

		Motivo de la demanda							
		Procedimientos		Control de embarazo		Percepción de síntomas		TOTAL	
		FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Edad	Menor de 6	15	93,75%	0	0,00%	1	6,25%	16	4,94%
	6 a 10 años	2	50,00%	0	0,00%	2	50,00%	4	1,23%
	11 a 17 años	5	35,72%	7	50,00%	2	14,28%	14	4,32%
	18 a 35 años	27	37,50%	39	54,17%	6	8,33%	72	22,22%
	36 a 50 años	49	90,74%	4	7,40%	1	1,85%	54	16,66%
	51 a 64 años	82	96,47%	0	0,00%	3	3,53%	85	26,23%
	Mayor de 64	78	98,73%	0	0,00%	1	1,27%	79	24,38%
TOTAL		258	79,63%	50	15,43%	16	4,94%	324	100,00%

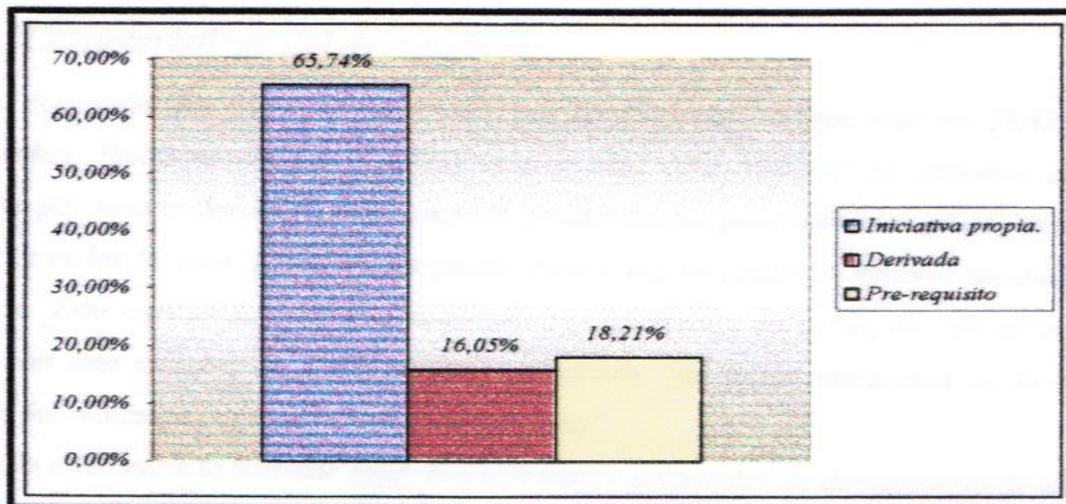
Los usuarios dentro del rango etáreo comprendido entre los 51 a 64 años, solicitaron atención en 85 oportunidades, de las cuales en un 96,47% (82) fueron motivadas por un procedimiento.

Por otra parte, dentro de los usuarios que solicitaron un procedimiento se destaca que el 81,00% (209) de los mismos fueron realizados por usuarios mayores de 35 años.

En cuanto al motivo de solicitud control del embarazo, 39 solicitudes que representan el 78,00% del total de las mismas, fueron realizadas por usuarias con edades que oscilan entre los 18 a 35 años. Se destaca que el 50,00% (7) de las usuarias con edades entre 11 a 17 años solicitaron atención motivadas por dicha razón.

Por último, el 37,50% (6) de quienes solicitaron atención por percibir un síntoma tienen edades comprendidas entre 18 y 35 años, representando sólo el 8,33% (6) del total de dicha categoría.

Gráfico N° 2: Tipo de demanda de atención de enfermería, a Enfermería Profesional y Auxiliar.



Se observa un alto porcentaje de usuarios que consultan por iniciativa propia, representado por un 65,74% (213).

Tabla N° 9: Distribución del volumen de demanda de atención de enfermería, a Enfermería Profesional y Auxiliar.

Distribución del volumen de demanda												
	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%								
7:00 a 8	20	26,67%	9	17,31%	6	11,32%	10	13,39%	8	11,11%	53	16,36%
8:01 a 9	13	17,33%	10	19,23%	12	22,64%	11	15,29%	14	19,45%	60	18,52%
9:01 a 10	8	10,67%	12	23,08%	13	24,63%	16	22,47%	10	13,89%	59	18,21%
10:01 a 11	1	1,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	4,17%	4	1,23%
11:01 a 12	1	1,33%	2	3,85%	0	0,00%	0	0,00%	5	6,94%	8	2,47%
12:01 a 13	0	0,00%	1	1,92%	2	3,77%	16	22,47%	10	13,89%	29	8,95%
13:01 a 14	8	10,67%	11	21,15%	11	20,75%	8	11,11%	8	11,11%	46	14,20%
14:01 a 15	10	13,33%	7	13,46%	7	13,21%	5	6,94%	8	11,11%	37	11,42%
15:01 a 16	14	18,68%	0	0,00%	1	1,87%	5	6,94%	5	6,94%	25	7,72%
16:01 a 17	0	0,00%	0	0,00%	1	1,87%	1	1,39%	1	1,39%	3	0,92%
TOTAL	75	23,15%	52	16,05%	53	16,36%	72	22,22%	72	22,22%	324	100,00%

El 56,80% (184) del total de las solicitudes se efectuaron en el horario de la mañana (de 7 a 12 horas), y el 43,20% (140) correspondieron al horario de la tarde (de 12:01 a 17 horas). Se tuvo una media de 64,8 solicitudes de atención por día, con un desvío de $\pm 9,44$ solicitudes diarias. Una mediana de 72, una moda de 72 (2), y un rango de 23 siendo el máximo valor 75 y el mínimo 52.

Haciendo una observación de la distribución de esta variable según el día de la semana se puede decir que la mayor frecuencia de solicitudes se presentó el día lunes con un 23,15% (75), seguida con igual frecuencia con un 22,22% (72) los días jueves y viernes.

Por otra parte observando esta distribución según el horario de atención se puede decir que hay una mayor frecuencia de solicitudes en los horarios de 7 a 10 y de 13 a 15 horas.

Análisis

1. Características del demandante.

La población encuestada se caracteriza por ser mayoritariamente -con un 79,85% (206)- de sexo femenino. Relacionando las variables sexo y edad (Ver tabla N° 1), podemos decir que la distribución por sexo es favorable a las mujeres, prácticamente para todos los grupos de edad, sobre todo a partir de los 18 años. Por lo que se puede afirmar que en grupo las mujeres demandan más que los varones. Esto concuerda con lo encontrado por Monserrat Pikas -et al-, en su investigación realizada con una muestra de 1056 usuarios, en donde "la mayor utilización de la consulta de Enfermería fue realizada por usuarios de sexo femenino".

En lo referente a la variable edad, hay una mayor proporción de demandantes de edad madura (mayores de 35 años) frente a los más jóvenes (menores de 35 años), 63,56% (164) y 36,44% (94) respectivamente; situándose la media calculada para esta población en 46,53 años con un desvío estándar de $\pm 21,79$.

Si observamos como se distribuyen los encuestados por rangos etáreos (Ver anexo N° 7, Gráfico N° 3), a diferencia de otros estudios consultados, dentro de las personas que demandan atención de enfermería se destacan los adultos jóvenes. Una posible explicación de la mayor prevalencia de este grupo con respecto a los otros, puede deberse a una de las características del barrio. Según el último censo realizado por el INE "la tercera parte de la población de Casabó tenía en el año 96 menos de 15 años de edad y el 44,5% tenía menos de 20 años". Esta característica de ser un barrio con una población joven, podría estar contribuyendo en esta mayor prevalencia por rango etáreo de los adultos jóvenes que solicitan atención de enfermería.

En este gráfico también observamos que a la categoría de adultos jóvenes le siguen en frecuencia la de los adultos mayores y la de los ancianos.

Si bien se obtuvo una mediana de 49 años de edad, en la tabla N° 1, se puede observar que casi la mitad de la población se concentra en los rangos de mayor edad -46,51% (125)-. Esto le otorga otra característica a esta población, el de tener un porcentaje de envejecimiento elevado.

En síntesis, podríamos hablar de la existencia de dos grupos etáreos predominantes. Por un lado un grupo mayoritario de "población en edad madura", que está representado principalmente por adultos mayores y ancianos que sumados tienen el mayor peso relativo en la muestra; y por el otro, un grupo de "población joven" que está representado principalmente por adultos jóvenes.

Con respecto al nivel de instrucción se puede decir que esta población se caracteriza por tener un bajo nivel de instrucción. Esta característica coincide con lo encontrado por S. Llorente Álvarez -et al- en su estudio donde describen "un mayor grado de frecuentación en aquellos sectores con menor nivel educacional (sin estudios o con estudios primarios)".

La afirmación esta basada en que buena parte de la población encuestada -61,63% (159)- tiene un nivel educativo de seis años o menos en el sistema formal, y también se puede observar a su vez, que la mayor parte de estos son mayores de 18 años (Ver tabla N° 3); y en el hecho de que el 6,20% (16) de los sujetos de la muestra nunca recibieron instrucción formal, teniendo la edad necesaria para haberla recibido. Sumando a todos los que tuvieron acceso a la educación primaria y son mayores de 18 años (216), prácticamente un tercio (66), completo este nivel y además ingreso al ciclo secundario. De estos, solamente una minoría (13), completo este nivel. Esto refleja, una fácil accesibilidad a la educación primaria, y una dificultad en mantenerse vinculado en ciclos posteriores independientemente de la problemática que lo determine.

El gráfico N° 4 (Ver Anexo N° 7), muestra la relación de las variables edad con nivel de instrucción. De esta se desprende que los grupos de mayor edad tienen un nivel educativo más bajo con respecto a los más jóvenes. Esto queda evidenciado, con el ciclo secundario, en donde quienes respondieron tener estudios en este nivel, independientemente de si lo completaron o no, en su mayoría -60,27% (42)- son menores de 36 años.

Es importante resaltar que el grupo de solicitantes menores de 18 años, si bien se encuentran en edad para cursar los niveles en donde se concentra el grueso de la población (educación primaria y secundaria incompleta), pudiendo así disminuir el promedio del nivel de instrucción general de la muestra, en esta medición los mismos, no tuvieron incidencia por lo reducido del grupo.

Dada la situación de esta población cuyos logros educativos son inferiores a los que de acuerdo a su edad podrían haber alcanzado, esto da indicios para pensar que la mayor parte de esta población estaría fuera del sistema educativo.

Los párrafos anteriores podrían ser vinculados con las oportunidades de empleo en el mercado laboral. Según Katzman y Vilgreira "... el promedio de años completados es un indicador de logros educativos. El riesgo implícito al nivel de logros educativos a esa edad se corresponde con los cambiantes requerimientos para la incorporación a los sectores que garantizan ingresos dignos, cotas mínimas de estabilidad laboral y acceso a las prestaciones de la seguridad social...".

En la publicación "Desarrollo humano en Uruguay", de la CEPAL "en el bienio 1998-1999, para los hogares urbanos cuya fuente principal de ingreso correspondía al trabajo asalariado en el sector privado, si el promedio de educación de los miembros del hogar era menor de ocho años, un 35% de dichos hogares se encontraban en situación de pobreza. En cambio para la misma fuente de ingreso, si el promedio de años de educación alcanzaba el nivel terciario (13 y más), el porcentaje de hogares pobres se situaba en el 2,4% del total".

Estos advierten que "se ha producido una ampliación en las disparidades de los ingresos en los hogares según los años de estudios que han completado sus jefes..., y que los trabajadores no calificados forman el grueso de la pobreza urbana..."

Citando nuevamente a Kaztman y Filgueira, "los años de estudios completados se correlacionan más con la pobreza... los bajos logros educativos pueden indicar una alta vulnerabilidad a caer en cuadros de pobreza por imposibilidad de acceder a remuneraciones dignas y tal situación puede desembocar en marginalidad..."

En base a lo anterior, podemos decir que los magros logros educativos de esta población, en un escenario en el cual esta sociedad transforma aceleradamente sus estructuras productivas orientándolas hacia las actividades que tienen como ejes centrales el conocimiento, muestra a las claras una insuficiencia en la formación de éstos, y presagia al mismo tiempo un destino de precariedad debido a la "aceptación de condiciones de trabajo desventajosas y de baja calidad, por no poder acceder a mejores oportunidades laborales".

Con respecto a la situación laboral observamos como característica principal que en su gran mayoría esta población no trabaja -80,23% (207)- (Ver tabla N° 4).

Esto coincide con los resultados encontrados por J. L. García, en donde "aquellos usuarios en situación de inactividad laboral, como ser ama de casa, jubilado y desempleado, representan la mayor proporción de frequentadores de los servicios sanitarios en el primer nivel de atención".

Esta mayor afluencia para S. Llorente Álvarez -et al-, podría obedecer a que estos "al no estar sujetos a un horario laboral rígido, pueden disponer de mayor flexibilidad horaria para acudir a la Policlínica a solicitar atención de enfermería".

Por otra parte, dentro del grupo de solicitantes que no trabajan, predominan ampliamente los inactivos y desocupados frente a los jubilados y pensionistas (Ver tabla N° 4).

La mayor prevalencia en cuanto a la situación laboral de inactividad, -según las características etáreas-, se debe indudablemente, a que por un lado, halla personas de edad avanzada que no reúnen las condiciones (por diversas causas) para acceder a las prestaciones de la seguridad social; y por el otro personas más jóvenes, que frente a las escasas oportunidades de empleo, posiblemente no busquen trabajo por no tener expectativas de encontrarlo en función de sus posibilidades laborales: "trabajador desalentado". Por último, en una población donde predominan las mujeres, el ciclo reproductivo de las más jóvenes, puede ser un factor contribuyente a esta mayor prevalencia. Como afirman Kaztman y Filgueira "... los niveles de desempleo tienden a ser mayores en las mujeres embarazadas... pudiendo indicar esto, una mayor dificultad de ingreso o de retorno al mercado laboral de aquellas mujeres que por razones reproductivas debieron postergar su inserción o abandonar sus actividades remuneradas para cuidar a sus hijos..."

En cuanto a los desocupados, como se mencionó anteriormente en una población que se caracteriza por tener una media de 46 años de edad, y por ser mayoritariamente de sexo femenino, en cierta forma estos resultados son esperables si se los compara con el Informe de Coyuntura Uruguay

2002-2003 realizado por la Facultad de Ciencias Económicas, en el cual dice que "el desempleo afectó en el 2002, más intensamente a los adultos de 25 años y más, en especial a mujeres (19,9% en Montevideo), jefas de hogar, pasando en la capital del 6,7% en el 2001 al 8,0% en el 2002".

Según Katzman "la educación y el trabajo son las dos fuentes principales de roles para la integración a la vida pública...". "Además, el trabajo determina directamente las posibilidades de independencia y la realización de proyectos propios. Tomando entonces, al empleo como un medio de socialización y como necesidad del sujeto para reivindicarse como ser social, el desempleo como contrapartida afecta muchos aspectos de la vida, y constituye un factor de riesgo en sí mismo para la salud psicosocial".

Por lo tanto, el predominio de estos grupos en la población demandante -situándolo en el contexto uruguayo-, puede deberse posiblemente al alto "malestar psíquico" que vivencian los mismos debido a la problemática en cuanto a la falta de empleo y a las perspectivas laborales, derivada de la difícil situación económica por la que atraviesa el país; esta situación de "penuria económica" que vivencia este grupo los volvería más propensos a solicitar atención.

Ciertamente S. Llorente Álvarez -et al-, J. A. Cortés -et al-, y S. Lou Arnal -et al-, hallaron en sus respectivos estudios malestar psíquico en un alto porcentaje de los encuestados, siendo estos en su gran mayoría inactivos (amas de casas, jubilados y desocupados). Por su parte L. J. García Lavandera -et al-, también encontraron una asociación significativa entre "ser inactivo, mujer y portador de una disfunción psíquica".

Por último, un 11,29% (29) de los solicitantes son trabajadores que no aportan al Banco de Previsión Social. Somos conscientes de que es un grupo menor, del cual, por las características de la investigación no merece mayor análisis. No obstante es importante decir que la aportación a la seguridad social es un derecho establecido por normas internacionales y ratificado por nuestra Constitución, la misma no es una opción. "Anular, desvirtuar o limitar estos derechos deteriora los derechos y garantías laborales, representando un agravio a los derechos humanos fundamentales teniendo efectos fuertemente negativos sobre la cantidad y calidad del empleo repercutiendo sobre la actividad económica y en la calidad de vida de la población".

Estas situaciones frustran y despiertan una profunda incertidumbre respecto al futuro y como afirma Max Neff "...crea sentimientos de culpa, falta de participación que da cabida a sentimientos de aislamiento, marginación y disminución de la autoestima que fácilmente provoca crisis...", con lo que los hace más vulnerables y más demandantes.

Por último, según la CEPAL "...la categoría ocupacional se encuentra directamente relacionada, aunque no sea el factor principal, con la condición de pobreza...".

En síntesis, comparando la información antes presentada con los resultados de las variables nivel de instrucción y situación laboral, estos nos podrían estar indicando indirectamente que esta población posee un bajo nivel socioeconómico.

Con respecto a la tipología familiar se pudo observar que los solicitantes forman parte fundamentalmente, de familias nucleares con un 58,53 % (152), predominando la variante formada por el menor número de integrantes -nuclear (49,61% /128)- (Ver tabla N° 5). Este resultado coincide en cierta forma con lo encontrado por Guendelman quien estableció que las familias nucleares consultan más que las extensas.

¿A que se debe esto? Creemos que este fenómeno está relacionado con el ciclo vital familiar por el cual transcurre el solicitante.

En nuestro caso, dada la característica etárea de la población, pueden ser personas que pertenecen a familias en fase de "inicio o formación" y de "extensión", dentro de la población más joven; y por otro lado, en fase de "nido vacío", dentro de la población más vieja.

Por otra parte de la observación de la tabla N° 5, se desprende que los integrantes de familias de menor tamaño (familia nuclear, monoparental, personas sin familia y equivalentes de familias) demandan más que los integrantes de familias de mayor tamaño (familia extensa, nuclear ampliada y nuclear numerosa), representado esto por un 71,70% (185) y 28,29% (73) respectivamente. Esto coincide también con los resultados de los estudios de J. Mancera Romero -et al- y B. Rodríguez Ortiz -et al-, en los cuales se encontró una relación entre frecuentar más la consulta y pertenecer a familias de pequeño tamaño.

La falta de apoyo familiar y social según J. Mancera Romero, explicaría la mayor prevalencia de este grupo en la demanda de servicios. De la Revilla afirma que "el apoyo social proveniente de miembros cualificados de la familia... influye a la hora de demandar y utilizar los servicios".

La familia es un elemento básico de apoyo social (red social primaria), de suma importancia en los cuidados de salud, por lo que posee su propia definición sobre el proceso salud-enfermedad, lo cuál condiciona e interviene en la percepción del problema de salud por parte del individuo.

La heterogeneidad de los tipos de familias encontrados nos hace pensar que esta variable por sí sola no sea un factor determinante de la demanda de atención. En base a esto, cobran relevancia el resto de las variables que según De la Revilla "intervienen en la utilización de los servicios de salud como son: ciclo vital familiar, interacción entre los holones, función familiar y recursos familiares".

En cuanto a la accesibilidad geográfica, consideramos conveniente realizar el análisis de esta variable incluyendo solamente el efecto de la distancia física de la fuente preferida de atención manteniendo constante la "deseabilidad de las fuentes de atención disponibles".

Con respecto a los resultados, es claro que los solicitantes acuden principalmente desde las áreas más cercanas a la Policlínica. El 84,12% (217) de la población usuaria que fue entrevistada manifestó vivir dentro de un radio de 10 cuadras. (Ver tabla N° 6). Se destaca que la puntuación mayor registrada se situó en 50 cuadras, y el valor de la moda correspondió a 4 cuadras (97) y la mediana a 5 cuadras.

Para estos individuos hay una mayor facilidad para acudir físicamente, por razones de distancia, y de tiempo a la Policlínica. Aday y Andersen ponderaron el lugar de residencia y el tiempo medio de viaje como uno de los factores -entre otros- que "facilitan la búsqueda... y determinan la capacidad de utilización". En base a esto consideramos que vivir cerca de esta fuente de atención, es otra de las características de esta población que le permite tener acceso a la atención de enfermería.

¿Demandan más los que viven más cerca (hasta 10 cuadras) con respecto a los que viven más lejos (a más de 10 cuadras)?

De la lectura del gráfico N° 7 (Ver Anexo N° 7), se desprende que la distancia física a partir de la onceava cuadra, se convierte en un verdadero obstáculo a la búsqueda y obtención de la atención, por lo que para aquellos solicitantes que viven a mayor distancia de la Policlínica, la localización de esta fuente de atención y por ende, el tiempo que requieren para llegar a la misma, ejerce un efecto disuasivo en el entendido de que estos, como grupo generan un menor volumen de demanda. Estos resultados coinciden con los encontrados por B. Rodríguez Ortiz -et al- en su estudio llevado a cabo en España, en donde observaron que "cuanto mayor es la distancia al servicio sanitario, menor es el número de visitas realizadas por el usuario al mismo...".

Lo que muestra el gráfico además, es una "función de disminución", o como King ha descrito: "gradiente de atención ambulatoria". Si quisiéramos mantener un nivel de accesibilidad geográfica constante (isoaccesibilidad), a medida que aumenta el obstáculo, entonces también debería aumentar el poder correspondiente para vencer al mismo. Pero esto no sucede así, lo que las curvas muestran, en efecto, es una "falta de compensación" de modo que cuando aumenta el obstáculo, disminuye la accesibilidad. Con esto suponemos que dada una necesidad específica y el deseo de atención, a medida que aumenta la distancia física, este factor se convierte en una "resistencia para la búsqueda y obtención de atención" de enfermería. Por ende, el poder correspondiente de la población que vive a más de diez cuadras no es suficiente para superar tal resistencia. Se deduce entonces, que los recursos con que esta población cuenta para trasladarse a la Policlínica son escasos.

El análisis propuesto se centro en la accesibilidad geográfica de la fuente preferida de atención (consultorio de enfermería de la Policlínica Casabó). Para Frenk, "al incluir las fuentes de atención disponibles en el área geográfica, se introduce el factor de la deseabilidad de la fuente de atención". Esto nos permite, aportar otro elemento que en cierta forma ayuda a explicar la "función de disminución", que muestra el gráfico N° 5. La distribución geográfica de las Policlínicas -Covicenova, Tito Borjas y La Capilla-, y el Centro Coordinado del Cerro (Ver anexo N° 6) sería un factor que explicaría el porque a partir de la onceava cuadra en adelante, la distancia física se comporta como "un obstáculo en el proceso de búsqueda y obtención de la atención".

En efecto, para la mayor parte de esta población, frente a una necesidad específica de atención, el consultorio de enfermería de la Policlínica Casabó es la fuente de atención preferida debido a que esta fácilmente al alcance en cuanto a la distancia física y el tiempo de traslado.

En cuanto a la cobertura en salud, el hecho de que el 78,68% (203) tenga "cobertura total de salud" (Ver tabla N° 7) independientemente de si es "privada" o "pública", indica una cierta "disponibilidad de recursos" y el potencial de elegir la fuente de atención mas conveniente en función de su "necesidad" y "aceptabilidad". Es decir, lo que nos muestra la variable cobertura en salud -en aquellos que tienen cobertura-, es otra de las características de esta población demandante, la capacidad potencial de elección en relación a la institución oferente de servicios, dado que además de atenderse en la Policlínica, tienen derechos vigentes en otras instituciones.

Para Artells Herrero, "...la Atención Sanitaria puede ser considerada como un "bien" de consumo. El individuo desea un "bien" en función de su "utilidad" y hace explícita y voluntaria su preferencia; en otras palabras..., tiene capacidad para formar un juicio de valor acerca de la utilidad del servicio sanitario, y es en base a esta capacidad, que ordena consistentemente sus preferencias y lo manifiesta explícitamente en la elección...".

En base a esto, la lectura que hacemos es que frente a una necesidad específica de atención que experimentan los encuestados, junto con la posibilidad de utilizar indistintamente los servicios en los cuales tienen derechos vigentes y los de la Policlínica, eligen utilizar los servicios de esta última, como resultado de una "valoración sobre los potenciales beneficios de buscar y obtener atención entre las fuentes disponibles, y su disposición en incurrir en costos personales para beneficiarse con dicha atención".

La preferencia por los servicios de enfermería en este caso, estaría indicando que en la elección esta mediando la percepción de factores como: las dificultades en el acceso para solicitar atención en la institución donde se posee cobertura -referida en la entrevista-, junto con la conceptualización del problema de salud o la necesidad de atención que el usuario requiere; y "la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los usuarios y sus familias (aceptabilidad)".

Con respecto al tipo de cobertura, dentro de los entrevistados con cobertura total predominan con un 89,65% (182), aquellos usuarios con derechos vigentes dentro del Ministerio de Salud Pública, y en menor medida aquellos con cobertura de mutualista o cooperativa con un 4,93% (10), seguidos de un 3,94% (8) y 1,48% (3) con cobertura en la Sanidad Militar y Policial respectivamente. (Ver anexo N° 7, tabla N° 6.1).

Esto confirma, que esta población, se caracteriza en su mayoría por tener capacidad potencial para tener acceso a otros servicios.

Por otra parte el 70,24% (182) posee cobertura en la red asistencial dependiente del Ministerio de Salud Pública, ésto, frente a la normativa vigente de presentar Carné de Asistencia para retirar "medicamentos" en la Policlínica, los pone en ventaja frente aquellos que no lo poseen -31,67% (76)- y refuerza la capacidad de obtener acceso a la atención médica.

Finalizando, el 21,32% (55) de la muestra no tiene cobertura en ninguna Institución de Asistencia Médica. Es importante aclarar que de estos 55 usuarios sin cobertura, el 49,09% (27), al momento de la entrevista respondieron poseer Carné de Asistencia no vigente, por lo que a la luz de la

En base al hecho de que 258 usuarios, tomaron contacto con Enfermería Profesional y/o Auxiliar en el período de tiempo prefijado para esta investigación (cinco días), y que estos generaron en las distintas instancias en que demandaron atención, un conjunto de 324 solicitudes, podríamos estar pensando -en base a lo anterior- que esta población también puede tener como característica ser "hiperfrecuentadora".

2. Características de la demanda.

2.1. Motivo por el cuál los usuarios demandan atención de Enfermería.

El 79,63% (258) de las solicitudes de atención a enfermería fueron efectuadas para la realización de procedimientos. Le siguen en frecuencia el control de embarazo y la percepción de síntomas, con un 15,43% (50) y 4,91% (16) respectivamente. (Ver gráfico N° 1). De esto se desprende que los solicitantes en su mayoría acuden a solicitar técnicas o procedimientos.

En cuanto al motivo principal de solicitud, lo que ésta población demanda fundamentalmente según M. Salazar Agulló, es "un servicio de tipo técnico". Esto nos orienta al tipo de modalidad de atención desarrollada en el consultorio. Para este autor, una modalidad de atención basada en la realización de "técnicas o procedimientos, que por sus características comparten un espacio físico común, y que en general no es imprescindible que sean realizadas por el mismo técnico, es una modalidad de atención de servicio común o polivalente".

Dentro de los procedimientos más frecuentes se destacan, la medición de la presión arterial en primer lugar con un 51,85% (168), seguido en menor medida de curaciones con un 12,65% (41) y administración de medicación intramuscular con un 5,86% (19). (Ver anexo N° 7, tabla N° 8).

El gráfico N° 5 (Ver Anexo N° 7), resulta de graficar los totales de frecuencias absolutas de las tablas N° 1 y N° 8. Este nos muestra que quienes consultan más son los mayores de 35 años de edad. Esto concuerda con lo encontrado por I. García Lavandera, acerca de que "...a mayor edad hay un uso más asiduo del servicio...". Para R. Andersen, la edad del usuario es una de las variables que más ayuda a explicar el patrón de utilización de los servicios de salud, "porque las características biológicas de los diferentes grupos etáreos hacen que las edades extremas de la vida presenten una mayor vulnerabilidad, y en consecuencia, mayores necesidades en salud, y por lo tanto, de servicios sanitarios". Lorente Álvarez -et al- y B. Rodríguez Ortiz -et al-, demostraron en sus respectivos estudios que esta "mayor utilización de servicios está asociada a la presencia de patologías crónicas".

Relacionando el motivo de demanda con la edad de los entrevistados, podemos observar que el 81,00% (209) de las solicitudes de un procedimiento fueron realizadas por mayores de 35 años, y a su vez éstas, se concentran en los segmentos de mayor edad (adulto mayor y ancianos). (Ver tabla N° 8). Si vinculamos el principal motivo de demanda, como fue la medición de la presión arterial, con lo anterior, nos podría estar hablando de que dichos procedimientos forman parte de la atención a usuarios con afecciones crónicas.

Con respecto a los "jóvenes", el control del embarazo fue el motivo principal por el cual estos acudieron al consultorio de enfermería (78% adultos jóvenes y 50% adolescentes). (Ver tabla N° 8). En el trabajo realizado R. W. Broyles, en el que se mide la utilización de los servicios en Atención Primaria en el último año, encontraron que "las mujeres entre 20 y 44 años utilizan más los servicios que los hombres de la misma edad, debido a que un volumen elevado de consultas en esta edad se practican por maternidad".

Estos resultados cobran relevancia -considerando al control del embarazo como una actividad preventiva- en las palabras de De la Revilla, el cual sostiene que "las personas jóvenes y las de mediana edad parecen tender a utilizar más los servicios preventivos que los ancianos".

Por último, al observar la tabla N° 8, vemos que el principal motivo por el cual acuden los usuarios menores de 10 años (población "pediátrica"), fue para la realización de un procedimiento. La baja proporción de los mismos en el conjunto de solicitantes, puede interpretarse desde la óptica de que gran parte de la demanda que genera este grupo de población, depende de la estación del año en que nos encontremos. Es bien sabido que en invierno hay una mayor prevalencia de infección respiratoria aguda, mientras que en verano predomina la enfermedad diarreica aguda, por lo que, existen solicitudes de procedimientos o actividades que se desprenden de dichas afecciones, que son de "consumo estacional". Por lo que la menor la proporción de este tipo de solicitantes en este periodo del año podría explicarse a partir de este fenómeno.

2.2. Tipo de demanda.

El que más de la mitad -65,74% (213)- de la población entrevistada acudió por iniciativa propia para solicitar ser atendida por Enfermería (Ver gráfico N° 2), le otorga la característica de ser una demanda espontánea. En comparación, hay una mayor prevalencia de solicitudes de atención generadas por iniciativa del individuo -demanda final-, frente a las solicitudes generadas a pedido de otros técnicos -demanda de factores productivos-, con un 65,74% (213) y 34,25% (111) respectivamente. Esto indica que es la población el "principal agente", iniciador de la demanda y del proceso de utilización del consultorio de enfermería.

Para M. A. Díaz -et al- el que se "acuda espontáneamente a solicitar atención, sin pasar previamente por la consulta médica (acceso de la población al consultorio de enfermería en forma directa), da un sentido de autonomía a la profesión creando un clima de trabajo complementario y no como un trabajador al servicio de otros".

El que la demanda sea espontánea, indica que el tiempo de espera para ser atendido es un factor que cobra relevancia, para Frenk "el tiempo de espera se constituye en un elemento de resistencia en el proceso de búsqueda y obtención de la atención". F. Alcaine -et al-, refieren que los problemas que se generan por la prevalencia de este tipo de demanda se dan en la interfase organización-usuario, accesibilidad y disponibilidad del recurso. Entre otros problemas mencionan: "la existencia de aglomeraciones y colas en los servicios sanitarios, tanto para solicitar el "número", como después, en la sala de espera antes de entrar al consultorio"; "la insatisfacción del usuario por la

demora, de duración incierta, pero a menudo considerable, que tiene habitualmente que soportar antes de acceder a la consulta"; "el desenvolvimiento tanto del personal sanitario como de la población atendida, en sus condiciones de masificación y contaminación sonora, las cuales interfieren con el bienestar, el entendimiento y la asistencia", y "dificultad para optimizar el tiempo total de actividad asistencial y para distribuirlo en orden a las prioridades establecidas".

Otro factor que cobra relevancia es la capacidad técnica para detectar y abordar las necesidades de los usuarios, la ejecución de actividades preventivas, así como para indicarle la forma adecuada de utilizar los recursos de salud. Para De la Revilla "la adecuación entre la formación, actualización de los conocimientos y prácticas, y los problemas de salud que tienen que abordar, son un importante condicionante en el número de veces que se demanda, en la derivación a otros profesionales, y por ende, en el patrón de la utilización de los servicios de salud...".

2.3. Distribución del volumen de la demanda.

En cuanto al volumen de demanda se obtuvo una media de 64,8 solicitudes de atención por día con un desvío estándar de $\pm 9,44$. Con respecto a su distribución se observa en la tabla N° 9, un claro predominio en cuanto a las solicitudes efectuadas en el horario de la mañana (de 7 a 12 horas) frente al de la tarde (de 12:01 a 17 horas), con un 56,80% (184) y 43,20% (140) respectivamente. También se observa que las mismas se concentran en las primeras horas de la mañana y de la tarde. Este mayor número de solicitudes, concentradas en las primeras horas de ambos turnos, le imprime otra característica a esta demanda, el de ser una demandada masificada.

Este volumen de demanda acotado en un periodo de tiempo, influye en el tiempo dedicado a cada usuario, teniendo para J. Domínguez Velásquez consecuencias en el abordaje del usuario, dando como resultado "una consulta no resolutive, ineficiente, asilvestrada, insatisfactoria, desmotivadora y generadora de más demanda". En base a lo anterior es fácil poder imaginarnos en que modelo de atención nos encontramos.

El gráfico N° 6 (Ver Anexo N° 7), se puede observar otra característica de esta demanda, la de ser una demanda que fluctúa, presentando picos de demanda el día lunes con 75 solicitudes (23,15%), seguida con igual frecuencia de 72 solicitudes (22,22%) los días jueves y viernes.

Al relacionar las variables motivo de demanda con tipo de demanda (Ver anexo N° 7, tabla N° 12) podemos observar que un 62,44% (133) de los que consultaron por iniciativa propia, solicitaron a Enfermería la medición de la presión arterial.

Por otra parte al relacionar motivo de demanda con distribución del volumen de la demanda (Ver anexo N° 7, tabla N° 14) se destaca que los usuarios que solicitaron procedimientos lo hicieron en mayor porcentaje el lunes de mañana, con un 15,50% (40), seguido por el día viernes de mañana con un 13,95% (36). Si bien el mayor volumen de solicitudes medición de la presión arterial -72,62% (122)-, se concentran en el horario de la mañana (Ver anexo N° 7, tabla N° 14a), en base a lo anterior podemos decir que el grueso de estas solicitudes no se concentra en los días martes y jueves en los cuales

funciona el "Programa de control del adulto hipertenso y diabético". Por lo cual la solicitud de este procedimiento en su mayoría no se engloba dentro de un programa de atención.

Por último, al relacionar las variables distribución del volumen de la demanda con tipo de demanda (Ver anexo N° 7, tabla N° 15), se desprende que el 41,66% (135) de los solicitantes que acudieron en el horario de la mañana lo hicieron por iniciativa propia. Esto está indicando una "preferencia que expresa el consumidor" por este horario. El hecho de que el principal motivo de demanda en el horario de la mañana haya sido la medición de la presión arterial, cuyas solicitudes estarían orientadas hacia la atención de usuarios con patologías crónicas, habla a las claras de que son los individuos de mayor edad los que hacen este tipo de selección. Esto concuerda con lo planteado por de la Revilla, en cuanto "a la selección del horario de la mañana por este tipo de población", la preferencia que tiene este tipo de usuario genera como resultado un mayor volumen de demanda en el consultorio de enfermería. Según este autor, "justificado por las necesidades en salud de este tipo de población, teniendo como consecuencia incrementos en la utilización".

Conclusiones

La población encuestada se caracteriza por: ser mayoritariamente de sexo femenino, distinguiéndose dos grupos predominantes. Un grupo mayoritario de "población en edad madura", que está representado principalmente por adultos mayores y ancianos; y por el otro, un grupo de "población joven", representado principalmente por adultos jóvenes; también se caracteriza por tener un bajo nivel de instrucción; porque mayoritariamente no trabajan, predominando los inactivos; por ser integrantes fundamentalmente de familias nucleares; por acudir principalmente desde las áreas más cercanas a la Policlínica, lo que les permite tener un fácil acceso a la atención de enfermería; y por tener una capacidad potencial de elección en relación a la institución oferente de servicios, dado que además de atenderse en la Policlínica, mayoritariamente tienen derechos vigentes en otras instituciones.

En lo referente a las características de la demanda, el motivo principal por el cual los usuarios demandan atención en el consultorio de enfermería, es para la realización de procedimientos, correspondiendo más de la mitad de los mismos a medición de presión arterial, siendo que en la mayoría de los casos, ésta, no se engloba dentro de un programa de atención.

En cuanto al tipo de demanda, una alta proporción acudió por iniciativa propia para solicitar ser atendida por Enfermería, habiendo una preferencia por el horario de la mañana. Esto le otorga la característica de ser una demanda espontánea, lo que indica que es la población, el "principal agente" iniciador de la demanda y del proceso de utilización del consultorio de enfermería.

Con respecto a la distribución de la demanda en el tiempo, los hallazgos muestran un claro predominio en cuanto a las solicitudes efectuadas en el horario de la mañana, frente al de la tarde, y que las mismas se concentran a su vez, en las primeras horas, otorgándole la característica de ser una demanda masificada. Otra característica según esta variable, es la de ser una demanda que fluctúa, presentando picos de demanda el día lunes, jueves y viernes.

En base a las características anteriormente mencionadas, podemos inferir que el papel de enfermería, se centraría en el rol del técnico que satisface la demanda de un individuo mediante un contrato puntual de un servicio prestado en ese momento, y que se basaría en aplicar una intervención acotada solamente a satisfacer esa demanda. Podemos decir además, que hay una implementación de actividades orientadas hacia el tratamiento de la enfermedad, determinando que la mayoría de las mismas, continúan siendo asistencialistas y obedezcan a una modalidad de práctica basada en la relación interpersonal entre el usuario y cada uno de los profesionales del equipo asistencial. Ello significa que buena parte de las actividades de prevención de enfermedades y de promoción de la salud quedarían fuera de las posibilidades reales en este consultorio.

Sugerencias

- *Teniendo en cuenta las conclusiones a las que arribamos acerca de las características de la demanda de atención, creemos necesario que se debería implementar la identificación del individuo hiperutilizador, dado que este pequeño grupo de personas concentran un alto grado de la utilización de los servicios de la Policlínica.*
- *Reconocer si la demanda de atención tiene su origen en problemas de salud o en procesos psicosociales. En caso de procesos crónicos, se tendría que reordenar la demanda incluyéndolo al usuario en los programas de crónicos.*
- *En cuanto las técnicas como hemos señalado anteriormente, consideramos que en la Policlínica se necesita que todo el personal de enfermería sea profesional, ya que es el que está capacitado para abordar acciones preventivas, de promoción y curativas, y para trabajar no sólo con el individuo, sino también con grupos y con la comunidad, por lo que se hace necesario licenciar los cargos existentes para obtener una mejor racionalización de la demanda.*
- *Creemos importante implementar un Programa de formación continua desde la Intendencia Municipal de Montevideo, como estrategia a seguir para adecuar la demanda sanitaria. Este programa debe tener entre sus objetivos, el conseguir que los miembros de la Policlínica mantengan un grado adecuado de competencia profesional, pues es de suponer que al mejorar la formación se genere una racionalización de la demanda.*
- *Establecer una mínima estructuración en el encuentro enfermera/o-usuario, que ayude a definir objetivos y planear soluciones, o en otras palabras, aplicar la Consulta de Enfermería, lo que contribuiría a disminuir la demanda.*
- *Otra cuestión importante, es la protocolización del Programa "Control de adultos hipertensos y diabéticos". Con esto se lograría una directriz para las acciones a seguir, lo que garantizaría en cierta medida el cumplimiento de los mismos así como el logro de estándares de calidad. Este mecanismo ayudaría a racionalizar la demanda y a aumentar la calidad asistencial.*
- *Programar los encuentros que sean posibles mediante el sistema de cita previa, mecanismo éste, que es utilizado para redistribuir la demanda mediante la limitación del número de solicitudes diarias.*
- *Consideramos que sería oportuno incluir en futuros estudios otras variables familiares que según De la Revilla intervienen en la utilización de los servicios de salud como son: ciclo vital familiar, interacción entre los holones, función familiar y recursos familiares.*
- *Creemos necesario ampliar el campo de la investigación de enfermería en esta área temática.*

Bibliografía

Libros

- Caívo J. *Anuario estadístico 2002*. Montevideo: Instituto Nacional de Estadísticas; 2002. 1010p.
- Canales F, De Alvarado EL, Pineda E. *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud*. México: Limusa, OPS/OMS; 1994. p. 225.
- Cea D Ancona. *Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis; 1996. 411p.
- Day R. *Como escribir y publicar trabajos científicos*. Washinton: OPS/OMS; 1995. 217 p.
- Dibarboure Itasuriaga H. *Atención Primaria de salud. Análisis de un año de trabajo médico*. Montevideo: UR; 1998. 176 p.
- Dos Santos Farias A, Garcia E, Latapie A, et al. *Evaluación del desempeño de la Enfermería profesional en el Uruguay desde el año 57 a 73*. Montevideo: UE/INDE; 1998. p 1-57.
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la Investigación*. México: Interamericana; 1996 505 p.
- Katzman R, Filgueira F. *Panorama de la infancia y la familia en Uruguay*. Montevideo, IPES, 2001. p 52-103.
- Lambers H, Wood M. *Utilización de la CIAP para clasificar la razón de consulta*. En: *Su Clasificación Internacional en Atención Primaria: Clasificación de razones de consulta*. Barcelona: Masson; 1990. p 16-17.
- Migliónico A, et al. *Estadísticas de salud del Uruguay*. Montevideo: MSP; 2001. 404 p.
- Polit D, Hungler R. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6° ed. México: Interamericana; 2000. 715 p.
- Saforcada E, et al. *El factor humano en la salud pública, una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Buenos Aires: Proa; 1998. p 148-169.
- Samuelson PA. *Economía*. 11° ed. México: Interamericana; 1983. 597 p.
- White T. *Gestión clínica: Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario*. Barcelona: Masson; 1997. p 111-129.

Autores institucionales

- CEPAL-PNUD. *Desarrollo humano en el Uruguay 2001. Inserción, interacción, empleo y desarrollo humano*. Uruguay: Montevideo; 2001. p 40-117.
- OPS. *Análisis de las organizaciones de Salud*. Washinton: Paltex; 1987. 253 p.

Artículos de publicaciones periódicas

- *Acosta C, Neves N, Silvera M, De Iñigo V. Atención Integral de la salud. Montevideo: [s.n.], 1992. /s.p. /.*
- *Botinas M, Sant F, Casajuana J, et al. Proyecto QUALI: un estudio de la calidad de la estructura en los equipos de atención primaria (EAP) de Cataluña. Atención Primaria 2000; 25 (3): 160-164.*
- *Calvo Corbella E, Frieiro JE. Uso de la consulta programada y cumplimiento de la cita en un programa docente de medicina de familia. Atención Primaria 1989; 6 (1): 14-19.*
- *Carlevaro P. El Protocolo de la Investigación. In: Revista Médica del Uruguay 1985; 1 (1): 26-32.*
- *Carreras M, Ferrer S, D' Avino N. Estudio de la demanda de atención médica urgente en Medicina Rural. Atención Primaria 1989; 6(9): 684-689.*
- *Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo MJ, et al. El debate sobre la organización y la eficiencia de enfermería en atención primaria. Atención Primaria 2000; 25 (4): 214-216.*
- *Díaz Caneja Pastaña MA, Santamaría Peña T, Polo Mateo I, et al. Estudio prospectivo de la consulta programada de enfermería en un centro de salud urbano. Atención Primaria 1991; 8 (6): 460-464.*
- *Esteban Y Peña MM. Motivo de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes <sin papeles> en el distrito de Usera-Villa Verde. Atención Primaria 2000; 27 (1): 25-28.*
- *Fernández Crespo A, Fraguera Fraga F, Sáez Torres – Torres Viso J, et al. Estudio del volumen y la demanda de problemas reumatológicos y su manejo en un centro de atención primaria. Atención Primaria 1989; 6 (1): 22-24.*
- *García M, Gutiérrez Cuadra, JJ, Lineros González C, Ruiz Barbosa C, et al. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la bahía de Cádiz y La Janda. Atención Primaria 2002; 30 (7): 435-434.*
- *Gervas JJ, Pérez Fernández MM, García Sagreado P, et al. Utilización de servicios sanitarios: pacientes y visitas. Atención Primaria 1990; 7 (5): 20-24.*
- *Gervas J, Feres M, Bonet M, et al. La clasificación Internacional en Atención Primaria. Atención Primaria 1988; 5(3): 60-65.*
- *Gras Balaguer J, Villa Capdevila M, Moles Gimeno JD, et al. Descripción de la estructura y demanda de un servicio de desplazados de la seguridad social. Atención Primaria 1989; 6 (8): 553-558.*
- *Iscart – Isern M, Caja López C. Protocolo de investigación (I). En: Revista Rol de Enfermería 1991; (152): 11-16.*
- *Iscart – Isern MT, Iscart – Isern MC, Pulpón Segurn A M, et al. Los principales problemas de salud según la opinión de los usuarios. Atención Primaria 2001; 28 (4): 105-110.*
- *Lotersztajn M, Zorat M, Leucona M, et al. Uso del método de rapid appraisal para identificar las necesidades percibidas de un barrio de clases bajas de la ciudad de Buenos Aires. Atención Primaria 2002; 26 (10): 84-86.*

- *Lucas Sánchez S, Beltrán Brotons JL, Martínez García F. Impacto sobre la demanda de asistencia urgente tras la puesta en marcha de un centro de salud rural. Atención Primaria 1989; 6(3): 36-40.*
- *Maderuelo Fernández JA, Carriedo Ute E, Serrano Temprano M, et al. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. Atención Primaria 1996; 17 (5): 80- 83.*
- *Martínez de la Iglesia J, Mateos C, Perula de Torres LA, et al. Los factores socioeconómicos: ¿Influyen en la demanda asistencial y el grado de satisfacción en Atención Primaria? Atención Primaria 1990; 7 (2): 42-46.*
- *Peláez Fernández C, Fernández Rodríguez MI, Suárez Gil P, et al. Las demandas adicionales (<ya que>) en atención primaria. Atención Primaria 1996; 17 (1): 21-25.*
- *Pietro Rodríguez M A, March Cerda JC, López Fernández LA. Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. Atención Primaria 1999; 24 (5): 41-52.*
- *Requena López A, Moreno Mateo R, Torrubia Atenza P, et al. Análisis de la demanda de actuación de un equipo de soporte de atención domiciliaria. Atención Primaria 2001; 28 (10): 652-656.*
- *Sans B, Torres A, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente de un área de la comunidad de Madrid. Atención Primaria 2000; 26 (5); 314-318.*

Anexos

	<u>Pág.</u>
<i>N° 1: Formulario</i>	98.
<i>N° 2: Instructivo para el encuestador</i>	99.
<i>N° 3: Consentimiento informado</i>	102.
<i>N° 4: Solicitud de Datos del SAS</i>	103.
<i>N° 5: Solicitud de autorización</i>	104.
<i>N° 6: Ubicación geográfica de la Politécnica</i>	105.
<i>N° 7: Tabulación de datos obtenidos</i>	106.

"Demanda que realizan los usuarios a Enfermería Profesional y Auxiliar en la Policlínica de la IMM del barrio Casabó".

Características del demandante.

I. Edad: años.

II. Sexo: a. Masculino b. Femenino

III. Nivel de instrucción: ¿Cuál es el último año que tiene aprobado en la escuela, liceo/ UTU o facultad?
 1. Nunca recibió instrucción formal
 2. Primaria incompleta
 3. Primaria completa
 4. Secundaria/UTU incompleta
 5. Secundaria/UTU completa
 6. Terciaria incompleta
 7. Terciaria completa
 8. Educación inicial
 9. No corresponde (menores de 4 años)

IV. Cobertura en Salud: 1. No tiene cobertura
 2. Cobertura Total: MSP ¿Tiene comé vigente? Si No
 Mutualista o Cooperativas S. Policial S. Militar Otros
 3. Cobertura Parcial: Asignaciones familiares Unidad móvil Otras seguros
 4. Cobertura parcial y total

V. Situación laboral: ¿Actualmente está usted trabajando? a. Si a.1 ¿Aporta al BPS? Si No
 b. No b.1. Desocupado
 b.2. Inactivo
 b.3. Jubilado/Pensionista
 c. No corresponde (menores de 12 años)

VI. Accesibilidad geográfica: ¿A cuantas cuadras vive usted de la Policlínica?
 cuadras.

VII. Tipología familiar: a. ¿Cuántas personas viven con usted?
 b. ¿Qué relación de parentesco tiene con las mismas?
 Padre ; Madre ; Hija/o (N°); Suegros ; Nietos ; Yerno ; Nuera
 Compañero/esposo ; Compañera/esposa Hermanos/as
 Otras:

Motivo de la demanda.

¿Cuál es la razón que lo/a motivo a consultar a Enfermería en el día de hoy?

--	--	--	--	--

Tipo de demanda.

¿Por iniciativa de quien acudió usted al consultorio de Enfermería hoy?

1. Iniciativa propia <input type="checkbox"/> 2. Por pedido de otro técnico <input type="checkbox"/> 2. a Derivada <input type="checkbox"/> 2. b "Control" <input type="checkbox"/>	1. Iniciativa propia <input type="checkbox"/> 2. Por pedido de otro técnico <input type="checkbox"/> 2. a Derivada <input type="checkbox"/> 2. b "Control" <input type="checkbox"/>	1. Iniciativa propia <input type="checkbox"/> 2. Por pedido de otro técnico <input type="checkbox"/> 2. a Derivada <input type="checkbox"/> 2. b "Control" <input type="checkbox"/>	1. Iniciativa propia <input type="checkbox"/> 2. Por pedido de otro técnico <input type="checkbox"/> 2. a Derivada <input type="checkbox"/> 2. b "Control" <input type="checkbox"/>	1. Iniciativa propia <input type="checkbox"/> 2. Por pedido de otro técnico <input type="checkbox"/> 2. a Derivada <input type="checkbox"/> 2. b "Control" <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	--

Distribución del volumen de demanda.

1. Día:									
2. Hora:									
Mañana	Tarde								
De 7 a 8 <input type="checkbox"/>	17:01 a 19 <input type="checkbox"/>	De 7 a 8 <input type="checkbox"/>	12:01 a 13 <input type="checkbox"/>	De 7 a 8 <input type="checkbox"/>	12:01 a 13 <input type="checkbox"/>	De 7 a 8 <input type="checkbox"/>	12:01 a 13 <input type="checkbox"/>	De 7 a 8 <input type="checkbox"/>	12:01 a 13 <input type="checkbox"/>
8:01 a 9 <input type="checkbox"/>	13:01 a 14 <input type="checkbox"/>	8:01 a 9 <input type="checkbox"/>	13:01 a 14 <input type="checkbox"/>	8:01 a 9 <input type="checkbox"/>	13:01 a 14 <input type="checkbox"/>	8:01 a 9 <input type="checkbox"/>	13:01 a 14 <input type="checkbox"/>	8:01 a 9 <input type="checkbox"/>	13:01 a 14 <input type="checkbox"/>
9:01 a 10 <input type="checkbox"/>	14:01 a 15 <input type="checkbox"/>	9:01 a 10 <input type="checkbox"/>	14:01 a 15 <input type="checkbox"/>	9:01 a 10 <input type="checkbox"/>	14:01 a 15 <input type="checkbox"/>	9:01 a 10 <input type="checkbox"/>	14:01 a 15 <input type="checkbox"/>	9:01 a 10 <input type="checkbox"/>	14:01 a 15 <input type="checkbox"/>
10:01 a 11 <input type="checkbox"/>	15:01 a 16 <input type="checkbox"/>	10:01 a 11 <input type="checkbox"/>	15:01 a 16 <input type="checkbox"/>	10:01 a 11 <input type="checkbox"/>	15:01 a 16 <input type="checkbox"/>	10:01 a 11 <input type="checkbox"/>	15:01 a 16 <input type="checkbox"/>	10:01 a 11 <input type="checkbox"/>	15:01 a 16 <input type="checkbox"/>
11:01 a 12 <input type="checkbox"/>	16:01 a 17 <input type="checkbox"/>	11:01 a 12 <input type="checkbox"/>	16:01 a 17 <input type="checkbox"/>	11:01 a 12 <input type="checkbox"/>	16:01 a 17 <input type="checkbox"/>	11:01 a 12 <input type="checkbox"/>	16:01 a 17 <input type="checkbox"/>	11:01 a 12 <input type="checkbox"/>	16:01 a 17 <input type="checkbox"/>

Anexo N° 2

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO

1. La entrevista será realizada previo a la atención del usuario por Enfermería.
2. El entrevistador se identificará y explicará lo relativo a la investigación a través del consentimiento informado. (Ver anexo N° 3).
3. El formulario será administrado por el estudiante, y en primer lugar completará el número de formulario, que tiene la finalidad de llevar un control del número de usuarios entrevistados; y el número de registro del usuario, el cuál corresponde al número de documento de identidad o de ficha del usuario en la Policlínica. La finalidad de dicho dato es poder ubicar el formulario de quien consulte más de una vez.
4. En el caso de que el entrevistado sea incapaz de responder las preguntas, éstas estarán dirigidas a la persona que lo acompañe, y las respuestas de la misma serán tan válidas como si las diera el propio usuario.
5. El formulario consta de cuatro partes: la primera destinada a obtener información sobre las características del demandante, la segunda sobre el motivo de la demanda, la tercera sobre el tipo de demanda, y la última sobre la distribución del volumen de la demanda.
6. Las preguntas de múltiple opción son mutuamente excluyentes, y en las preguntas abiertas se registrará todo lo que los entrevistados respondan en forma exacta.

PRIMERA PARTE: Características del demandante.

I. Edad: Se debe registrar la edad en términos numéricos. En caso de ser menor de un año, se registrará de la siguiente manera: < 1 año.

II. Sexo: Marcar con una cruz la opción que corresponda. En caso de ser la persona del sexo femenino indicar si se encuentra embarazada, o no.

III. Nivel de instrucción: Marcar con una cruz la opción que corresponda (el nivel más alto alcanzado por el individuo). Esta no se pregunta en caso de que el usuario sea menor de 4 años, por no tener edad para estar dentro del sistema de educación formal. En este caso marcar la opción "No corresponde".

IV. Cobertura en Salud: Marcar con una cruz la opción que corresponda.

V. Situación laboral: Marcar con una cruz la opción que corresponda. Si la respuesta es afirmativa, pasar a la pregunta a1 y marcar con una cruz la opción que corresponda. Si la

respuesta es negativa, marcar con una cruz la opción que corresponda. Esta pregunta se efectuará sólo a aquellos usuarios que tengan 12 años y más. En el caso de menores de 12 años marcar la opción "No corresponde".

Vi. Accesibilidad geográfica: Se debe registrar el número de cuadras que refiere el usuario. En el caso de que responda un número fraccionado la cifra se aproximara al valor entero y mayor más cercano, "redondeo para arriba", ejemplo: media cuadra, se registrara como una cuadra.

Vii. Tipología familiar: En la pregunta a, registrar en términos numéricos el número de personas que refiera el usuario. En la pregunta b, marcar con una cruz las opciones que correspondan. En el ítem otras, especificar el parentesco que manifieste el usuario. En la opción hijo/a, registrar el número de hijos que manifieste.

SEGUNDA PARTE: Motivo de la demanda.

1. Es una pregunta abierta. En la misma se requiere el registro exacto de lo que el entrevistado manifieste. Como se menciona anteriormente, se registrará exactamente lo que el usuario manifieste. Puede registrarse alguna clarificación adicional si el entrevistador así lo considera necesario. Corresponde aclarar que la decisión para la selección correcta de la rubrica no se basa en la opinión del técnico de lo que refiere el usuario, sino en la manera en que él mismo expresa su razón para demandar atención, después de una petición del entrevistador para definirla en el caso que fuere necesario. Es decir, con respecto a la razón que motiva la demanda, son las palabras y creencias del usuario las que deben guiar el registro, y aunque sean evidentemente erróneas el técnico debe registrarlas según la expresión del usuario. Así que la razón que motiva la demanda debe ser comprendida e identificadas tanto por el usuario como por el entrevistador, y por lo tanto, el término registrado debe ser aceptado por el usuario y considerado por él, como una descripción aceptable de su demanda.

2. En el caso de que el usuario exprese como motivo de solicitud, un procedimiento de Enfermería, el entrevistador debe aclarar y acompañar el registro del motivo de demanda con la causa, motivo o razón por la que el individuo considera que necesita dicha técnica o procedimiento.

3. Si el usuario manifiesta más de una razón o motivo de solicitud se registrará la principal o la que lo movilizó a hacer efectiva la demanda en el consultorio de Enfermería.

4. Siempre que el usuario realice una declaración específica utilice su terminología.
5. Cuando el usuario sea incapaz de describir la razón o motivo de solicitud, la razón o motivo aducida por su acompañante es tan aceptable como la hiciera él mismo.

TERCERA PARTE: Tipo de demanda.

Marcar con una cruz la opción que corresponda.

CUARTA PARTE: Distribución del volumen de la demanda.

El entrevistador registrará el día en que se realice la entrevista y la hora. En este caso se marcará con una cruz en la categoría horaria que corresponda.

Cabe destacar que los datos personales del usuario se recabarán una vez (la primera que solicite atención). Los datos de las partes 2, 3 y 4 serán relevados cada vez que el usuario concurra. Se han dispuesto 10 espacios para cada variable. Si se requirieran más se utilizará otro formulario.

Aquellos usuarios que se rehúsen a responder alguna pregunta se registrará como que no contesta.

Anexo N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería de la Universidad de la República.

El mismo se encuentra ubicado en el tercer piso del Hospital de Clínicas "Dr. Mamuel Quintela".

Estamos solicitando su colaboración y autorización para realizarle una entrevista. La misma forma parte del estudio (Tesis) que estamos realizando sobre "Las características de la demanda que realizan los usuarios a Enfermería Profesional y Auxiliar en la Policlínica de la IMM del barrio Casabó".

El estudio tendrá lugar en la semana del 17 al 21 de Noviembre de 2003.

Se le pedirá información cada vez que concurra a solicitar atención a Enfermería en dicho período.

La duración de la entrevista es de aproximadamente 5 minutos.

Es totalmente voluntaria, y aún después de iniciada puede rehusarse a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Sus respuestas no serán reveladas a nadie y en ningún informe de estudio será identificado.

Si decide participar o no lo hace, o si se rehúsa a responder alguna pregunta no se verá afectada la atención que se le brinda en la Policlínica (ni a usted ni a ningún familiar).

Los datos que nos aporte serán de gran valor para nosotros como estudiantes y la Policlínica, ya que nos permitirá conocer mejor a quienes se asisten en ella, para poder realizar mejoras en el servicio.

MUCHAS GRACIAS

Anexo N° 4

SOLICITUD DE DATOS DEL SAS.

Montevideo, 8 de Abril de 2003.

Dpto de Estadísticas del SAS.

Dra. Giri.

Presente.

Por la presente, quienes suscriben, estudiantes de Licenciatura en Enfermería, pertenecientes al Instituto Nacional de Enfermería, se dirigen a usted para solicitar información estadística que aquí se procesa acerca de la "Situación de Salud de las Policlínicas Municipales de los Años 2000, 2001, 2002 y 2003", además del informe "Resultados de la Situación de la Cobertura de Salud de los usuarios de Policlínicas Municipales de Mayo de 2001".

La información solicitada constituirá un pilar fundamental de nuestra tesina de grado orientada al "Estudio de la Demanda de los Usuarios en el Primer Nivel de Atención a la Salud", dado que vuestros estudios nos permiten ubicarnos en dinámica de los diferentes servicios, en lo referente a las diferentes consultas realizadas, recursos humanos, materiales manejados, etc.

Sin otro particular, esperando pronta respuesta.

Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

Anexo N° 5

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN LA POLICLÍNICA DE LA IMM DEL BARRIO "CASABÓ".

Montevideo, Octubre de 2003.

Sra. Coordinadora de la Policlínica de la IMM "Casabó"

Dra. Silvia Rodríguez.

Presente.

Somos estudiantes de Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional de Enfermería. Estamos realizando el trabajo científico correspondiente a la última etapa de nuestra carrera, para el cual contamos con tutorías docentes del Departamento de Enfermería Comunitaria.

Nos dirigimos a usted con motivo de solicitar su consentimiento para la realización del trabajo de campo de nuestra investigación en esta Policlínica, y una entrevista con la finalidad de presentarle el Protocolo de Investigación.

El tema de la misma es "Demanda que realizan los usuarios a Enfermería Profesional y Auxiliar, en la Policlínica de la IMM del barrio "Casabó" en el periodo "X".

Sin más, esperando respuesta favorable.

Saludan a usted atentamente,

Br. Alvaro Fernández.

Br. Gabriela Rondeau.

Br. Natalia Silva.

Br. Alba Do Santos.

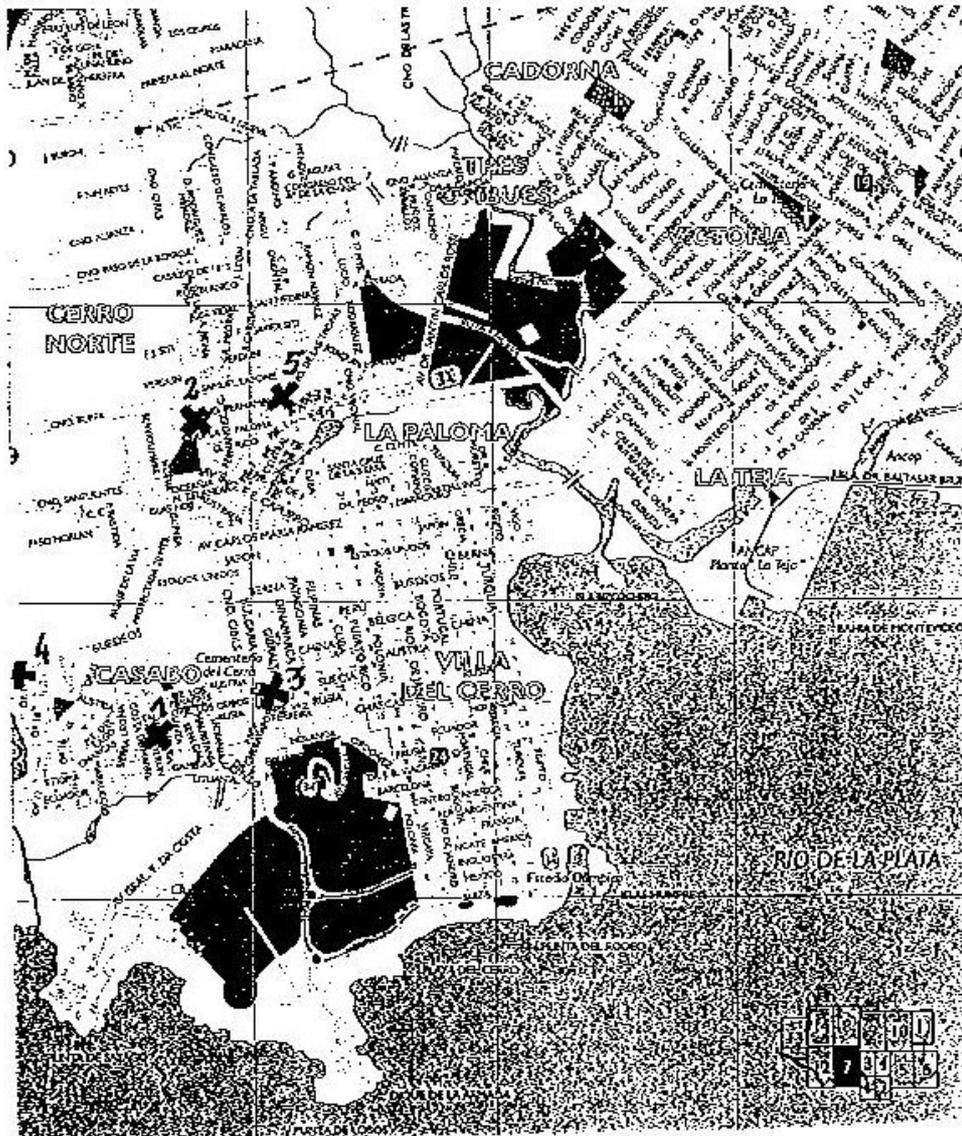
Lic. Esther Lacava,

Lic. América Monge.

Docentes Tutoras

Anexo N° 6

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LA POLICLÍNICA



1. Policlínica Casabó: Liberia y Continúa Charcas.
2. Policlínica COVICENOVA: Cno. Cibils entre Cno. Sanfuentes y Cno. Buffa.
3. Policlínica Tito Borjas: Gibraltar y Bélgica.
4. Policlínica La Capilla: Continúa Burdeos y 17 metros.
5. Policlínica La Paloma: Cno. de las Tropas y Pernambuco.

Anexo N° 7

	<u>Pág.</u>
▪ <i>Tabla N° 1: Edad relacionado con sexo</i>	107.
▪ <i>Gráfico N° 3: Edad</i>	107.
▪ <i>Tabla N° 2: Nivel de instrucción</i>	108.
▪ <i>Tabla N° 3: Edad relacionado con nivel de instrucción</i>	108.
▪ <i>Gráfica N° 4: Edad relacionado con nivel de instrucción</i>	108.
▪ <i>Tabla N° 4: Tipología familiar</i>	109.
▪ <i>Tabla N° 5: Situación laboral</i>	109.
▪ <i>Tabla N° 6: Cobertura en salud</i>	109.
▪ <i>Tabla N° 7: Accesibilidad geográfica</i>	109.
▪ <i>Tabla N° 8: Motivo de demanda</i>	110.
▪ <i>Tabla N° 9: Motivo de demanda, categorizada</i>	110.
▪ <i>Tabla N° 10: Motivo de demanda relacionada con edad</i>	110.
▪ <i>Gráfica N° 5: Distribución del número de solicitantes según edad y número de solicitudes según edad</i>	111.
▪ <i>Tabla N° 11: Tipo de demanda</i>	111.
▪ <i>Tabla N° 12: Motivo de demanda relacionado con tipo de demanda</i>	111.
▪ <i>Tabla N° 13: Distribución del volumen de la demanda en el tiempo</i>	112.
▪ <i>Gráfica N° 6: Distribución del volumen de la demanda según días de atención</i>	112.
▪ <i>Tabla N° 14: Motivo de demanda relacionada con distribución del volumen de demanda en el tiempo</i>	113.
▪ <i>Tabla N° 14a: Solicitud de procedimientos relacionado con distribución del volumen de demanda en el tiempo</i>	113.
▪ <i>Tabla N° 15: Tipo de demanda relacionada con distribución del volumen de demanda en el tiempo</i>	114.
▪ <i>Tabla N° 16: Accesibilidad geográfica relacionada con motivo de demanda</i>	114.
▪ <i>Gráfica N° 7: Número de solicitudes distribuidas según accesibilidad geográfica y número de solicitantes distribuidos según accesibilidad geográfica</i>	114.

Anexo N° 7

TABULACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS.

Tabla N° 1: Edad de los usuarios que solicitaron atención de enfermería, a Enfermería Profesional y/o Auxiliar en el consultorio de la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo del barrio Casabó en el periodo comprendido entre el 17 y el 21 de noviembre de 2003, categorizado en menor de 6 años, de 6 a 10 años, de 11 a 17 años, de 18 a 35 años, de 36 a 50 años, de 51 a 64 años y mayor de 64 años, relacionado con la variable sexo, categorizado en masculino y femenino.

Edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Menor de 6 años	6	11,54%	4	1,94%	10	3,87%
De 6 a 10 años	3	5,77%	0	0,00%	3	1,16%
De 11 a 17 años	1	1,92%	13	6,31%	14	5,43%
De 18 a 35 años	10	19,23%	57	27,67%	67	25,97%
De 36 a 50 años	6	11,54%	33	16,02%	39	15,12%
De 51 a 64 años	10	19,23%	55	26,70%	65	25,19%
Mayor de 64 años	16	30,77%	44	21,36%	60	23,26%
TOTAL	52	20,16%	206	79,85	258	100,00%

Gráfico N° 3: Edad de los usuarios que solicitaron atención de enfermería, a Enfermería Profesional y/o Auxiliar en el consultorio de la Policlínica de la Intendencia Municipal de Montevideo del barrio Casabó en el periodo comprendido entre el 17 y el 21 de Noviembre de 2003.

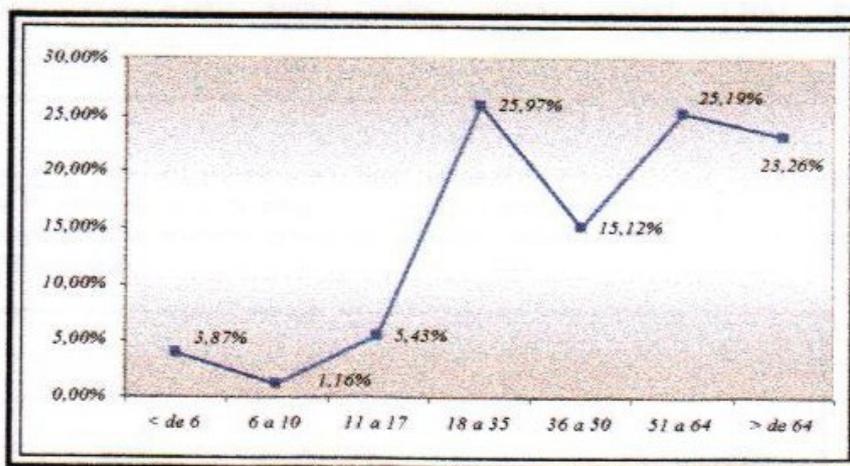


Tabla N° 2: Nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	FA	FR%
1. Nunca recibió instrucción formal	16	6,20%
2. Educación inicial	2	0,77%
3. Primaria incompleta	80	31,01%
4. Primaria completa.	79	30,62%
5. Secundaria/UTU incompleta	60	23,26%
6. Secundaria/UTU completa.	10	3,87%
7. Terciaria incompleta	3	1,16%
9. No corresponde	8	3,11%
TOTAL	258	100,00%

Tabla N° 3: Edad del usuario categorizado en menor de 6 años, de 6 a 10 años, de 11 a 17 años, de 18 a 35 años, de 36 a 50 años, de 51 a 64 años y mayor de 64 años, relacionado con la variable nivel, instrucción categorizado en nunca recibió instrucción formal, primaria incompleta, primaria completa, secundaria /UTU incompleta, secundaria/UTU completa, terciaria incompleta, terciaria completa, educación inicial y no corresponde.

Nivel de instrucción		Edad (años).							TOTAL
		< 6	6 a 10	11 a 17	18 a 35	36 a 50	51 a 64	> 64	FA
		FA	FA	FA	FA	FA	FA	FA	FA
1. Nunca recibió instrucción formal.	0	0	1	2	0	3	10	16	
2. Educación inicial	2	0	0	0	0	0	0	2	
3. Primaria incompleta	0	3	2	8	7	28	32	80	
4. Primaria completa.	0	0	4	20	17	22	16	79	
5. Secundaria/UTU incompleta	0	0	7	28	13	11	1	60	
6. Secundaria/UTU completa.	0	0	0	7	2	0	1	10	
7. Terciaria incompleta	0	0	0	2	0	1	0	3	
8. Terciaria completa	0	0	0	0	0	0	0	0	
9. No corresponde	8	0	0	0	0	0	0	8	
TOTAL	10	3	14	67	39	65	60	258	

Nivel de instrucción		Edad (años).							TOTAL
		FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
1. Nunca recibió instrucción formal.	0,00%	0,00%	7,14%	2,98%	0,00%	4,61%	16,67%	6,20%	
2. Educación inicial	20,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,16%	
3. Primaria incompleta	0,00%	100,00%	14,28%	11,94%	17,95%	43,08%	53,33%	0,77%	
4. Primaria completa.	0,00%	0,00%	28,58%	29,86%	43,59%	33,85%	26,66%	31,01%	
5. Secundaria/UTU incompleta	0,00%	0,00%	50,00%	41,79%	33,33%	16,92%	1,67%	30,62%	
6. Secundaria/UTU completa.	0,00%	0,00%	0,00%	10,45%	5,13%	0,00%	1,67%	23,26%	
7. Terciaria incompleta	0,00%	0,00%	0,00%	2,98%	0,00%	1,54%	0,00%	3,87%	
8. Terciaria completa	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
9. No corresponde	80,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,11%	
TOTAL	3,87%	1,16%	5,43%	25,97%	15,12%	25,19%	23,26%	100,00%	

Gráfico N° 4: Edad del usuario categorizado en de 6 a 10 años, de 11 a 17 años, de 18 a 35 años, de 36 a 50 años, de 51 a 64 años y mayor de 64 años, relacionado con la variable nivel, instrucción categorizado en primaria incompleta, primaria completa, secundaria /UTU incompleta, y secundaria/UTU completa.

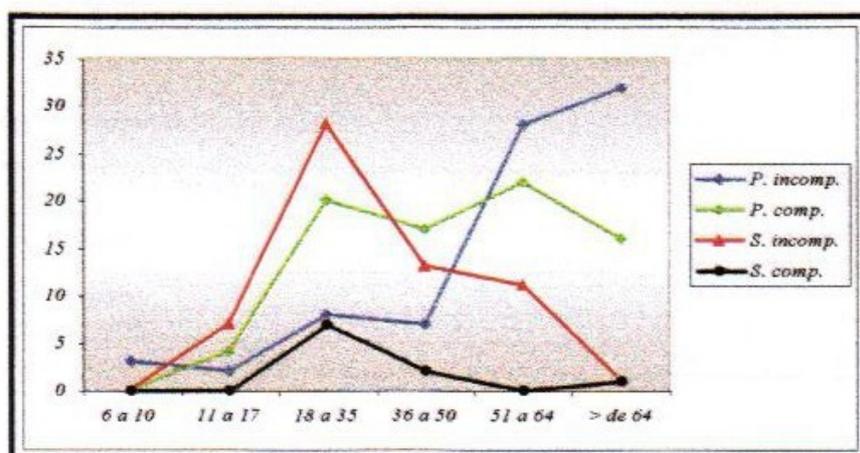


Tabla N° 4: Tipología familiar.

Tipología familiar	FA	FR%
1. Extensa	50	19,38%
2. Nuclear	128	49,61%
3. Nuclear numerosa	9	3,49%
4. Nuclear ampliada	14	5,43%
5. Monoparental	30	11,63%
6. Personas sin familia	18	6,98%
7. Equivalentes de familia	9	3,48%
TOTAL	258	100,00%

Tabla N° 5: Situación laboral.

Situación laboral	FA	FR%	
1. Trabaja y aporta al BPS	10	3,87%	
2. Trabaja y no aporta al BPS	29	11,24%	
3. No trabaja	Desocupado	58	22,48%
	Inactivo	80	31,01%
	Jubilado/ Pensionista	69	26,74%
4. No corresponde	12	4,65%	
TOTAL	258	100,00%	

Tabla N° 6: Cobertura en Salud.

Cobertura de salud	FA	FR%
1. No tiene cobertura	55	21,32%
2. Solo cobertura parcial	0	0,00%
3. Solo cobertura total	173	67,05%
4. Cobertura total y parcial	30	11,63%
TOTAL	258	100,00%

Tabla N° 6.1: Tipo de cobertura total en Salud.

Cobertura total de salud	FA	FR%
1. MSP	182	89,65%
2. Mutualista /Cooperativa	10	4,93%
3. Sanidad Policial	3	1,48%
4. Sanidad Militar	8	3,94%
TOTAL	203	100,00%

Tabla N° 7: Accesibilidad geográfica.

Accesibilidad geográfica	FA	FR%
1. De 1 a 5 cuadras	130	50,39%
2. De 6 a 10 cuadras	87	33,73%
3. De 11 a 15 cuadras	20	7,75%
4. De 16 a 20 cuadras	10	3,87%
5. Más de 20 cuadras	11	4,26%
TOTAL	258	100,00%

Tabla N° 8: Motivo por el cual los usuarios demandan atención de enfermería, a Enfermería Profesional y Auxiliar.

Motivo de la demanda	FA	FR%
1. Medición de la presión arterial (PA)	168	51,85%
2. Curaciones	41	12,65%
3. Administración de medicación intramuscular	19	5,86%
4. Nebulizaciones	11	3,39%
5. Glicemia capilar	6	1,86%
6. Extracción de puntos	5	1,54%
7. Procedimientos asociados: PA y glicemia capilar	6	1,85%
8. Colocación de curitas	2	0,62%
9. "Control del embarazo"	50	15,43%
10. Lesiones cutáneas	7	2,16%
11. Dolor asociado a procesos infecciosos	3	0,92%
12. Mareo	3	0,92%
13. Traumatismo de cara y extremidades	3	0,91%
TOTAL	324	100,00%

Tabla N° 9: Motivo por el cual los usuarios demandan atención de enfermería, a Enfermería Profesional y Auxiliar, categorizado en procedimientos, control del embarazo y problemas de salud.

Motivo de la demanda	FA	FR%
1. Procedimientos	258	79,63%
2. Control de embarazo	50	15,43%
3. Percepción de síntomas	16	4,94%
TOTAL	324	100,00%

Tabla N° 10: Edad del usuario categorizado en menor de 6 años, de 6 a 10 años, de 11 a 17 años, de 18 a 35 años, de 36 a 50 años, de 51 a 64 años y mayor de 64 años, relacionado con motivo de la demanda, categorizado en procedimientos, control de embarazo y percepción de síntomas.

Edad	Motivo de la demanda							TOTAL	
	Procedimientos		Control de embarazo		Percepción de síntomas		FA	FR%	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%			
< 6 años	15	93,75%	0	0,00%	1	6,25%	16	4,94%	
6 a 10 años	2	50,00%	0	0,00%	2	50,00%	4	1,23%	
11 a 17 años	5	35,72%	7	50,00%	2	14,28%	14	4,31%	
18 a 35 años	27	37,50%	39	54,17%	6	8,33%	72	22,23%	
36 a 50 años	49	98,74%	4	7,40%	1	1,85%	54	16,66%	
51 a 64 años	82	96,47%	0	0,00%	3	3,53%	85	26,23%	
> 64 años	78	98,73%	0	0,00%	1	1,27%	79	24,38%	
TOTAL	258	79,63%	50	15,43%	16	4,94%	324	100,00%	

Grafico N° 5: Distribución del número de solicitantes de atención a Enfermería, según edad, y del número de solicitudes, según edad, categorizado en menor de 6 años, de 6 a 10 años, de 11 a 17 años, de 18 a 35 años, de 36 a 50 años, de 51 a 64 años y mayor de 64 años.

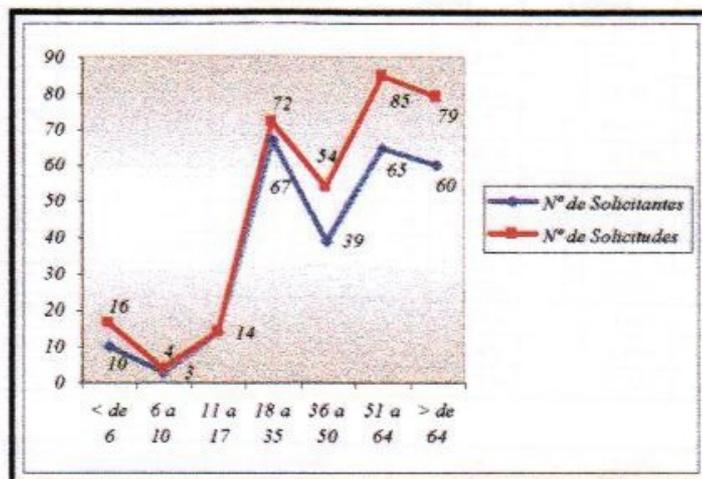


Tabla N° 11: Tipo de demanda.

Tipo de demanda	FA	FR%
1. Por iniciativa propia.	213	65,74%
2. Derivada	52	16,05%
3. Como prerrequisito "control"	59	18,21%
TOTAL	324	100,00%

Tabla N° 12: Motivo de la demanda del usuario relacionado con tipo de la demanda categorizado en iniciativa propia, derivada y prerrequisito o "control".

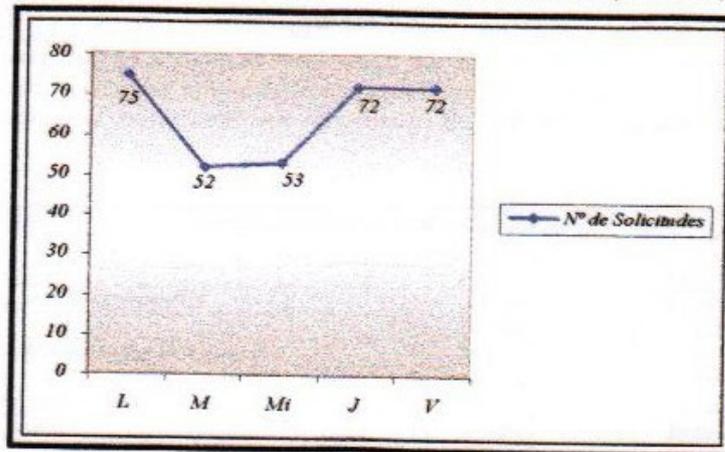
Motivo de la demanda	Tipo de demanda							
	Iniciativa propia		Derivada		Prerrequisito "Control"		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Medición de PA	133	62,44%	32	61,54%	3	5,8%	168	51,85%
Curación	36	16,90%	5	9,61%	0	0,00%	41	12,65%
Inyectables	12	5,63%	7	13,46%	0	0,00%	19	5,86%
Nebulizaciones	4	1,88%	7	13,46%	0	0,00%	11	3,39%
Hemoglucotest	2	0,94%	0	0,00%	4	6,78%	6	1,86%
Procedimientos asoc.	4	1,88%	0	0,00%	2	3,39%	6	1,86%
Colocación caravanas	2	0,94%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,62%
Extracción de puntos	4	1,88%	1	1,92%	0	0,00%	5	1,54%
Control del embarazo	0	0,00%	0	0,00%	50	84,74	50	15,43%
Percepción de síntomas	16	7,51%	0	0,00%	0	0,00%	16	4,94%
TOTAL	213	65,74%	52	16,05%	59	18,21%	324	100,00%

Tabla N° 13 Distribución del volumen de demanda.

Horario	Distribución del volumen de demanda											
	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
	20	26,67%	9	17,31%	6	11,32%	10	13,39%	8	11,11%	53	16,36%
8:01 a 9	13	17,33%	10	19,23%	12	22,64%	11	15,29%	14	19,45%	60	18,52%
9:01 a 10	8	10,67%	12	23,08%	13	24,63%	16	22,47%	10	13,89%	59	18,21%
10:01 a 11	1	1,33%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	4,17%	4	1,23%
11:01 a 12	1	1,33%	2	3,85%	0	0,00%	0	0,00%	3	6,94%	8	2,47%
12:01 a 13	0	0,00%	1	1,92%	2	3,77%	16	22,47%	10	13,89%	29	8,95%
	8	10,67%	11	21,15%	11	20,75%	8	11,11%	8	11,11%	46	14,20%
14:01 a 15	10	13,33%	7	13,46%	7	13,21%	5	6,94%	8	11,11%	37	11,42%
15:01 a 16	14	18,68%	0	0,00%	1	1,87%	5	6,94%	5	6,94%	25	7,72%
16:01 a 17	0	0,00%	0	0,00%	1	1,87%	1	1,39%	1	1,39%	3	0,92%
TOTAL	75	23,15%	52	16,05%	53	16,36%	72	22,22%	72	22,22%	324	100,00%

Distribución del volumen de demanda	FA	FR%
1. Lunes mañana	43	13,27%
2. Lunes tarde	32	9,87%
3. Martes mañana	33	10,18%
4. Martes tarde	19	5,85%
5. Miércoles mañana	31	9,57%
6. Miércoles tarde	22	6,80%
7. Jueves mañana	37	11,42%
8. Jueves tarde	35	10,80%
9. Viernes mañana	40	12,35%
10. Viernes tarde	32	9,89%
TOTAL	324	100,00%

Grafico N° 6: Distribución del número de solicitudes de atención a Enfermería según días de atención categorizado en lunes (L), martes (M), miércoles (Mi), jueves (J) y viernes (V).



Distribución del volumen de demanda		FA	FR%
1. De 7a 8		53	16,36%
2. De 8:01 a 9		60	18,52%
3. De 9:01 a 10		59	18,21%
4. De 10:01 a 11		4	1,23%
5. De 11:01 a 12		8	2,47%
6. De 12:01 a 13		29	8,95%
7. De 13:01 a 14		46	14,20%
8. De 14:01 a 15		37	11,42%
9. De 15:01 a 16		25	7,72%
10. De 16:01 a 17		3	0,92%
TOTAL		324	100,00%

Tabla N° 14: Motivo de la demanda del usuario categorizado en procedimientos, control de embarazo y problemas de salud, relacionado con distribución del volumen de la demanda, categorizado en lunes mañana, lunes tarde, martes mañana, martes tarde, miércoles mañana, miércoles tarde, jueves mañana, jueves tarde, viernes mañana y viernes tarde.

Motivo de la demanda	Motivo de la demanda							
	Procedimientos		Control de embarazo		Percepción de síntomas		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Lunes mañana	40	15,50%	1	2,00%	2	12,50%	43	13,27%
Lunes tarde	15	5,81%	17	34,00%	0	0,00%	32	9,87%
Martes mañana	28	10,85%	5	10,00%	0	0,00%	33	10,18%
Martes tarde	18	6,98%	0	0,00%	1	6,25%	19	5,85%
Miércoles mañana	29	11,24%	0	0,00%	2	12,50%	31	9,57%
Miércoles tarde	18	6,98%	4	8,00%	0	0,00%	22	6,80%
Jueves mañana	33	12,80%	0	0,00%	4	25,00%	37	11,42%
Jueves tarde	22	8,53%	11	22,00%	2	12,50%	35	10,80%
Viernes mañana	36	13,95%	1	2,00%	3	18,75%	40	12,35%
Viernes tarde	19	7,36%	11	22,00%	2	12,50%	32	9,89%
TOTAL	258	79,63%	50	15,43%	16	4,94%	324	100,00%

Tabla N° 14.a: Motivo de demanda: procedimientos, categorizado en medición de presión arterial, curaciones, administración de medicación por vía intramuscular, nebulizaciones, glicemia capilar, extracción de puntos, procedimientos asociados (presión arterial y glicemia capilar) y colocación de caravanas relacionado con distribución del volumen de la demanda categorizado en mañana y tarde.

Motivo de la demanda	Distribución del volumen de la demanda					
	Mañana		Tarde		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Medición de la presión arterial (PA)	122	72,62%	46	27,38%	168	65,12%
Curaciones	20	48,78%	21	51,22%	41	18,89%
Administración de medicación intramuscular	5	26,31%	14	73,69%	19	7,16%
Nebulizaciones	5	45,45%	6	54,55%	11	4,26%
Glicemia capilar (Gp)	6	100,00%	0	0,00%	6	2,33%
Extracción de puntos	1	20,00%	4	80,00%	5	1,94%
Procedimientos asociados: PA y Gp	5	83,33%	1	16,67%	6	2,33%
Colocación de caravanas	2	100,00%	0	0,00%	2	0,77%
TOTAL	166	64,34%	92	35,66%	258	100,00%

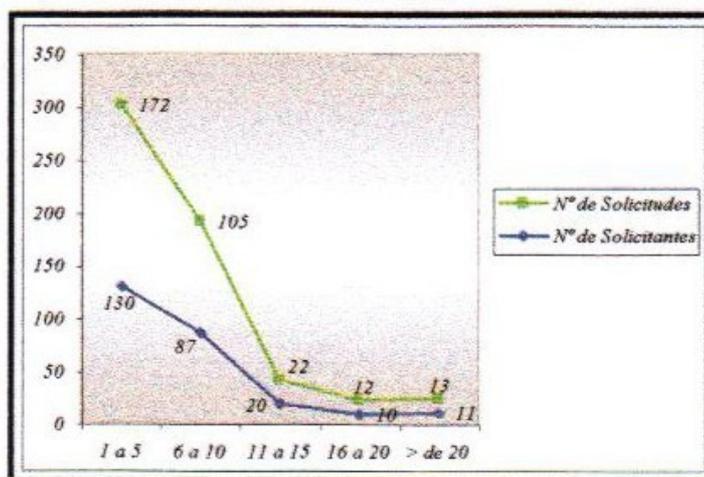
Tabla N° 15: Tipo de demanda relacionado con distribución del volumen de la demanda, según horario.

Distribución del volumen de la demanda	Tipo de demanda								
		Iniciativa propia		Derivada		Prerrequisito "Control"		TOTAL	
		FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Lunes mañana	34	15,97%	7	13,46%	2	3,39%	43	13,27%	
Lunes tarde	12	5,64%	3	5,78%	17	28,81%	32	9,87%	
Martes mañana	20	9,39%	4	7,69%	9	15,25%	33	10,18%	
Martes tarde	18	8,45%	1	1,92%	0	0,00%	19	5,85%	
Miércoles mañana	26	12,20%	4	7,69%	1	1,70%	31	9,57%	
Miércoles tarde	15	7,05%	3	5,78%	4	6,78%	22	6,80%	
Jueves mañana	29	13,61%	7	13,46%	1	1,70%	37	11,42%	
Jueves tarde	20	9,39%	4	7,69%	11	18,64%	35	10,80%	
Viernes mañana	26	12,20%	12	23,07%	2	3,39%	40	12,35%	
Viernes tarde	13	6,10%	7	13,46%	12	20,34%	32	9,89%	
TOTAL	213	65,74%	52	16,05%	59	18,21%	324	100,00%	

Tabla N° 16: Accesibilidad geográfica (medida en cuadras) del usuario relacionado con motivo de la demanda, categorizado en medición de presión arterial (PA), curación, administración de medicación por vía intramuscular, nebulizaciones, Glicemia capilar, procedimientos asociados, colocación de caravanas, extracción de puntos, control de embarazo y problemas de salud.

Motivo de la demanda	Accesibilidad geográfica												
	Cuadras	De 1 a 5		De 6 a 10		De 11 a 15		De 16 a 20		Más de 20		TOTAL	
		FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Procedimientos	145	84,43%	91	86,66%	16	72,72%	6	50,00%	7	79,63%	258	79,63%	
Control del embarazo	18	10,46%	17	16,19%	4	18,18%	6	50,00%	5	38,46%	50	15,43%	
Problemas de salud	9	5,23%	4	3,80%	2	9,09%	0	0,00%	1	7,70%	16	4,94%	
TOTAL	172	53,09%	105	32,41%	22	6,79%	12	3,70	13	4,01	324	100,00%	

Gráfico N° 7: Distribución del número de solicitudes de atención a Enfermería, y del número de solicitantes, relacionado con la accesibilidad geográfica, categorizada en: 1 a 5 cuadras, 6 a 10 cuadras, 11 a 15 cuadras, 16 a 20 cuadras, y más de 20 cuadras.



El gráfico N° 5, resulta de graficar los totales de frecuencias absolutas de las tablas N° 7 y N° 16.

Índice de tablas y gráficas

	<u>Pág.</u>
▪ <i>Tabla N° 1: Edad relacionado con sexo</i>	74.
▪ <i>Tabla N° 2: Nivel de instrucción</i>	75.
▪ <i>Tabla N° 3: Edad relacionado con nivel de instrucción</i>	75.
▪ <i>Tabla N° 4: Situación laboral</i>	76.
▪ <i>Tabla N° 5: Tipología familiar</i>	76.
▪ <i>Tabla N° 6: Accesibilidad geográfica</i>	76.
▪ <i>Tabla N° 7: Cobertura en salud</i>	77.
▪ <i>Tabla N° 8: Motivo de demanda relacionado con edad</i>	78.
▪ <i>Tabla N° 9: Distribución del volumen de la demanda en el tiempo</i>	79.
▪ <i>Gráfica N° 1: Motivo de demanda</i>	77.
▪ <i>Gráfica N° 2: Tipo de demanda</i>	79.