

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE MEDICINA

Tesis de Doctorado

**DESCRIPCIÓN Y CODIFICACIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LA
WONCA/CIPSAP-2 DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE PACIENTES
AMBULATORIOS DE LA OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CONSTRUCCIÓN
EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
CODIFICACIÓN**

Autor: Ricardo Ángel La Valle

Director de Trabajo de Investigación y Plan de Tesis: Dr. Gustavo Lanosa

1996

Obra Social del Personal de la Construcción

A mis hijos Laura y Daniel

A mi hermano Cristian

Al maestro y amigo Dr. Jorge Cacace

Como dijo *Violeta Parra* ‘gracias a la vida que me ha dado tanto...’

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción	4
1. a)	Justificación	4
1. b)	Antecedentes Históricos	5
1. c)	Atención Primaria de la Salud. Definición	9
1. d)	Medicina Familiar, Definición y Principios	9
1. e)	La necesidad de Sistemas de Codificación	11
1. f)	Concepto de Problema	12
1. g)	Revisión Bibliográfica	13
1. h)	Objetivos	14
2.	Material y Métodos	15
3.	Resultados	20
4.	Discusión	29
4. a)	Muestra	29
4. b)	Frecuencia de los Problemas de Salud	30
4. c)	Evaluación de la estrategia de implementación del Sistema de Codificación	32
4. d)	Otras consideraciones acerca de la estrategia de implementación del Sistema de Codificación	32
4. e)	Trascendencia del estudio	33
5.	Conclusiones	36
6.	Resumen	37
7.	Agradecimientos	40
8.	Bibliografía	41
9.	Apéndice A: Tablas de contingencia.	
10.	Apéndice B: Reglamento de Doctorado. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.	

INTRODUCCIÓN

“There's nothing new under the sun, but there are lots of old things we don't know”.

Ambrose Bierce

JUSTIFICACIÓN:

En noviembre de 1992 se inició el Programa de Atención Primaria Basado en la Medicina Familiar de Obra Social del Personal de la Construcción (O.S.Pe.Con.), produciéndose un gran incremento en la demanda de consultas y prestaciones. Una función importante de las Organizaciones de Atención de la Salud es la asignación de recursos. Las necesidades y los deseos humanos son virtualmente ilimitados, en tanto que los recursos financieros, humanos y materiales son siempre limitados. El desarrollo de las actividades de las instituciones requiere utilizar métodos adecuados que permitan la adopción racional de decisiones, disponiendo de medios para coordinar las actividades, normas para comunicar las informaciones y procedimientos de control para evaluar el éxito de la organización en cuanto al alcance de los objetivos que se hubiera fijado, así como para poder adoptar las decisiones indispensables a fin de rectificar la marcha de los procesos cuando los objetivos pudieran verse afectados.

La asignación de recursos racional y ordenada se hace a través de la Planificación y la Programación¹. Sonis² define la Planificación como *‘un instrumento cuyo propósito es el de contribuir a racionalizar las decisiones procurando orientar el uso de los recursos humanos, financieros, tecnológicos, etc., hacia el logro, en un determinado periodo de tiempo, de objetivos y metas establecidos previamente, así como de las transformaciones del sistema necesarias para hacerlos viables’*. También Sonis³ señala las etapas del proceso de planificación, las tres primeras etapas son: 1) ‘El planteo y la descripción de los problemas, sus características y su magnitud’, 2) ‘El diagnóstico de la situación (nivel de salud de la población)’ y 3) ‘La proyección de las tendencias presentes relacionadas con el nivel de salud (enfermedades que prevalecen, características demográficas, la estructura de la población)’.

Ante el crecimiento de Programa, y siguiendo las etapas de proceso de planificación, surgió la necesidad de conocer la composición de los problemas de salud que originaban las consultas, con el objetivo de hacer una adecuada asignación de recursos, programar las actividades de formación continua del equipo de salud, ajustar los planes de prevención en curso y diseñar otros que se ajusten a las necesidades de los pacientes. Dado que se trata de un Programa basado en la Medicina Familiar, la CIPSAP-2 surgió como una herramienta adecuada para el análisis de estos problemas.

El presente estudio, no pretende restringirse a los iniciados en la Atención Primaria de la Salud y la Medicina Familiar, es por esto que es necesario hacer una reseña histórica y explicar brevemente algunos conceptos.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

El clásico Informe Dawson, inglés, de 1920, introdujo los conceptos de atención 'primaria' y 'secundaria' y los términos de 'centro de salud primario' y 'centro de salud secundario'⁴. Estos dos niveles de atención fueron relacionados, respectivamente, con los trabajos desarrollados por los médicos generales y los hospitales docentes. Con una claridad y exactitud inigualables, el informe plantea una organización de los servicios sanitarios de base poblacional a tener en cuenta para la localización de los recursos, la generación de los registros y estadísticas esenciales y la formación de los profesionales sanitarios tanto de los servicios de salud medioambiental como personal. Dawson y sus colaboradores recalcan que los elementos de un sistema lógico deberían estar 'apropiadamente correlacionados y disponibles para todos'⁵.

Cuarenta años más tarde, Yves Biraud, entonces director del Departamento de Estadística para la Salud de la Organización Mundial de la Salud, desarrolló un 'Sistema de historias médicas para uso clínico y estadístico en consultas externas, urgencias y centros de salud'⁶. Reintroduce el término 'centro de salud primario', que parecía haberse olvidado, y establece con gran detalle las características de un sistema de información sanitaria y de estadística 'diseñado para asegurar la continuidad del tratamiento de los pacientes, pero también para conocer las necesidades de la administración central de salud y recabar información respecto a: 1) la prevalencia de las enfermedades endémicas y epidémicas, y 2) las actividades técnicas'. Se tienen en cuenta las necesidades de los países en desarrollo y las de los países desarrollados y su objetivo primordial es

compatible con el mandato del Informe Dawson por el que un ‘sistema de registro proporcionaría más conocimientos y utilidad práctica que la acumulación de estadísticas de mortalidad’. Se establecen así los criterios de un sistema de estadísticas sanitarias verdaderamente funcional. Biraud reconoce la importancia de clasificar y codificar de forma realista los problemas que se observan en atención primaria, siendo más importante la exactitud que la especificidad. En la sección sobre ‘Enfermedad, queja o síntoma principal’ el documento establece que ‘de acuerdo con las circunstancias se puede, por consiguiente, esperar una declaración explícita del diagnóstico, o del síntoma principal observado, o incluso de la queja del paciente, si no se ‘puede llegar a un diagnóstico en una primera instancia’⁵.

Durante las dos décadas siguientes tanto el concepto, como la expresión ‘atención primaria’ se convirtieron gradualmente en términos habituales en el Reino Unido^{7,8} y en Estados Unidos⁹ y se mencionaron brevemente en el Informe de 1964 del Comité de Expertos sobre Medicina General de la Organización Mundial de la Salud¹⁰.

Mientras tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) aumentaba de tamaño, como consecuencia de la presión desigual a que era sometida por diversos grupos de subespecialistas, y en rigidez, gracias al control que ejercía sobre sus revisiones sucesivas los epidemiólogos y expertos en estadística que fueron desalojándola de forma creciente de las realidades de la práctica clínica y, especialmente, de la amplia y desconocida área de la atención primaria⁵.

En 1978, en Alma Ata, la OMS y la UNICEF pusieron en marcha un programa global para conseguir ‘la salud para todos en al año 2000’. Se dio nuevo impulso a la organización de base poblacional de los servicios de salud y a la importancia fundamental de la atención primaria de la salud y de la atención médica primaria, concepto enunciado case sesenta años antes por Dawson y sus colaboradores⁵.

Lo que concibió Dawson en el Reino Unido y, entre otros, Andrija Stamper en Yugoslavia, C. C. Chen en China, Joseph Bhore en la India y John Grant en Estados Unidos, son sistemas de servicios basados en la población para responder a las necesidades individuales y colectivas de las personas. Este punto de vista choca contra la institución tradicional basada en el médico que atiende un exceso de demanda de atención curativa. La importancia de la reunión de

Alma Ata reside en el impulso que proporciona a este cambio de punto de vista y, sobre todo, en el reconocimiento de que un buen desarrollo de la atención primaria es un componente esencial de cualquier sistema de atención de la salud bien equilibrado. Aunque este cambio ha sido lento en el mundo se pueden encontrar ejemplos de organizaciones basadas en la población en países tan diferentes como el Reino Unido, Cuba, Finlandia, Países Bajos, Suecia, México, Brasil, España, etc., así como en compañías de inversionistas - propietarios que tienen una organización basada en la población 'Health Maintenance Organizations' (HMO), en los Estados Unidos. Estos ejemplos son respuestas tangibles a la creciente presión pública para que la ciencia y la tecnología médica satisfagan las necesidades poblacionales tal como son vividas y definidas por los ciudadanos⁵.

También en 1978, la OMS estableció lo que llegaría a ser el Grupo de Trabajo para el Desarrollo de una Clasificación Internacional en Atención Primaria. Las clasificaciones son instrumentos básicos para interpretar la realidad y una clasificación internacional es clave para lograr comparabilidad entre los resultados de estudios realizados en ambientes distintos. Los médicos generales/de familia se ocupan de un amplio sector de la población y por ello se han preocupado más que cualquier otro tipo de médicos de los problemas de clasificación y comparabilidad Internacional¹¹.

En Atención Primaria, la necesidad de clasificar surgió por primera vez a principios de 1950, cuando los médicos generales/familiares comenzaron a registrar y estudiar el contenido de su trabajo diario. El uso estandarizado se convirtió en materia de gran preocupación al iniciarse los estudios en varios servicios médicos, y el desarrollo del 'Índice Diagnóstico (Libro E) convirtió a cada médico general/familiar en un registrador potencial. La primera clasificación utilizada ampliamente en medicina general/familiar fue la del Colegio Británico de Médicos Generales en 1959, que fue revisada en tres ocasiones y utilizada en muchos países¹².

En 1972 en Melbourne, Australia, se realizó la primera Conferencia Mundial de Medicina General / Medicina Familiar en la que los profesionales asistentes acordaron que existía una gran necesidad de contar con una sola clasificación que pudiera ser aceptada y entendida por médicos generales/familiares en cualquier parte del mundo. Antes que finalizara esta reunión la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies or Associations of General Family Practice. Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales / Médicos de Familia) estableció un grupo de trabajo cuya tarea era la de

desarrollar una lista tabular que estuviera basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 8° edición. El grupo de trabajo reunió a un grupo internacional de médicos de familia taxonomistas formando un grupo único de expertos que posteriormente se convertiría en el Comité de Clasificación. El 7 de noviembre de 1974, durante la Sexta Conferencia Mundial de la ciudad de México, fue unánimemente aceptada por la asamblea general de WONCA la CIPSAP-1, que fue publicada en 1975⁹.

En 1979 ante la publicación de la CIE-9 la CIPSAP-1 fue revisada para mantener la comparabilidad con esta nueva edición de la CIE y se publicó la CIPSAP-2. El Comité de Clasificación de la WONCA es el encargado de revisar regularmente la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria, actualmente en su tercera edición como CIPSAP-2 Definida (1983 versión en inglés)⁹.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS), DEFINICIÓN:

La conferencia de la OMS de Alma-Ata en 1978 definió la Atención Primaria de la Salud como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y 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 sanitaria”¹³.

MEDICINA FAMILIAR, DEFINICIÓN Y PRINCIPIOS:

Según Mc Whinney¹⁴ *‘La medicina de familia se puede describir como un cuerpo de conocimientos sobre los problemas que encuentran los médicos de familia durante su ejercicio profesional. Eso es naturalmente una tautología, pero también lo son las descripciones de todos los sujetos aplicados. Como en otras especialidades prácticas, el cuerpo de conocimientos abarcado por la medicina de familia incluye no sólo conocimientos de hechos, sino también de habilidades y técnicas. Los miembros de una disciplina clínica se pueden identificar no tanto por lo que saben, sino por lo que hacen. Al describir la medicina de familia, por tanto, es preferible comenzar con los principios que gobiernan nuestras acciones. Describiremos nueve de ellos. Ninguno resulta exclusivo para la medicina de familia, y no todos los médicos de familia son ejemplos de los nueve. A pesar de todo, tomados en conjunto, representan un concepto del mundo, un sistema de valores y una actitud ante los problemas claramente distintos de los que caracterizan a otras disciplinas.*

1. *El médico de familia está comprometido más con la persona que con un cuerpo particular de conocimientos, grupos de enfermedades o técnicas especiales. Su ejercicio profesional no se limita a problemas sanitarios estrictamente definidos; el paciente es el que define el problema. El compromiso no tiene un punto final definido, no termina con la curación de la enfermedad, el final del ciclo de tratamiento el diagnóstico de una enfermedad incurable.*

2. *El médico de familia intenta comprender el contexto de la enfermedad. "Para comprender bien una cosa, necesitamos verla fuera y dentro de su medio ambiente, y tener en cuenta toda su gama de variaciones", escribió William James. Muchas enfermedades atendidas en la práctica familiar no se pueden comprender a fondo si no son consideradas en su contexto persona, familiar y social.*
3. *El médico de familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria.*
4. *El médico de familia considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo. Los clínicos piensan normalmente en términos de un solo paciente, y no en grupos de población. El médico de familia tiene que considerar ambos aspectos. Eso significa que un paciente no vacunado o al que no se le ha medicado nunca la tensión arterial, merece tanta atención como el que solicita consejo sobre el cuidado de los hijos o el tratamiento de la hipertensión. Ello implica un compromiso para mantener la salud de la población a la que atiende, con independencia de que determinados individuos acudan o no a su consulta.*
5. *El médico de familia se considera a sí mismo parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria. Todas las comunidades cuentan con una red de apoyo social, oficial y no oficial, formal e informal. La palabra red sugiere un sistema coordinado, por desgracia muchas veces no sucede así. Los médicos de familia pueden ser mucho más eficaces si emplean todos los recursos de la comunidad para beneficio de sus pacientes.*
6. *Desde un punto de vista ideal, los médicos de familia deben compartir el mismo hábitat que sus pacientes. Eso se ha hecho menos frecuente durante los últimos años formando parte de la tendencia reciente hacia la separación entre vida y trabajo, en algunas comunidades los médicos han virtualmente desaparecido. Para Wendell Berry, esa es la causa de muchas enfermedades modernas, "si no vivimos donde trabajamos y cuando trabajamos, estamos malgastando nuestra vida y también nuestro trabajo"¹⁵. El desastre del Love Canal en las Cataratas del Niágara, proporciona un ejemplo claro de lo que puede suceder cuando los médicos se encuentran lejos del medio ambiente de sus pacientes. Este canal abandonado había sido utilizado por una industria local para almacenar desechos tóxicos. El canal fue cubierto más adelante, y algunos años después se construyeron casas en la zona. Durante los años 60, los propietarios de las casas comenzaron a notar rezumamiento de barro químico entre el suelo y los jardines. Murieron los árboles y los arbustos, y la atmósfera se contaminó con humos malolientes. Aproximadamente por la misma época, los residentes en el vecindario comenzaron a sufrir enfermedades producidas por las sustancias químicas tóxicas. sin embargo, hasta que*

un periodista local no realizó una revisión sanitaria en el área, no se hizo un estudio sanitario oficial. Ese estudio descubrió tasas de enfermedad, aborto y defectos congénitos muy superiores a las habituales¹⁶.

7. *El médico de familia atiende a los pacientes en el consultorio, en sus domicilios y en el hospital. La distribución del tiempo y el interés hacia alguno de estos tres contextos variará de acuerdo con las circunstancias.*
8. *El médico de familia concede más importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. Durante la mayor parte de este siglo, la medicina ha estado dominada por una actitud estrictamente objetiva y positiva hacia los problemas sanitarios. Los médicos de familia siempre han tenido que reconciliar esa actitud con la sensibilidad hacia los sentimientos y la valoración de las relaciones. En tal concepto se incluye la percepción de ellos mismos: los médicos de familia saben bien que sus propios valores, actitudes y sentimientos son determinantes importantes de la forma como practican la medicina.*
9. *El médico de familia es un gestor de recursos. Como médico general y médico de primer contacto, tiene el control de muchos recursos y, dentro de ciertos límites, puede controlar el ingreso en los hospitales, el empleo de exámenes complementarios, la prescripción de tratamientos y el envío a otros especialistas. Los recursos son limitados en todas las partes del mundo, y a veces muy limitados, por lo tanto, el médico de familia tiene la responsabilidad de gestionarlos para proporcionar el máximo beneficio a sus pacientes¹⁷.*

LA NECESIDAD DE SISTEMAS DE CODIFICACIÓN:

El conocer el contenido de la atención ambulatoria permite una mejor planificación de los servicios, mejorar y orientar los programas de educación y orientar la investigación¹⁷.

Una de las bases del método científico es el desarrollo de una terminología precisa, que no admita ambigüedades ni permita confusiones. A diferencia de ocultistas y místicos, los científicos pueden objetivar sus ideas a través de conjuntos de signos que pueden ser percibidos y entendidos por todo quien lo desee. Es así que en cualquier disciplina de base científica existe una terminología estandarizada que es aceptada, comprendida y utilizada por todos quienes trabajan en el área.

Uno de los problemas más notables de la medicina es la falta de un vocabulario controlado, es común ver un mismo síndrome o enfermedad con varios nombres diferentes, o la coexistencia de varias clasificaciones o nomenclaturas para un mismo sistema de conceptos. Los procesos de atención de la salud son intensivos en cuanto a la producción y uso de información. Uno de los objetivos principales de la estandarización de los datos biomédicos es el evitar la proliferación de “islas de información”. Mediante este término se definen los sistemas de almacenamiento de información cerrados, es decir, que no permiten intercambiar los datos que almacenan con otros sistemas utilizados en el mismo ámbito de trabajo. Como base de la estandarización, todo concepto utilizado en la medicina debería tener un identificador pasible de ser referenciado y manipulado. En tal sentido, el uso de códigos provee identificadores sumamente convenientes, y su formalización numérica, los transforma en ítems perfectamente adaptados para su manipulación por computadoras.

Actualmente contamos con diversos sistemas de codificación, como por ejemplo el MeSH (Medical Subject Headings) de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine) desarrollado por el Colegio Americano de Patólogos y la ICD-9-CM (Modificación Clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud)¹⁵. Por diversos motivos que escapan el alcance de este estudio, por no considerar el concepto de problema, al que me referiré posteriormente, y por lo tanto no adaptarse a las necesidades de la Atención Primaria de la Salud y de la Medicina Familiar, es que se han desarrollado clasificaciones específicas para estas disciplinas.

Actualmente la clasificación más difundida en Atención Primaria de la Salud y Medicina Familiar es la CIPSAP-2 definida. El espectro de la CIPSAP incluye el contenido de la atención primaria: los problemas de salud de personas que se sienten enfermas así como de aquellas que se consideran sanas pero que buscan evaluación, atención y consejo experto en la Atención Médica Primaria. La CIPSAP - 2 es una clasificación ‘jerárquica opcional’ que incorpora el ‘sistema de definiciones’ con criterios de inclusión y exclusión que facilitan la clasificación de los problemas, asimismo la brevedad y sencillez de la lista hace su uso efectivo tanto para registros manuales como computerizadas¹².

CONCEPTO DE PROBLEMA:

El modelo de historia clínica orientada a los problemas propuesto por Lawrence Weed en 1969 se acepta mayoritariamente porque es el que mejor se adapta a las necesidades de la Atención Primaria. El elemento fundamental de la propuesta de Weed es la noción de los *problemas* del paciente a los que se ve confrontado el profesional y que no son únicamente diagnósticos sino también molestias del paciente, situaciones de su entorno que influyen en su salud - enfermedad o en sus posibilidades de recuperación o reinserción y síntomas, signos o resultados de exploraciones que no han podido ser comprendidos o catalogados. Ello es especialmente aplicable en la Atención Primaria donde, como es sabido, la mayoría de los problemas a que se enfrenta el profesional no son diagnósticos, en el sentido clásico del término, o bien se resuelven antes de que haya sido posible un diagnóstico y sin que el mismo haya sido necesario¹⁹.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline (1991 a marzo de 1995) con el criterio de búsqueda '*medical record, problem-oriented/sn,st,ut*' , arrojando como resultado 10 citas bibliográficas. El objetivo de esta búsqueda fue conocer experiencias previas, conocer la prevalencia y frecuencias relativas de Problemas de Salud de otras poblaciones. Las siguientes publicaciones son pertinentes con el presente estudio:

- 1- En Toledo España²⁰ en una muestra de 717 adolescentes (14 a 18 años) los motivos más frecuentes de consulta fueron: a) Infección aguda del tracto respiratorio superior b) Cartas, formas, recetas sin examen c) Amigdalitis aguda d) Acné.
- 2- En Girona España²¹ en una muestra de 436 consultas de población inmigrante de África, los motivos más frecuentes de consulta fueron: a) en la población pediátrica a.1) Clasificación suplementaria (25.95 %) a.2) Enfermedades del aparato respiratorio (20.07 %). b) en la población adulta b.1) Enfermedades del aparato digestivo (21.77 %) y b.2) Enfermedades parasitarias (12.93 %).
- 3- En Japón²² en una muestra de 1916 pacientes con problemas agudos y 179 pacientes con problemas crónicos. En la muestra de pacientes con problemas agudos los más frecuentes fueron: a) Infección aguda del tracto respiratorio superior b) Enfermedades del estómago y duodeno c) Osteoartritis y condiciones asociadas. En la muestra de pacientes con problemas crónicos los más frecuentes fueron: a) HTA no complicada b) Osteoartritis y condiciones asociadas c) osteoporosis d) desórdenes del metabolismo lipídico e) HTA complicada f) cataratas.

- 4- En Australia²³ en un pequeño hospital rural durante un lapso de 9 meses los motivos de consulta más frecuentes fueron: a) Heridas (35 %) b) Enfermedades del aparato respiratorio (13 %) c) Problemas del oído (10 %) d) Infecciones (5 %) e) Problemas definidos por enfermedad (5 %) f) Clasificación suplementaria (5 %).
- 5- En Taiwan²⁴ en el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de Kaohsiung se evaluó una muestra de 14064 pacientes, los motivos de consulta más frecuentes fueron: a) Examen Medico b) Cistitis + Infección urinaria NE c) Dolor Abdominal d) HTA no complicada e) Vacunación f) Portador de Hepatitis B g) Dolor de espalda h) Desordenes de ansiedad i) Hepatitis viral j) Sme de Colon Irritable.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en LILACS/CD-ROM - 21° edición, enero 1995 - LILACS con el criterio de búsqueda '*medical record, problem-oriented*', arrojando como resultado 12 citas bibliográficas. El objetivo de esta búsqueda fue conocer experiencias previas, conocer la prevalencia y frecuencias relativas de Problemas de Salud de otras poblaciones de Latinoamérica. Las siguientes publicaciones son pertinentes con el presente estudio:

- 1- En Buenos Aires²⁵ en una muestra de 1712 pacientes del Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires durante un lapso de un año, se identificaron 2469 Problemas de Salud, siendo los más frecuentes: a) Síntoma somático funcional, b) Hipertensión arterial no complicada, c) dolor abdominal, d) dolor de espalda sin síntomas irradiados e) Síntomas y estados morbosos mal definidos no clasificables.

OBJETIVOS:

Los objetivos de este trabajo son:

1. Conocer las frecuencias relativas de los Problemas de Salud por los cuales consulta nuestra población.
2. Evaluar el resultado de la estrategia de implementación del sistema de codificación.

MATERIAL Y MÉTODOS

a) DISEÑO: observacional, longitudinal.

b) ÁMBITO DEL ESTUDIO: fue desarrollado en el periodo comprendido entre el 2 de enero y el 3 de noviembre de 1995 en 40 Centros de Atención Primaria (CEMAP) pertenecientes a O.S.Pe.Con., ubicados en las localidades detalladas en la tabla N° 1, donde se brinda atención ambulatoria a los obreros de la industria de la construcción y sus grupos familiares. Todos los CEMAPs cuentan con un Coordinador Médico, profesionales médicos y paramédicos a su cargo en número acorde a la demanda de asistencia de cada uno de ellos. Todos los CEMAPs cuentan con un sistema informático con el que se adjudican y distribuyen los turnos para las consultas y que recoge además datos de filiación de los pacientes. Este sistema es operado por personal administrativo especialmente entrenado a tal efecto a cargo de un Coordinador Administrativo. La supervisión y mantenimiento del sistema y de los equipos está a cargo de personal de Sistemas de O.S.Pe.Con.. Los equipos de salud locales cuentan con Coordinación Nacional en el área médica y administrativa.

Tabla N° 1: CEMAPs según localidades.

N° de orden	CEMAP
1	ACASUSSO
2	ALTO PARANÁ
3	AVELLANEDA
4	BAHÍA BLANCA
5	CAMPANA
6	CAPITAL FEDERAL
7	CATAMARCA
8	CÓRDOBA
9	CORRIENTES
10	GRAL. PICO
11	JUJUY
12	LA PAMPA
13	LA PLATA
14	LA RIOJA
15	LOMAS DE ZAMORA
16	MAR DEL PLATA
17	MENDOZA
18	MONTE GRANDE
19	MORENO
20	MORÓN
21	NEUQUÉN
22	PARANÁ
23	POSADAS

Tabla N° 1: continuación

24	QUILMES
25	RESISTENCIA
26	RÍO CUARTO
27	RÍO TERCERO
28	ROSARIO
29	SALTA
30	SAN FRANCISCO
31	SAN JUSTO
32	SAN LORENZO
33	SAN LUIS
34	SAN MARTÍN (BS.AS.)
35	SAN NICOLÁS
36	SANTA CRUZ
37	SANTA FE
38	SANTIAGO DEL ESTERO
39	TUCUMAN
40	VILLA MARÍA

b) MUESTRA: no probabilística, se codificaron el total de problemas de salud de las 164.301 consultas realizadas en el periodo determinado en los CEMAPs mencionados.

c) INSTRUMENTOS: Para la codificación de los problemas de salud se utilizó la CIPSAP - 2 definida¹², la lista fue cargada en archivos informáticos (base de datos). Los médicos de los distintos CEMAPs una vez realizada la consulta, codificaron los problemas de salud (hasta un máximo de 5 por consulta) que las motivaron en forma manual en el momento de realizada la consulta; posteriormente estos códigos fueron cargados en el sistema informático por el personal administrativo de cada CEMAP. Los archivos generados (bases de datos) fueron remitidos a la administración central donde se realizó la unificación de los mismos en una sola base de datos.

Para la utilización de este sistema de codificación se diseñó una estrategia de implementación considerando que la mayoría de nuestro personal, compuesto por médicos de familia y especialistas (médicos clínicos, pediatras, ginecólogos, traumatólogos, oftalmólogos, cardiólogos, etc.) no contaba con el entrenamiento necesario en el uso de la CIPSAP - 2. El objetivo fue lograr la codificación de todos los problemas de salud, en el menor tiempo posible y facilitar el entrenamiento del personal. En la tabla N° 2 se describe la composición del personal de los CEMAPs en noviembre de 1995, se consideran especialidades básicas a las siguientes: Clínica Médica, Pediatría y Tocoginecología.

Tabla N° 2: descripción de la composición del personal de los CEMAPs.

Especialidad	n
Medicina Familiar	200
Especialidades básicas	289
Otras Especialidades	181
Total Médicos	670

Especialidad	n
Profesionales No Médicos	129
Personal Técnico	137
Personal Administrativo	170
Total no médicos	436
TOTAL	1106

Fuente O.S.Pe.Con. noviembre 1995

La estrategia de implementación consistió en la definición, por parte del autor, de una lista arbitraria de los 56 problemas de mayor frecuencia en la práctica diaria. Se agregó a la lista el código '9999 = OTROS', para aquellos problemas no contemplados en la lista y el código '0000 = AUSENTE' para aquellos turnos asignados y que no fueron utilizados por el paciente, además, con el objetivo de contemplar la problemática de nuestro país, se agregaron los códigos enumerados en la tabla N° 3. Esta lista de 58 códigos, que se muestra en la tabla N° 4, y al menos un ejemplar de la CIPSAP - 2 fueron distribuidos en todos los CEMAPs y a su vez las listas estuvieron disponibles en cada consultorio, paralelamente se encontraban cargados en la base de datos de cada CEMAP la totalidad de los códigos. El objetivo de esta estrategia fue lograr la codificación inicial de al menos estos 58 problemas y gradualmente incorporar el resto de los códigos de la CIPSAP - 2, a medida que el personal se capacitara en su uso. La hipótesis planteada es que a mayor utilización de códigos debe disminuir la utilización del código '9999 = OTROS'.

Tabla N° 3: problemas agregados a la lista original de la CIPSAP - 2.

Código	Descripción
1361	CHAGAS EPIDEMIOLOGÍA POSITIVA
1362	CHAGAS SEROLOGÍA POSITIVA
2721	HIPERCOLESTEROLEMIA
2722	HIPERTRIGLICERIDEMIA
V701	PAPANICOLAOU
V101	CONTROL ULTERIOR DE ENFERMEDAD AGUDA
V102	CONTROL ULTERIOR DE ENFERMEDAD CRÓNICA
9999	OTROS
0000	AUSENTE

Tabla N° 4: Lista de problemas más frecuentes definida en forma arbitraria por el autor.

Problema	Código
CONTROL EN SALUD	V70-
CONTROL PRENATAL	V220
PAPANICOLAOU	V701
CONTROL ULTERIOR DE ENF AGUDA	V101
CONTROL ULTERIOR DE ENF CRÓNICA	V102
CONSEJO ANTICONCEPTIVO	V256
VIOLENCIA FAMILIAR	V615
FIEBRE	7806
ABUSO CRÓNICO DE ALCOHOL	3031
ABUSO DE TABACO	3051
DÉFICIT VITAM Y OTRAS ALT NUTRICIONALES	260-
OBESIDAD	278-
ANEMIA FERROPÉNICA	280-
ANEMIA PERNICIOSA Y OTRAS ANEMIAS POR DÉFICIT	281-
OTRAS ANEMIAS	285-
HIPERCOLESTEROLEMIA	2721
HIPERTRIGLICERIDEMIA	2722
OTITIS MEDIA AGUDA	3820
INFECCIÓN TRACTO AÉREO SUP (AGUDAS), BRONQUITIS, BRONQUITIS AGUDA	460-
ASMA	493-
MALESTAR, DEBILIDAD, FATIGA, CANSANCIO	7807
DOLOR ARTICULAR, ARTRALGIA, RIGIDEZ ARTICULAR	7194
DIABETES MELLITUS	250-
SARAMPIÓN	055-
RUBÉOLA	056-
OTROS EXANTEMAS VIRALES	057-
RASH, OTRAS ERUPCIONES CUTÁNEAS EN	7821
DERMATITIS ATÓPICA O ECZEMA	6918
DOLOR DE ESPALDA (LUMBAR O TORÁCICO SIN SÍNTOMAS DE IRRADIACIÓN)	7242
DOLOR DE ESPALDA (LUMBAR O TORÁCICO CON SÍNTOMAS DE IRRADIACIÓN)	7244
DOLOR TORÁCICO	7865
DOLOR ABDOMINAL	7890
TRASTORNOS DE LA FUNCIÓN GÁSTRICA Y OTRAS ENF DE ESTÓMAGO Y DUODENO	536-
PIROSIS	7871
SME COLON IRRITABLE Y OTROS TRAST INTEST NO INFECC NO ULCERATIVOS	558-
ENFERMEDAD INTESTINAL PROBABLEMENTE INFECCIOSA, VIRAL INESPECÍFICA O DESC	009-
NAUSEA Y/O VÓMITOS	7870
TA ELEVADA SIN DIAG DE HTA	7962
HTA NO COMPLICADA	401-
HTA INVOLUCRA ÓRGANO BLANCO	402-
TRAST DE ANSIEDAD, EST DE ANSIEDAD	3000
INSOMNIO Y OTROS TRAST DEL SUEÑO	3074
TRASTORNO DEPRESIVO	3004
CEFALEA	7840
MAREOS	7804
CHAGAS EPIDEMIOLOGÍA +	1361
CHAGAS SEROLOGÍA +	1362
TUBERCULOSIS (TODAS LAS LOCALIZACIONES)	011-
SÍFILIS (TODAS LAS LOCALIZ Y ESTADIOS)	090-
GONORREA (TODAS LAS LOCALIZACIONES)	098-
OTRAS ETS	1363
DISURIA	7881
CISTITIS E INFECCIÓN URINARIA NE	595-
CERTIFICADOS, RECETAS, CARTAS	V680
SIGNOS Y SÍNTOMAS MAL DEFINIDOS	7889

Tabla N° 4: continuación

TODOS LOS PROBLEMAS NO CLASIFICABLES	V999
OTROS	9999
AUSENTE	0000

d) ELABORACIÓN ESTADÍSTICA:

La información se recibió de la administración central de O.S.Pe.Con. cargada en una bases de datos que reúne los datos generados por el programa de turnos de cada CEMAP (Programa propio de O.S.Pe.Con).

Para la descripción de la muestra en estudio se utilizaron las siguientes variables:

- a) Turnos: se consideró un turno a la reserva del tiempo necesario para la realización de una consulta médica sea esta realizada o no.
- b) Edad: se consignó la edad en años del paciente, adjudicándose el valor 0 cuando esta era menor de un año.
- c) Sexo.

Para la descripción del objetivo 1) Conocer las frecuencias relativas de los Problemas de Salud por los cuales consulta nuestra población se utilizó como variable el/los código/s de CIPSAP-2 asignados en cada consulta. En el caso de adjudicarse o cargarse un código no existente en la clasificación se le asignó el valor 'NOID' que será descripto como 'CÓDIGO ERRÓNEO'.

Para evaluar el resultado de la estrategia de implementación del sistema de codificación se utilizó como variable el número de códigos de CIPSAP-2 '9999 = OTROS' utilizados, que fue definido por el autor como ya se ha mencionado.

El análisis de los datos se realizó mediante programas especialmente diseñados y escritos por el autor en lenguaje Clipper® y Epi Info® 6.0 (OMS) para el tratamiento de esta base de datos, (el código fuente de los citados programas se halla a disposición de los interesados), se utilizó posteriormente el programa de planilla de cálculo Excel® 5.0 en una PC 80486 DX para la elaboración y presentación de los mismos. El presente informe fue escrito con el procesador de textos Word® 6.0

RESULTADOS

Para el presente estudio se analizaron 164301 consultas en el periodo comprendido entre el 2 de enero y el 3 de noviembre de 1995.

El 50,42 % de las consultas fueron de pacientes de sexo femenino, en tanto que el 48,58 % de las mismas fueron de pacientes de sexo masculino.

La media de edad en años para el total de la muestra fue de 24,23 +- 18,20 años con una edad mínima de 0 años y una edad máxima de 90 años

Para las pacientes de sexo femenino la media de edad fue de 23,46 +- 17,10 años con una edad mínima de 0 años y una edad máxima de 90 años.

Para los pacientes de sexo masculino la media de edad fue de 23,00 +- 19,23 años con una edad mínima de 0 años y una edad máxima de 77 años. En las tablas N° 5, N° 6 y N° 7 se describe la distribución en rangos etarios y por sexos de la muestra utilizada.

Tabla N° 5: distribución etaria del total de la muestra.

rangos en años	n	%	% acumulativo
< 1	18289	11,13 %	11,33 %
1 a 5	22031	13,41 %	24,74 %
6 a 10	10540	6,42 %	31,15 %
11 a 15	9071	5,52 %	36,67 %
16 a 20	11921	7,26 %	43,93 %
21 a 25	14530	8,84 %	52,77 %
26 a 30	14169	8,62 %	61,40 %
31 a 35	14157	8,62 %	70,01 %
36 a 40	13368	8,14 %	78,15 %
41 a 45	11812	7,19 %	85,34 %
46 a 50	10106	6,15 %	91,49 %
51 a 55	7309	4,45 %	95,94 %
56 a 60	4879	2,97 %	98,91 %
61 a 65	1688	1,03 %	99,93 %
66 o >	431	0,26 %	100,00 %
Total	164301	100,00 %	

Tabla N° 6: distribución etaria de las pacientes de sexo femenino.

rangos en años	n	%	% acumulativo	% sobre el total de la muestra
< 1	8521	10,29 %	10,29 %	5,19 %
1 a 5	10529	12,71 %	23,00 %	6,41 %
6 a 10	5222	6,30 %	29,30 %	3,18 %
11 a 15	5147	6,21 %	35,52 %	3,13 %
16 a 20	8017	9,68 %	45,20 %	4,88 %
21 a 25	7607	9,18 %	54,38 %	4,63 %
26 a 30	7805	9,42 %	63,80 %	4,75 %
31 a 35	7583	9,15 %	72,95 %	4,62 %
36 a 40	6951	8,39 %	81,34 %	4,23 %
41 a 45	5797	7,00 %	88,34 %	3,53 %
46 a 50	4607	5,56 %	93,90 %	2,80 %
51 a 55	2866	3,46 %	97,36 %	1,74 %
56 a 60	1425	1,72 %	99,08 %	0,87 %
61 a 65	555	0,67 %	99,75 %	0,34 %
66 o >	207	0,25 %	100,00 %	0,13 %
Total	82839	100,00 %		50,42 %

Tabla N° 7: distribución etaria de los pacientes de sexo masculino.

rangos en años	n	%	% acumulativo	% sobre el total de la muestra
< 1	9768	11,99 %	11,99 %	5,95 %
1 a 5	11502	14,12 %	26,11 %	7,00 %
6 a 10	5318	6,53 %	32,64 %	3,24 %
11 a 15	3924	4,82 %	37,45 %	2,39 %
16 a 20	3904	4,79 %	42,25 %	2,38 %
21 a 25	6923	8,50 %	50,75 %	4,21 %
26 a 30	6364	7,81 %	58,56 %	3,87 %
31 a 35	6574	8,07 %	66,63 %	4,00 %
36 a 40	6417	7,88 %	74,51 %	3,91 %
41 a 45	6015	7,38 %	81,89 %	3,66 %
46 a 50	5499	6,75 %	88,64 %	3,35 %
51 a 55	4443	5,45 %	94,09 %	2,70 %
56 a 60	3454	4,24 %	98,33 %	2,10 %
61 a 65	1133	1,39 %	99,72 %	0,69 %
66 o >	224	0,27 %	100,00 %	0,14 %
Total	81462	100,00 %		49,58 %

La composición de la muestra en cuanto al total de consultas y de códigos obtenidos, recuérdese que se definió un máximo de 5 códigos por consulta, se describe en la tabla N° 8.

Tabla N° 8: consultas y códigos utilizados en la muestra.

Total de consultas	164301
Total de códigos	174991
Tasa de códigos por consulta	1.07

La composición de la muestra en cuanto a códigos de la CIPSAP, códigos definidos por el autor (atinentes a la estrategia de implementación) que sesgan el análisis epidemiológico de la muestra ('9999' OTROS y '0000' AUSENTE) y los errores ocurridos durante el proceso de carga, se describen en la tabla N° 9.

Tabla N° 9: composición del total de códigos.

Descripción	n	% códigos	% consultas
códigos CIPSAP	131554	75,18 %	
OTROS (9999)	29064	16,61 %	
CONSULTA ODONTOLÓGICA(9998)	515	0,29 %	
AUSENTE (0000)	13290	7,59 %	8.09
ERROR (código inexistente)	568	0,32 %	0.35
Total	174991	100.00 %	

La distribución de consultas por CEMAPs y su porcentaje con respecto al total de consultas se detalla en la tabla N° 10.

Tabla N° 10: distribución de consultas por CEMAP.

CEMAP	n	%
ROSARIO	26265	15,99 %
CÓRDOBA	18361	11,18 %
SAN MARTÍN (BS. AS.)	14601	8,89 %
QUILMES	13809	8,40 %
ZONA NORTE(BS. AS.) ACASUSSO	10907	6,64 %
MORENO	10621	6,46 %
MONTE GRANDE	7893	4,80 %
AVELLANEDA	7806	4,75 %
SAN LORENZO	6390	3,89 %
SANTA FE	5669	3,45 %
LOMAS DE ZAMORA	5275	3,21 %
LA PLATA	3822	2,33 %
MAR DEL PLATA	3765	2,29 %
SAN NICOLÁS	3438	2,09 %
SALTA	2769	1,69 %
CAPITAL FEDERAL	2567	1,56 %
CORRIENTES	2358	1,44 %
CHACO	2354	1,43 %
CAMPANA	1664	1,01 %
SANTIAGO DEL ESTERO	1496	0,91 %
CATAMARCA	1474	0,90 %
TUCUMAN	1358	0,83 %
MENDOZA	1357	0,83 %
SAN LUIS	1220	0,74 %
MORÓN	1139	0,69 %
JUJUY	993	0,60 %
NEUQUÉN	653	0,40 %
POSADAS	637	0,39 %

Tabla N° 10: (continuación)

CEMAP	n	%
RÍO TERCERO	454	0,28 %
PARANÁ	425	0,26 %
VILLA MARÍA	409	0,25 %
GENERAL PICO	403	0,25 %
RÍO CUARTO	352	0,21 %
SANTA CRUZ	352	0,21 %
ALTO PARANÁ	349	0,21 %
SAN JUSTO	290	0,18 %
BAHÍA BLANCA	183	0,11 %
SAN FRANCISCO	268	0,16 %
LA PAMPA	123	0,07 %
LA RIOJA	32	0,02 %
Total	164301	100,00 %

La distribución de consultas, códigos y tasa de códigos/consulta por rango de edad se detalla en la tabla N° 11.

Tabla N° 11: descripción por rangos de edades de la distribución de consultas, códigos y tasa de códigos/consulta.

rango de edad	n consultas	n códigos	tasa de códigos/consultas
0	18289	20393	1,12
1 a 5	22031	23800	1,08
6 a 10	10540	11258	1,07
11 a 15	9071	9510	1,05
16 a 50	90063	94590	1,05
51 a 55	7309	7835	1,07
56 a 60	4879	5283	1,08
61 a 65	1688	1853	1,10
66 o >	431	469	1,08
Total	164301	174991	1,07

La descripción de los 50 problemas por los cuales más frecuentemente consultó nuestra población, su número, sus porcentajes relativos y acumulativos con respecto al total de códigos sin sesgo (n=131554) se muestran en la tabla N° 12, en el apéndice incluido al final del presente informe se detalla la tabla completa.

Tabla N° 12: descripción de los 50 problemas por los cuales más frecuentemente consultó nuestra población.

N° de orden	Código	Descripción	n	%	% acumulado
1	460-	INFECCIÓN AGUDA TRACTO RESP SUP	21382	16,25 %	16,25 %
2	V70-	EXAMEN MEDICO	20493	15,58 %	31,83 %
3	V220	CUIDADO PRENATAL	10015	7,61 %	39,44 %
4	7242	DOLOR ESPALDA SIN SINT IRRADIADOS	5914	4,50 %	43,94 %
5	466-	BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS, AGUDAS	2824	2,15 %	46,08 %
6	401-	HIPERTENSIÓN NO COMPLICADA	2665	2,03 %	48,11 %
7	7890	DOLOR ABDOMINAL	2543	1,93 %	50,04 %

Tabla N° 12: (continuación)

N° de orden	Código	Descripción	n	%	% acumulado
8	V680	CARTAS, FORMAS, RECETAS SIN EXAMEN	2285	1,74 %	51,78 %
9	7194	DOLOR O RIGIDEZ EN ARTIC.	2203	1,67 %	53,45 %
10	V999	PROB. NC EN CODIG. DEL 008- AL V629	1972	1,50 %	54,95 %
11	536-	OTRAS ENF/DESORD ESTOMAGO + DUODENO	1947	1,48 %	56,43 %
12	3820	OTITIS MEDIA AGUDA	1863	1,42 %	57,85 %
13	V701	PAPANICOLAOU	1794	1,36 %	59,21 %
14	7244	DOLOR ESPALDA CON SINT IRRADIADOS	1750	1,33 %	60,54 %
15	493-	ASMA	1564	1,19 %	61,73 %
16	378-	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS	1510	1,15 %	62,88 %
17	487-	INFLUENZA	1275	0,97 %	63,85 %
18	595-	CISTITIS + INFECCIONES URINARIAS NE	1268	0,96 %	64,81 %
19	463-	AMIGDALITIS AGUDA	1256	0,95 %	65,77 %
20	7840	DOLORES DE CABEZA	1195	0,91 %	66,67 %
21	250-	DIABETES MELLITUS	1099	0,84 %	67,51 %
22	367-	ERRORES DE REFRACCIÓN	1092	0,83 %	68,34 %
23	723-	SÍNDROME DE LA COLUMNA CERVICAL	962	0,73 %	69,07 %
24	V24-	CUIDADO POSTNATAL	953	0,72 %	69,80 %
25	009-	ENF INTESTINAL SUPUESTA INFECCIOSA	944	0,72 %	70,51 %
26	6918	DERMATITIS ALÉRGICA + ECZEMA	935	0,71 %	71,22 %
27	7865	DOLOR DE PECHO	931	0,71 %	71,93 %
28	558-	SINDR COLON IRRIT/DESORD INTEST NC	801	0,61 %	72,54 %
29	7862	TOS	796	0,61 %	73,15 %
30	6260	MENSTRUACIÓN RARA, AUSENTE O ESCASA	792	0,60 %	73,75 %
31	V101	CONTROL ULTERIOR ENF AGUDA	759	0,58 %	74,33 %
32	278-	OBESIDAD	688	0,52 %	74,85 %
33	V256	CONSEJO ANTICONCEPTIVO	679	0,52 %	75,36 %
34	7808	SUDORACIÓN EXCESIVA	657	0,50 %	75,86 %
35	461-	SINUSITIS AGUDA Y CRÓNICA	642	0,49 %	76,35 %
36	519-	OTRAS ENF DEL APARATO RESPIRATORIO	622	0,47 %	76,82 %
37	280-	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	610	0,46 %	77,29 %
38	3000	DESORDENES DE ANSIEDAD	591	0,45 %	77,74 %
39	574-	ENF VESÍCULA BILIAR + TRACTO BILIAR	580	0,44 %	78,18 %
40	V10-	OBS/CUID OTROS PACIENT ALTO RIESGO	537	0,41 %	78,59 %
41	7806	FIEBRE POR CAUSAS NO DETERMINADAS	531	0,40 %	78,99 %
42	7821	SARPULLIDO+ERUPCION NO ESPECIF PIEL	526	0,40 %	79,39 %
43	7870	NAUSEA/VOMITO	503	0,38 %	79,77 %
44	486-	NEUMONÍA	470	0,36 %	80,13 %
45	3720	CONJUNTIVITIS Y OFTALMÍA	469	0,36 %	80,49 %
46	7881	DISURIA	455	0,35 %	80,83 %
47	7804	MAREO + VÉRTIGO	439	0,33 %	81,17 %
48	6161	VULVITIS, VAGINITIS NE	400	0,30 %	81,47 %
49	7962	PRESIÓN SANGUÍNEA ELEVADA	395	0,30 %	81,77 %
50	402-	HIPERTENSIÓN INVOLUCRA ORGAN/BLANCO	387	0,29 %	82,06 %

En la tabla N° 13 se describen los códigos que no fueron utilizados.

Tabla 13: descripción de los códigos no utilizados

Nº de orden	Código	Descripción	n
370	294-	PSICOSIS ORGÁNICA EXCL ALCOHÓLICA	0
371	340-	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	0
372	5110	PLEURESÍA TODOS LOS TIPOS EXCL TBC	0
373	V102	CONTROL ULTERIOR ENF CRÓNICA	0

La descripción de los 10 problemas por los cuales más frecuentemente consultó nuestra población, según rangos de edades, su número, sus porcentajes relativos y acumulativos con respecto al total de códigos sin sesgo (n=131554) para cada rango se muestran en las tablas N° 14 a N° 22. En el apéndice incluido al final del presente informe se detallan las tablas completas para cada rango etario.

Tabla N° 14: descripción de problemas en pacientes menores de 1 año.

Nº de orden	Código	descripción	n	%	% acumul
1	V70-	EXAMEN MEDICO	7661	44,70 %	44,70 %
2	460-	INFECCION AGUDA TRACTO RESP SUP	3833	22,37 %	67,07 %
3	466-	BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS, AGUDAS	650	3,79 %	70,86 %
4	V24-	CUIDADO POSTNATAL	419	2,44 %	73,30 %
5	3820	OTITIS MEDIA AGUDA	384	2,24 %	75,54 %
6	493-	ASMA	296	1,73 %	77,27 %
7	009-	ENF INTESTINAL SUPUESTA INFECCIOSA	251	1,46 %	78,74 %
8	519-	OTRAS ENF DEL APARATO RESPIRATORIO	162	0,95 %	79,68 %
9	V680	CARTAS, FORMAS, RECETAS SIN EXAMEN	144	0,84 %	80,52 %
10	7808	SUDORACION EXCESIVA	127	0,74 %	81,26 %

Tabla N° 15: descripción de problemas en pacientes de 1 a 5 años.

Nº de orden	Código	descripción	n	%	% acumul
1	460-	INFECCION AGUDA TRACTO RESP SUP	5745	29,69 %	29,69 %
2	V70-	EXAMEN MEDICO	3882	20,06 %	49,75 %
3	466-	BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS, AGUDAS	1021	5,28 %	55,02 %
4	3820	OTITIS MEDIA AGUDA	591	3,05 %	58,08 %
5	493-	ASMA	509	2,63 %	60,71 %
6	463-	AMIGDALITIS AGUDA	342	1,77 %	62,48 %
7	009-	ENF INTESTINAL SUPUESTA INFECCIOSA	322	1,66 %	64,14 %
8	7862	TOS	287	1,48 %	65,62 %
9	V24-	CUIDADO POSTNATAL	249	1,29 %	66,91 %
10	7808	SUDORACION EXCESIVA	247	1,28 %	68,19 %

Tabla N° 16: descripción de problemas en pacientes de 6 a 10 años.

N° de orden	Código	descripción	n	%	% acumul
1	460-	INFECCION AGUDA TRACTO RESP SUP	1956	23,62 %	23,62 %
2	V70-	EXAMEN MEDICO	1262	15,24 %	38,86 %
3	V680	CARTAS, FORMAS, RECETAS SIN EXAMEN	309	3,73 %	42,59 %
4	3820	OTITIS MEDIA AGUDA	245	2,96 %	45,55 %
5	466-	BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS, AGUDAS	238	2,87 %	48,43 %
6	493-	ASMA	209	2,52 %	50,95 %
7	7890	DOLOR ABDOMINAL	208	2,51 %	53,46 %
8	378-	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS	157	1,90 %	55,36 %
9	463-	AMIGDALITIS AGUDA	152	1,84 %	57,19 %
10	V999	PROB. NC EN CODIG. DEL 008- AL V629	137	1,65 %	58,85 %

Tabla N° 17: descripción de problemas en pacientes de 11 a 15 años.

N° de orden	Código	descripción	n	%	% acumul
1	V70-	EXAMEN MEDICO	1383	19,84 %	19,84 %
2	460-	INFECCION AGUDA TRACTO RESP SUP	1031	14,79 %	34,63 %
3	V680	CARTAS, FORMAS, RECETAS SIN EXAMEN	437	6,27 %	40,90 %
4	7890	DOLOR ABDOMINAL	208	2,98 %	43,89 %
5	378-	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS	176	2,53 %	46,41 %
6	7242	DOLOR ESPALDA SIN SINT IRRADIADOS	153	2,20 %	48,61 %
7	466-	BRONQUITIS Y BRONQUIOLITIS, AGUDAS	139	1,99 %	50,60 %
8	367-	ERRORES DE REFRACCION	126	1,81 %	52,41 %
9	7840	DOLORES DE CABEZA	124	1,78 %	54,19 %
10	V999	PROB. NC EN CODIG. DEL 008- AL V629	119	1,71 %	55,89 %

Tabla N° 18: descripción de problemas en pacientes de 16 a 50 años.

N° de orden	Código	descripción	n	%	% acumul
1	V220	CUIDADO PRENATAL	9787	14,27 %	14,27 %
2	460-	INFECCION AGUDA TRACTO RESP SUP	7740	11,28 %	25,55 %
3	V70-	EXAMEN MEDICO	5502	8,02 %	33,58 %
4	7242	DOLOR ESPALDA SIN SINT IRRADIADOS	4755	6,93 %	40,51 %
5	7890	DOLOR ABDOMINAL	1705	2,49 %	42,99 %
6	V701	PAPANICOLAOU	1661	2,42 %	45,42 %
7	401-	HIPERTENSION NO COMPLICADA	1593	2,32 %	47,74 %
8	7194	DOLOR O RIGIDEZ EN ARTIC.	1591	2,32 %	50,06 %
9	536-	OTRAS ENF/DESORD ESTOMAGO + DUODENO	1469	2,14 %	52,20 %
10	7244	DOLOR ESPALDA CON SINT IRRADIADOS	1375	2,00 %	54,20 %

Tabla N° 19: descripción de problemas en pacientes de 51 a 55 años.

N° de orden	Código	descripción	n	%	% acumul
1	460-	INFECCION AGUDA TRACTO RESP SUP	554	9,83 %	9,83 %
2	401-	HIPERTENSION NO COMPLICADA	482	8,55 %	18,38 %
3	7242	DOLOR ESPALDA SIN SINT IRRADIADOS	470	8,34 %	26,72 %
4	V70-	EXAMEN MEDICO	372	6,60 %	33,32 %
5	7194	DOLOR O RIGIDEZ EN ARTIC.	214	3,80 %	37,11 %
6	250-	DIABETES MELLITUS	195	3,46 %	40,57 %
7	7244	DOLOR ESPALDA CON SINT IRRADIADOS	176	3,12 %	43,70 %
8	536-	OTRAS ENF/DESORD ESTOMAGO + DUODENO	141	2,50 %	46,20 %
9	7890	DOLOR ABDOMINAL	120	2,13 %	48,33 %
10	V999	PROB. NC EN CODIG. DEL 008- AL V629	119	2,11 %	50,44 %

Tabla N° 20: descripción de problemas en pacientes de 56 a 60 años.

N° de orden	Código	descripción	n	%	% acumul
1	401-	HIPERTENSION NO COMPLICADA	377	9,62 %	9,62 %
2	460-	INFECCION AGUDA TRACTO RESP SUP	363	9,26 %	18,88 %
3	7242	DOLOR ESPALDA SIN SINT IRRADIADOS	304	7,76 %	26,64 %
4	V70-	EXAMEN MEDICO	299	7,63 %	34,28 %
5	250-	DIABETES MELLITUS	179	4,57 %	38,84 %
6	7194	DOLOR O RIGIDEZ EN ARTIC.	116	2,96 %	41,80 %
7	7244	DOLOR ESPALDA CON SINT IRRADIADOS	113	2,88 %	44,69 %
8	723-	SINDROME DE LA COLUMNA CERVICAL	101	2,58 %	47,27 %
9	378-	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS	79	2,02 %	49,28 %
10	536-	OTRAS ENF/DESORD ESTOMAGO + DUODENO	76	1,94 %	51,22 %

Tabla N° 21: descripción de problemas en pacientes de 61 a 65 años.

N° de orden	Código	descripción	n	%	% acumul
1	401-	HIPERTENSION NO COMPLICADA	152	11,52 %	11,52 %
2	460-	INFECCION AGUDA TRACTO RESP SUP	131	9,93 %	21,45 %
3	V70-	EXAMEN MEDICO	103	7,81 %	29,26 %
4	7242	DOLOR ESPALDA SIN SINT IRRADIADOS	82	6,22 %	35,48 %
5	250-	DIABETES MELLITUS	67	5,08 %	40,56 %
6	7194	DOLOR O RIGIDEZ EN ARTIC.	48	3,64 %	44,20 %
7	7244	DOLOR ESPALDA CON SINT IRRADIADOS	36	2,73 %	46,93 %
8	536-	OTRAS ENF/DESORD ESTOMAGO + DUODENO	33	2,50 %	49,43 %
9	378-	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS	32	2,43 %	51,85 %

Tabla N° 21: continuación

10	V999	PROB. NC EN CODIG. DEL 008- AL V629	30	2,27 %	54,13 %
----	------	-------------------------------------	----	--------	---------

Tabla N° 22: descripción de problemas en pacientes de 66 o más años.

N° de orden	Código	descripción	n	%	% acumul
1	460-	INFECCION AGUDA TRACTO RESP SUP	29	8,43 %	8,43 %
2	V70-	EXAMEN MEDICO	29	8,43 %	16,86 %
3	250-	DIABETES MELLITUS	19	5,52 %	22,38 %
4	401-	HIPERTENSION NO COMPLICADA	19	5,52 %	27,91 %
5	7194	DOLOR O RIGIDEZ EN ARTIC.	14	4,07 %	31,98 %
6	7242	DOLOR ESPALDA SIN SINT IRRADIADOS	13	3,78 %	35,76 %
7	3000	DESORDENES DE ANSIEDAD	10	2,91 %	38,66 %
8	402-	HIPERTENSION INVOLUCRA ORGAN/BLANCO	9	2,62 %	41,28 %
9	367-	ERRORES DE REFRACCION	7	2,03 %	43,31 %
10	378-	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS	7	2,03 %	45,35 %

Como fue descrito en Material y Métodos, el código ‘9999’ OTROS se agregó a la lista de 56 problemas definida arbitrariamente por el autor, para consignar aquellos problemas no contemplados en la citada lista. El citado código se utilizó como variable para evaluar el resultado de la estrategia de implementación, la hipótesis planteada fue la disminución de la utilización del mismo con el transcurso del tiempo. En la tabla N° 23 se describe la evolución mensual de la

utilización del código '9999' OTROS y el porcentaje que representó en el total de códigos utilizados en el periodo correspondiente.

Tabla N° 23: evolución de la utilización del código '9999' OTROS y su porcentaje en el total de códigos

Periodo	n códigos	n 9999 (OTROS)	%
1	7719	2588	33,53 %
2	6815	1964	28,82 %
3	9661	2142	22,17 %
4	10153	2012	19,82 %
5	18540	3260	17,58 %
6	25049	4153	17,05 %
7	28959	3890	13,43 %
8	25602	3487	13,62 %
9	25853	3532	13,66 %
10	16463	2036	12,37 %
11	177	0	0,00 %
Total	174991	29064	

DISCUSIÓN

Muestra:

En las tablas N° 5 a N° 7, se describió la distribución etaria y la distribución por sexo de la muestra. En la tabla N° 5, se observa que el 36,67 % de la muestra se concentra entre los 0 y 15 años, y que los menores de 51 años constituyen el 91,49 %, por lo tanto, considerando que la muestra estudiada es representativa, podemos afirmar que la población que consulta es joven.

Si analizamos la misma información discriminada por sexos (tablas N° 6 y N° 7), se observa que en el sexo femenino el 35,52 % de las consultas se concentra entre los 0 y 15 años, y que el 93,40 % corresponde a menores de 51 años. En el sexo masculino el 37,45 % de las consultas se concentra entre los 0 y 15 años, y que el 88,64 % corresponde a menores de 51 años.

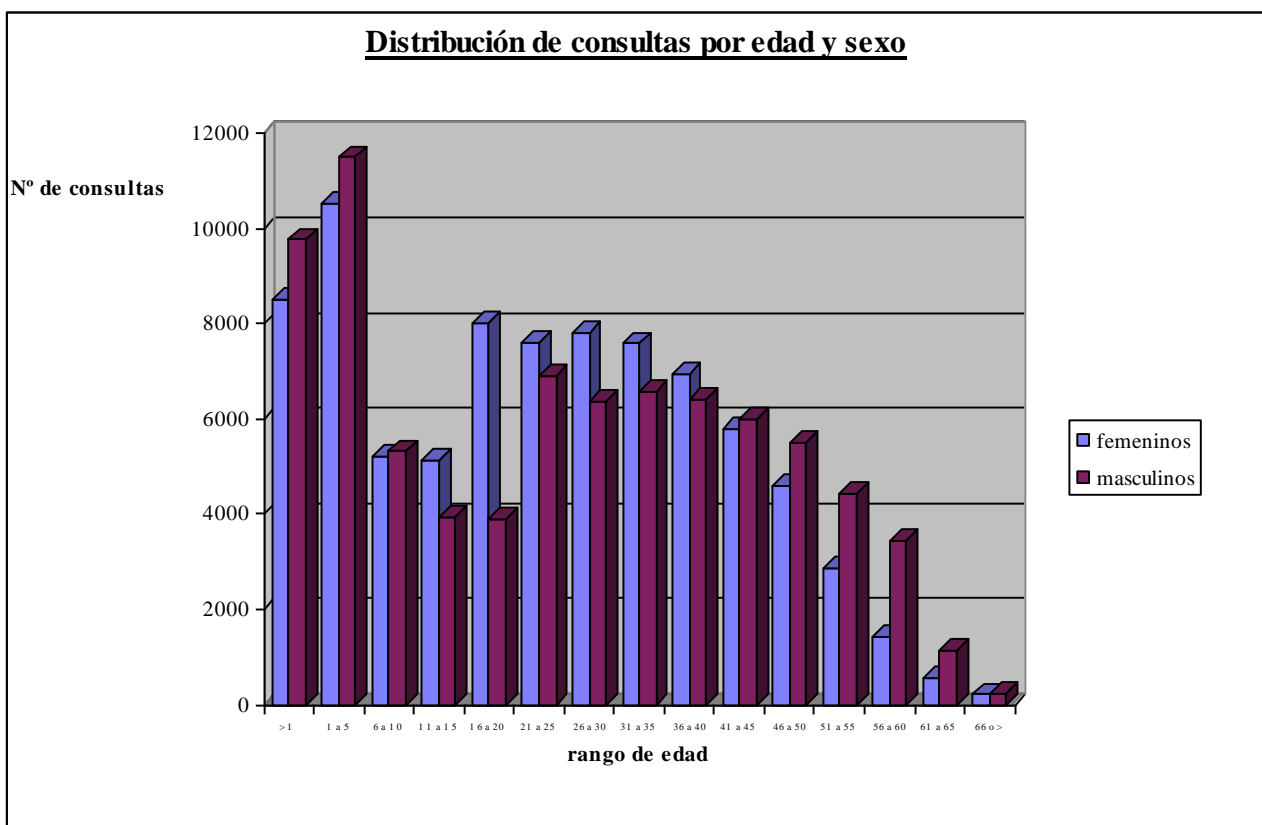


Gráfico 1: distribución de consultas por rangos de edad y sexo

En el gráfico N° 1 se observa que las mujeres consultan más frecuentemente en la edad fértil, en tanto que los hombres lo hacen en los extremos de la vida. Otro aspecto destacable es la caída del número de consultas que se observa en la edad escolar (6 a 15 años).

Frecuencia de los Problemas de Salud:

En la tabla N° 12 se detallan los resultados correspondientes al primer objetivo de este trabajo “Conocer las frecuencias de los Problemas de Salud por los cuales consulta nuestra población”. Es destacable la participación de aquellos problemas que hacen a la prevención, así en orden de frecuencia encontramos con el N° 2 ‘Examen médico’ (15,58 %) , con el N° 3 ‘Cuidado Prenatal’ (7,61 %), con el N° 24 ‘Cuidado postnatal’ (0,72 %) y con el N° 33 ‘Consejo Anticonceptivo’ (0,52%). Es importante aclarar en cuanto al ‘Cuidado posnatal’ que los partos no se llevan a cabo en los CEMAPs.

En las tablas N° 14 a N° 22 se describen los problemas de salud en los distintos rangos etarios. En dichas tablas se observó:

1. El “Examen médico” ocupó el 1° a 4° lugar en frecuencia en todos los rangos etarios.
2. La “Infección Aguda del tracto respiratorio superior” ocupó el 1° o 2° lugar en frecuencia en todos los rangos etarios.
3. La “Bronquitis y bronquiolitis agudas” se observaron entre los 7 primeros problemas más frecuentes hasta los 15 años (0 a 5 años N° 3; 6 a 10 años N° 5; 11 a 15 años N° 7).
4. La “Otitis media aguda” ocupó el 3° o 4° lugar entre los 0 y 10 años.
5. El “Asma” ocupó el 5° o 6° lugar entre los 0 y 10 años.
6. La “Enfermedad intestinal supuestamente infecciosa” ocupó el 7° lugar hasta los 5 años.
7. Entre los 16 y 50 años el problema más frecuente fue el “Cuidado prenatal”, a pesar de que en la tabla no se discrimina por sexos.
8. En la etapa media de la vida, 16 a 50 años, comienzan a predominar las enfermedades crónicas, aumentando su frecuencia a medida que aumenta la edad. La “Hipertensión no complicada ocupó el 7° lugar entre los 16 y 50 años, escalando al 1° entre los 61 a 65 años, luego (66 o más años) cayó en frecuencia a expensas de la aparición en 8° lugar de la “Hipertensión que involucra órgano blanco”.
9. La “Diabetes mellitus” ocupó el 5° o 6° lugar entre los 51 a 65 años.
10. El “Dolor de espalda sin síntomas irradiados” ocupó el 3° o 4° lugar entre los 51 a 65 años cayendo al 7° lugar en los 66 o más años, en tanto que el “Dolor de espalda con síntomas irradiados” ocupó el 10° lugar entre los 16 a 50 años y ascendió al 7° puesto entre los 51 a 65 años.

De las observaciones apuntadas se desprende: a) actitud preventiva del equipo de salud al ser el “Examen médico” uno de los 4 problemas más frecuentes en todas las edades. b) en la primera etapa de la vida predominan los problemas agudos, especialmente del aparato respiratorio. c) en la etapa media de la vida el problema más frecuente es el Cuidado Prenatal. d) en la tercera edad predominan los problemas crónicos, especialmente hipertensión arterial, el dolor de espalda con y sin síntomas irradiados que probablemente se relacione con el tipo de actividad laboral desempeñada (obreros de la construcción) y la diabetes mellitus.

A fin de comparar nuestra muestra con otras experiencias, dado el tamaño de esta, lo haremos con el estudio de Taiwan²⁴ (n=14064) mediante la tabla N° 24, haciendo la salvedad que nuestros CEMAPs no funcionan como centros de vacunación.

Tabla N° 24: comparación de orden de frecuencia de problemas entre estudio de Taiwan²⁴ y nuestro estudio. (>40 = problemas con N° de orden mayor de 40).

PROBLEMA	N° orden estudio de Taiwan	N° de orden este estudio
Examen Médico	1	2
Cistitis + Infección urinaria NE	2	18
Dolor Abdominal	3	7
HTA no complicada	4	6
Vacunación	5	> 40
Portador de Hepatitis B	6	> 40
Dolor de espalda	7	4
Desordenes de ansiedad	8	38
Hepatitis viral	9	> 40
Sme de Colon Irritable	10	28

Como se observa en la tabla N° 24, es notable la diferencia de problemas por la que consultan estas dos poblaciones, lo que resalta la necesidad de conocer los problemas de salud locales a fin de programar las acciones de salud adecuadas a nuestra población.

A pesar de la diferencia de tamaño muestral compararé nuestra muestra con el estudio de Buenos Aires²⁵ (n=1712) (tabla N° 25), ya que ambas muestras pertenecen al mismo país, aunque el estudio mencionado comprende población de una sola ciudad, en tanto que el presente consideró consultas correspondientes a 40 localidades. Los autores hacen la aclaración de haber incluido un código en la lista de la CIPSAP-2 con la denominación de “Síntoma Somático Funcional”, definiéndolo como sigue: *“esta denominación se aplica cuando existe insuficiente evidencia objetiva de una alteración fisiopatológica que explique el síntoma o signo que presenta el*

paciente. También se utiliza para designar a las situaciones clínicas donde el discomfort y la alteración de la función son marcadamente desproporcionadas con el grado de patología orgánica existente”.

Tabla N° 25; comparación de orden de frecuencia de problemas entre estudio de Buenos Aires²⁵ y nuestro estudio.

PROBLEMA	N° orden estudio de Buenos Aires	N° de orden este estudio
Síntoma somático funcional	1	N C
HTA no complicada	2	6
Dolor Abdominal	3	7
Dolor de espalda sin sint irradiad	4	4
Sign. Sint. Est. Morb. mal definidos NC	5	63
Obesidad	6	32
Infección aguda Tracto Respirat. superior	7	1
Influenza	8	17
Dolores de cabeza	9	20
Otras Enf. desord. Estómago + Duodeno	10	11

Se consigna como N C el problema ‘Síntoma somático funcional’ que no figura en la tabla de la CIPSAP-2

Como se observa en la tabla N° 25, a pesar de pertenecer al mismo país es notable la diferencia de problemas por la que consultan estas dos poblaciones.

Evaluación de la estrategia de implementación del Sistema de Codificación:

En lo atinente al segundo objetivo de este trabajo ‘Evaluar el resultado de la estrategia de implementación del sistema de codificación’, los resultados arrojan para el código ‘9999’ OTROS un porcentaje del 16,61 % del total de códigos. En la tabla N° 23 se describe la evolución mensual de la utilización del código ‘9999’ OTROS, definido como variable para la evaluación de dicha estrategia, y el porcentaje que representó en el total de códigos utilizados en el periodo correspondiente. En dicha tabla se observa la disminución progresiva del uso de ‘9999’ desde 33,53 % en enero hasta 12,37 % en octubre (el mes de noviembre no se tomó en cuenta dada la escasa cantidad de consultas y códigos registrados), este descenso coincide con la hipótesis planteada, por lo que la estrategia de implementación del sistema de codificación se considera exitosa por haberse producido una utilización creciente de códigos de la CIPSAP-2.

Otras Consideraciones acerca de la estrategia de implementación del Sistema de Codificación:

La tasa de códigos por consulta fue de 1.07 del total de códigos, dicha tasa no satisface nuestras expectativas aunque debemos tener en cuenta que nos encontramos en la etapa

inicial del proceso de implementación del sistema de codificación y que los problemas de salud fueron codificados tanto por médicos de familia, como por todos los otros especialistas que se desempeñan en los CEMAPs, a diferencia de otras experiencias en que solo codificaron los médicos de familia. En el estudio de Casal y col.²⁵ la tasa de códigos por consulta es de 1,86. En un estudio sobre Problemas de salud detectados en niños sanos de 0 a 6 años realizado en España²⁶ se consigna una tasa de códigos por consulta de 0,78 aunque para el cálculo de dicha tasa no toman en cuenta la consulta de control en si misma y excluyen los problemas agudos, por lo tanto dicha tasa debería ser un número mucho mayor, al menos 1,78 si se incluyera la consulta de control como problema.

El porcentaje de códigos cargados erróneamente fue del 0.32 % del total de códigos, por lo tanto el porcentaje de errores es mínimo y el proceso de carga es eficiente.

Trascendencia del estudio:

Según Hulley y Cummings²⁷ un pregunta o problema a investigar debe ser:

1. Factible.
 1. a) Adecuado número de sujetos
 1. b) Abordable en tiempo y dinero
 1. c) Controlable en su espectro.
2. Interesante para el investigador.
3. Novedoso.
 3. a) Confirma o refuta hallazgos previos.
 3. b) Extiende conocimientos previos.
 3. c) Aporta nuevos conocimientos.
4. Ético.
5. Relevante.
 5. a) Para el conocimiento científico.
 5. b) Para la clínica o las políticas sanitarias.
 5. c) Para futuras líneas de investigación.

El presente estudio fue factible ya que se logró reunir una muestra de gran tamaño, sin ocasionar gastos extras a la Obra Social. Esto se logró gracias a que se incluyó la codificación de

los problemas de salud en el tiempo de la consulta y a que se utilizaron los sistemas informáticos que estaban en uso con ligeras modificaciones para la carga de los códigos resultantes. El mayor esfuerzo se volcó en el entrenamiento del personal que debió codificar y cargar la información, es por eso que se diseñó la ya citada estrategia de implementación para poder hacerlo efectivamente sin obstaculizar en ningún caso la tarea asistencial y lograr el apoyo y adhesión del personal.

Este estudio es novedoso al aportar nuevos conocimientos a la institución y a la comunidad científica en general acerca de las características demográficas y de la composición de las consultas que se realizan en nuestro sistema de salud.

Es ético ya que no se invade la privacidad ni se ha puesto en riesgo la salud de los pacientes.

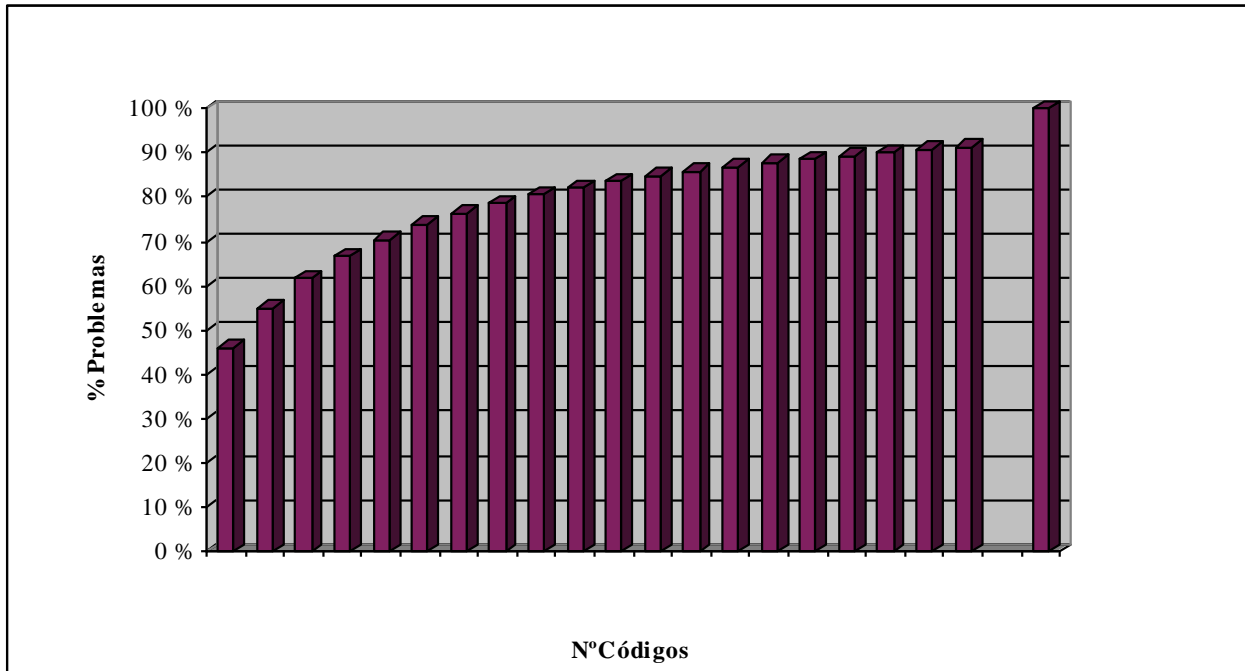
Es relevante al enriquecer el conocimiento científico. En lo que hace a nuestra institución este estudio será la base de: a) la formulación de políticas sanitarias, b) el desarrollo de futuras líneas de investigación en los aspectos clínicos y de la estructura del sistema de salud, c) el diseño de programas educativos tanto para el equipo de salud (formación continua) como para la comunidad.

En el campo programático y teniendo en cuenta la modalidad de consulta de la muestra estudiada, los mayores esfuerzos del programa deben dirigirse hacia los programas de prevención relacionados a la población materno - infantil y de prevención del cáncer cervical y mamario. Los esfuerzos relacionados a la captación de pacientes que no consultan, deben estar dirigidos a los hombres en edad laboral activa y a la población mayor de 51 años y en edad escolar en general. En estos grupos los aspectos preventivos deben estar orientados, hacia la educación en salud en la población en edad escolar y hombres en edad laboral activa, prevención de accidentes de trabajo en hombres en edad laboral activa y prevención secundaria y rehabilitación en mayores de 51 años.

En lo que se relaciona con programas educativos, en la tabla N° 12 y en el gráfico N° 2 se observa que el 80 % de los problemas de salud de nuestra muestra se concentran en 44 problemas, esta análisis resulta útil a fin de diseñar acciones en salud y programar actividades de

formación continua de nuestro equipo de salud y educación de la comunidad centrados en estos problemas de mayor frecuencia.

Gráfico N° 2: N° de códigos por porcentaje de problemas del total de la muestra (el 80 % de los problemas está contenido en 44 códigos)



Es importante señalar que el presente estudio no ha agotado la totalidad de datos obtenidos, pero el análisis de los mismos escapa de los objetivos planteados y serán motivo de próximos trabajos.

CONCLUSIONES

El conjunto de datos obtenidos permiten afirmar que la estrategia de implementación del sistema de codificación ha sido exitosa, teniendo en cuenta que se está evaluando un proceso dinámico, que este es el primer estudio de evaluación de esta estrategia por lo que sentará un punto de referencia para futuras evaluaciones.

Los datos, observaciones y la experiencia acumulada en la realización del presente estudio posibilitan establecer un perfil de los problemas por los cuales consulta nuestra población, lo que será de suma utilidad en la planificación de acciones de salud, así como en la planificación de las actividades de formación continua de nuestro equipo de salud.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

En noviembre de 1992 se inició el Programa de Atención Primaria Basado en la Medicina Familiar de Obra Social del Personal de la Construcción, produciéndose un gran incremento en la demanda de consultas y prestaciones. Ante el crecimiento de Programa, y siguiendo las etapas de proceso de planificación, surgió la necesidad de conocer la composición de los problemas de salud que originaban las consultas con el objetivo de hacer una adecuada asignación de recursos, programar las actividades de formación continua del equipo de salud, ajustar los planes de prevención en curso y diseñar otros que se ajusten a las necesidades de los pacientes. El conocer el contenido de la atención ambulatoria permite una mejor planificación de los servicios, mejorar y orientar los programas de educación y orientar la investigación. Actualmente la clasificación más difundida en Atención Primaria de la Salud y Medicina Familiar es la CIPSAP-2 definida por lo que fue utilizada.

OBJETIVOS:

1) Conocer las frecuencias relativas de los Problemas de Salud por los cuales consulta nuestra población. 2) Evaluar el resultado de la estrategia de implementación del sistema de codificación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

a) **DISEÑO:** observacional, longitudinal. b) **ÁMBITO DEL ESTUDIO:** fue realizado entre el 2/1 y el 3/11/95 en 40 Centros de Atención Primaria (CEMAP) pertenecientes a O.S.Pe.Con, donde se brinda atención ambulatoria a los obreros de la industria de la construcción y sus grupos familiares. Los CEMAPs cuentan con un sistema informático con el que se adjudican y distribuyen los turnos para las consultas.

b) **MUESTRA:** no probabilística, se codificaron el total de problemas de salud de las 164.301 consultas realizadas en el periodo mencionado.

c) **INSTRUMENTOS:** Para la codificación de los problemas de salud se utilizó la CIPSAP - 2 definida, la lista fue cargada en archivos informáticos (base de datos). Los médicos de los distintos CEMAPs una vez realizada la consulta, codificaron los problemas de salud que las motivaron en el momento de realizada la consulta; estos códigos fueron cargados en el sistema informático por el personal administrativo. Para la utilización de este sistema de codificación se diseñó una estrategia de implementación. El objetivo fue lograr la codificación de todos los problemas de salud, en el menor tiempo posible y facilitar el entrenamiento del personal. La estrategia de implementación consistió en la definición, por parte del autor, de una lista arbitraria de los 56 problemas de mayor

frecuencia en la práctica diaria a los que se agregó el código '9999 = OTROS', para aquellos problemas no contemplados en la lista y el código '0000 = AUSENTE', además se incluyeron en la lista códigos definidos para contemplar la problemática de nuestro país. El objetivo de esta estrategia fue lograr la codificación inicial de al menos estos 58 problemas y gradualmente incorporar el resto de los códigos de la CIPSAP - 2, a medida que el personal se capacitara en su uso. La hipótesis planteada fue que a mayor utilización de códigos debe disminuir la utilización del código '9999 = OTROS'.

d) ELABORACIÓN ESTADÍSTICA: La información se recibió de la administración central de O.S.Pe.Con. cargada en una bases de datos que reúne los datos generados por el programa de turnos de cada CEMAP (Programa propio de O.S.Pe.Con). Para la descripción de la muestra en estudio se utilizaron las siguientes variables: a) Turnos: se consideró un turno a la reserva del tiempo necesario para la realización de una consulta médica sea esta realizada o no. b) Edad: se consignó la edad en años del paciente, adjudicándose el valor 0 cuando esta era menor de un año. C) Sexo. Para la descripción del objetivo 1) se utilizó como variable el/los código/s de CIPSAP-2 asignados en cada consulta. Para el objetivo 2) se utilizó como variable el número de códigos de CIPSAP-2 '9999 = OTROS' utilizados. El análisis de los datos se realizó mediante programas diseñados y escritos por el autor en lenguaje Clipper[®] y Epi Info[®] 6.0 (OMS) para el tratamiento de esta base de datos.

RESULTADOS :

Se analizaron 164301 consultas. El 50,42 % de las consultas fueron de pacientes de sexo femenino, y el 48,58 % fueron de pacientes de sexo masculino. La media de edad en años para el total de la muestra fue de 24,23 +- 18,20 años con una edad mínima de 0 años y una edad máxima de 90 años. Para las pacientes de sexo femenino la media de edad fue de 23,46 +- 17,10 años con una edad mínima de 0 años y una edad máxima de 90 años. Para los pacientes de sexo masculino la media de edad fue de 23,00 +- 19,23 años con una edad mínima de 0 años y una edad máxima de 77 años. El total de consultas fue 164301, el total de códigos cargados fue 174991 por lo que la Tasa de códigos por consulta fue de 1,07. De estos códigos 131554 fueron de la lista de la CIPSAP-2, 29064 fueron OTROS (9999), 13290 fueron AUSENTE (0000) y 568 fueron errores de carga. Los 10 problemas de salud más frecuentes de consulta fueron: 1) Infección aguda del tracto respiratorio superior. 2) Examen médico. 3) Cuidado Prenatal. 4) Dolor de espalda sin síntomas irradiados. 5) Bronquitis y bronquiolitis agudas. 6) Hipertensión no complicada. 7) Dolor abdominal. 8) Cartas, formas, recetas sin examen. 9) Dolor o rigidez en articulación. 10) Problemas no clasificados en la codificación del 008- al V629. El código '9999' observó una disminución del 33,53 % de utilización en el mes de enero a un 12,37 % en octubre.

DISCUSIÓN

El 36,67 % de la muestra se concentra entre los 0 y 15 años, los menores de 51 años constituyen el 91,49 %, por lo que podemos afirmar que la población que consulta es joven. En el sexo femenino el 35,52 % de las consultas se concentra entre los 0 y 15 años, y que el 93,40 % corresponde a menores de 51 años. En el sexo masculino el 37,45 % de las consultas se concentra entre los 0 y 15 años, y que el 88,64 % corresponde a menores de 51 años. Las mujeres consultan más frecuentemente en la edad fértil, en tanto que los hombres lo hacen en los extremos de la vida. Con respecto a los Problemas de Salud por los cuales consulta nuestra población, es destacable la participación de los problemas que hacen a la prevención, en orden de frecuencia encontramos con el N° 2 'Examen médico', con el N° 3 'Cuidado Prenatal', con el N° 24 'Cuidado postnatal' y con el N° 33 'Consejo Anticonceptivo'. La estrategia de implementación del sistema de codificación, se considera exitosa por haberse producido una utilización creciente de códigos de la CIPSAP-2. El porcentaje de códigos cargados erróneamente fue del 0.32 % del total de códigos, se considera el proceso de carga como eficiente.

CONCLUSIONES:

El conjunto de datos obtenidos permiten afirmar que la estrategia de implementación del sistema de codificación ha sido exitosa. Los datos, observaciones y la experiencia acumulada en la realización del presente estudio posibilitan establecer un perfil de los problemas por los cuales consulta nuestra población, esto será de suma utilidad en la planificación de acciones de salud y en la planificación de las actividades de formación continua de nuestro equipo de salud.

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Doctor Gustavo Lanosa.

A las autoridades de la Obra Social del Personal de la Construcción por su permanente apoyo al Programa de Atención Primaria y el ejemplo diario de su vocación de servicio hacia los beneficiarios de la institución.

A los Coordinadores Médicos, profesionales, técnicos y administrativos de los CEMAPs por su entusiasmo y esfuerzo sin el cual este trabajo no hubiera sido posible.

A quienes colaboraron con apoyo, aliento y paciencia: Dr. Jorge Cacace, Dr. Daniel Witkowski, Dr. Rubén Roa, Dr. Enrique Salevsky, Dr. Julio Ceitlin, Lic. Carlos Martínez Salaberry, Lic. Fernando Ulibarri, Sr. Jorge Nakada, Dr. Osvaldo Rico Cordeiro, Lic. Gabriela Grillo, Sr. Sergio Tettamanti.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sonis A. Medicina Sanitaria y Administración de Salud. 4º edición Buenos Aires; El Ateneo 1990:4.
2. Sonis A. Medicina Sanitaria y Administración de Salud. 4º edición Buenos Aires; El Ateneo 1990:137.
3. Sonis A. Medicina Sanitaria y Administración de Salud. 4º edición Buenos Aires; El Ateneo 1990:147.
4. Dawson Report (United Kingdom Mimistry of Health, Consultative Council on Medical and Allied Services). Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied services. London, His Majesty's Stationery Office, Parliamente Command Paper 1920:693.
5. Lamberts H, Wood M. CIAP. Clasificación Internacional en Atención Primaria. Barcelona; Masson,1990:XIII-XVII.
6. Biraud Y. A System of Medical Records for Clinical and Statistical Purposes for Outpatient Clinics, Medical Outposts and Health Centres WHO/HS.103, 3 August, 1960.
7. Fox TF. The personal doctor and his relation to the hospital: observations and reflections on some American experimets in general practice in groups. Lancet 1960;1:88-91.
8. White KL. The medical school's responsibility for teaching family medicine. Medical Care 1963;1:88-91.
9. White KL. General Practice in the United States. J Med Educ 1964;39:335-345.
10. World Health Organization Expert Comittee on General Practice. WHO Technical Report Series No.267. Geneva World Health Organization 1964.
- 11.Rajakumar MK. Prólogo 1: La Clasificación Internacional en Atención Primaria.
- 12.CIPSAP - 2 Definida (Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria). 1º edición en español Buenos Aires: Centro Internacional para la Medicina Familiar, 1986:9-10.
13. OMS. Atención Primaria de la Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata, 1978. Ginebra 1978.
14. Mc Whinney I R. Medicina de Familia. Barcelona; Mosby/Doyma Libros, 1995:12.
15. Berry W. The unsettling of America: Culture and agriculture. New York: Avon Books. 1978.
16. Brown MH. Love Canal and the poisoning of America. Atlantic Monthly, December 1979.
17. Casal E, Vásquez E, Fayanás R. Grupos Diagnósticos: una herramienta para analizar el contenido de la atención médica ambulatoria. Med. & Soc. 1992;15(1):27-31.

18. March A. La estandarización de datos biomédicos. Conceptos Generales. Buenos Aires: Universidad del Salvador, Informática Aplicada a la Salud, Módulo 1: Estandarización en Informática Médica, 1994-1.
19. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. 2º edición Barcelona: Doyma, 1989:212.
20. Linares Gómez V, Serrano Vázquez A, de Frutos Hernansanz MJ, Alvarez de Mon Rego C, Azpiazu Garrido M, López de Castro F. Motivos de consulta en adolescentes. Atención Primaria 1994;13(8):442-5.
21. Jauma Pou RM, Vinamata B. Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud. Atención Primaria 1994;13(6):283-9.
22. Kawamoto R. Health problems of elderly patients in a rural area. Japanese Journal of Geriatrics 1994;31(1):38-44.
23. Liaw ST. Casualty encounters at a small rural hospital. Australian Family Physician 1992;21(4):469-74.
24. Huang CT, Liu HW, Hwang CS. The content of ambulatory family practice in Kaohsiung Medical College Hospital. Kaohsiung Journal of Medical Sciences 1992;8(3):175-84.
25. Casal E, Vázquez E, Fayanás R, Catalano H, Orcese C. Prevalencia de problemas de salud en atención primaria del adulto. Med & Soc 1991;14(1):17-22.
26. Sánchez de Dios M, del Castillo Sanz T, Alonso Fraile M, Machín Valtueña M, Ortega García R, Gonzalo Alfaro MT, Problemas de salud detectados en las revisiones del niño sano. Atención Primaria 1993;11(9):58-60.
27. Hulley S, Cummings S. Designing Clinical Research. An Epidemiological Approach. Baltimore ; Wilkins & Wilkins, 1988 :14.