



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

ACEVEDO F., ALBERTO; VITERBO S., AQUILES; LOMBARDI S., JUAN; REYES H., EDUARDO;
DELLEPIANE T., VERÓNICA

El desarrollo de centros quirúrgicos descentralizados y su impacto en la accesibilidad a la cirugía
herniaria

Revista Chilena de Cirugía, vol. 59, núm. 2, abril-, 2007, pp. 161-163

Sociedad de Cirujanos de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531923015>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DOCUMENTOS

El desarrollo de centros quirúrgicos descentralizados y su impacto en la accesibilidad a la cirugía herniaria* Ambulatory Surgical Centers developments and groin surgery

Drs. ALBERTO ACEVEDO F.^{1,2}, AQUILES VITERBO S.^{1,2}, JUAN LOMBARDI S.^{1,2},
EDUARDO REYES H.^{1,2}, VERÓNICA DELLEPIANE T.^{1,2}

¹Centro de Referencia de Salud (CRS) Cordillera Oriente. ²Servicio y Departamento de Cirugía del Hospital del Salvador. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

En Latinoamérica se aprecia un profundo proceso de cambio en el sector salud que afecta a proveedores y demandantes de la atención médica¹. El comportamiento de los dos ejes del proceso “el cliente” y el “otorgante” converge en la utilización de los servicios puestos en marcha por la necesidad de solucionar un problema de salud. La utilización de los servicios y sus determinantes tiene mucho que ver con la accesibilidad². La accesibilidad de los pacientes a las acciones de salud está condicionada por una gran diversidad de factores que facilitan u obstaculizan la consulta médica. En Chile, el sector público es responsable de la atención del 73% de la población del país inscrita en la atención primaria de salud (APS), estableciéndose una red de salud que nace en los consultorios externos responsables de la atención primaria, se extiende al nivel secundario de salud constituido por los Centros de Referencia de Salud (CRS) y por los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), y alcanza finalmente a los hospitales públicos, de diversa complejidad. La forma centralizada en que se otorgó la atención médica especializada y que caracterizó a la salud pública en el siglo pasado se ha modificado a partir del último

decenio del siglo XX por la incorporación en el país los CDT y CRS como centros de salud secundarios, descentralizados, intermediarios entre el nivel primario y el terciario.

En el año 1996 se inauguró en Peñalolén el Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente, y en 1998 se inició en este Centro un programa de cirugía mayor ambulatoria con el objeto de iniciar un programa de descentralización de las actividades quirúrgicas. Junto con asumir este proyecto surgió el interés de documentar el efecto de esta iniciativa sobre la accesibilidad a la cirugía. Nos pareció que la cirugía de las hernias inguinales podía ser utilizada como patología trazadora de este efecto. Los resultados de este estudio han sido aceptados para su publicación en la revista de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y constituyen la base de la actual presentación⁵.

La prevalencia de la herniorrafia inguinal se utiliza regularmente en la literatura especializada para dar a conocer la epidemiología del tema⁶⁻¹⁴ y en esta oportunidad hemos querido utilizarla como un parámetro general para medir la accesibilidad de los pacientes a las acciones de salud en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO). Esto está justificado porque las hernias inguinales

*Recibido el 16 de agosto de 2006 y aceptado el 3 de Octubre de 2006.

Correspondencia: Dr Alberto Acevedo F.

Las Torres 5100, Santiago, Chile
Fax 56 2 2350143
email: aacevedof@crsoriente.cl

son en la gran mayoría de los países del mundo la primera causa de consulta quirúrgica y en Chile es la tercera en la población adulta⁶ y la primera en las urgencias del adulto mayor⁴.

En dicha publicación se comparan las herniorrafias efectuadas en los pacientes beneficiarios a la Atención Primaria de Salud (APS) de las comunas de Peñalolén y de Macul, adscritas al CRS Cordillera con las efectuadas en igual período en los pacientes APS de las restantes comunas del SSMO. Los pacientes adscritos a la APS de las comunas de Peñalolén y de Macul fueron 254.168 y los de las restantes comunas del SSMO 236.877.

Los efectos de esta iniciativa se dejaron ver por una elevación progresiva y significativa ($P<0,0001$) de la prevalencia de las herniorrafias inguinales de los pacientes adscritos a la APS, en las comunas de Macul u Peñalolén, que no se apreció en las restantes 6 comunas del SSMO. Se observa igualmente que estas tasas son significativamente mayores en Peñalolén y Macul que en el resto de las comunas consideradas en conjunto, para los años 2003 y 2004, con un $p<0,03$ y $p<0,0005$ respectivamente (Tabla 1). Estas cifras dan cuanta del volumen de pacientes intervenidos, pero también ponen en evidencia la accesibilidad⁸ de los pacientes al tratamiento quirúrgico. La marcada elevación de la prevalencia de herniorrafias inguinales apreciada las comunas de Peñalolén y Macul, desde 134 a 191/100.000 habitantes, similar a la comunicada por los países desarrollados⁷⁻⁹, que no se apreció en las restantes comunas del SSMO, es atribuible a una mejoría de la accesibilidad determinada por la descentralización de las acciones de salud en el SSMO. La elevación de la tasa se consiguió reduciendo la distancia y el tiempo de desplazamiento entre el domicilio de los pacientes y el centro de atención así como el costo de este desplazamiento. Estas circunstancias han hecho expeditas y rápidas la consulta médica, el

tratamiento quirúrgico y el control postoperatorio. Factores que continúan dificultando el acceso a la cirugía son, entre otros, la persistencia del copago en los pacientes asegurados en el FONASA y la implicancia que tiene la licencia médica sobre la actividad laboral de los pacientes en un mercado de trabajo deprimido.

El gran aumento de la prevalencia de cirugía herniaria en USA⁷ con tasas sobre 250/100.000, se ha alcanzado con la implementación por parte de los organismos aseguradores de medidas pragmáticas como los centros de cirugía mayor ambulatoria, que usan preferentemente la anestesia local y que se caracterizan por estar ubicados cerca de la población usuaria. La así llamada "office surgery" es uno de los desarrollos interesantes de la cirugía contemporánea y representa una liberalización de los rígidos cánones de la cirugía clásica a los que están apegados los médicos, la comunidad en general, los entes aseguradores y las instituciones de salud.

Temas como la equidad en el acceso a las acciones de salud han sido tocados en un estudio reciente efectuado en Costa Rica¹⁵. En este país, la existencia de recursos limitados y de calidad deficiente y los cambios demográficos han sido, entre otras causas, el sustento de las reformas efectuadas a la salud pública del país. Éstas se orientaron, en el sector público al acercamiento de los servicios a los demandantes y el acceso de las poblaciones asignadas a éstos. La necesidad de acciones para que la población acceda más fácilmente a la salud ha sido ampliamente analizada por Sánchez y Núñez¹⁵, y el desarrollo por parte del estado de instituciones terciarias de salud altamente tecnificados, destinadas a la atención del paciente agudo y de alta complejidad debe estar convenientemente acompañado de la implementación de centros diagnósticos y terapéuticos, incluyendo la cirugía mayor ambulatoria que se utiliza hoy en día para resolver

Tabla 1

**HERNIORRAFIAS INGUINALES (TOTAL) Y PREVALENCIA (TASA)
POR 100.000 HABITANTES DE LAS HERNIORRAFIAS INGUINALES OPERADAS EN LAS COMUNAS DEL
PEÑALOLÉN Y MACUL (P+M) Y DE LAS 6 COMUNAS RESTANTES (RESTO)**

Año	Total P+M	Tasa P+M	$p(*)$	Total resto	Tasa resto	$p(*)$	$p(**)$
2000	341	134		338	142		ns
2001	363	142	ns	344	127	ns	ns
2002	414	163	ns	340	122	ns	sn
2003	450	177	<0,05	318	118	ns	<0,03
2004	485	191	<0,0001	362	122	ns	<0,0005

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

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

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

REFERENCIAS

1. Arredondo A, Meléndez V. Búsqueda de la atención médica y determinantes de la utilización de Servicios de Salud. Rev Med Chile 2003; 131: 445-453.
2. Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. Sal Pub de México 1985; 27: 435-456.
3. Acevedo A, Lombardi J, Contreras D, Costa F. Gestión del servicio de cirugía del Hospital del Salvador desde la perspectiva de un centro moderno de manejo informático, Rev Chil Cir 2003; 55: 38-45.
4. Altamirano C, Catan F, Toledo G, Ormazabal J, Lagos C, Acevedo A. Cirugía abdominal de urgencia en el adulto mayor. Rev Chil Cir 2002; 54: 654-657.
5. Acevedo A, Viterbo A, Reyes E. La accesibilidad a la herniorrafia inguinal en las comunas del SSMO de Santiago. Una medida de la eficiencia de las acciones de salud. Rev Chil Salud Publ. En prensa.
6. Acevedo A, Reyes E, Lombardi J, Robles I. Prevalencia de la herniorrafia inguinal en Chile. Rev Chil Cir, en prensa.
7. Rutkow I M. Epidemiologic, economic, and sociologic aspects of hernia surgery in the United States. Surg Clin North Am 1998; 78: 941-951.
8. Shumpelick V. Hernien. Tiemeverlag, Stuttgart, 2000; 36.
9. Kingsnorth AN, Leblanc KA, Management of abdominal hernias. Editorial Arnold, London, 2003; 3: 440-446.
10. Mjaland O, Bakken I J, Skjeldestadt F E, Jonson E. Inguinal and femoral hernia repair in Norway 1990-2003. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005; 19: 1338-1340.
11. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. Local anesthesia for inguinal hernia repair. En: Schumpelick V, Wantz GE (eds), Inguinal Hernia Repair, Karger A G, Basel, 1995: 88-91.
12. Peiper Ch, Schumpelick V. Local anesthesia for Shouldice repair of inguinal hernia, en Schumpelick V, Wantz G E (eds), Inguinal Hernia Repair, Karger A G, Basel, 1995: 92-98.
13. Kehlet H, Bay Nielsen M. Anesthetic practice for groin hernia repair, a nation wide study in Denmark. Acta Anesthesiol Scand. 2005; 49: 143-146.
14. Porrero J L, Hidalgo M, Sanjuanbenito A, Sanchez-Cabezudo C. The Shouldice herniorraphy in the treatment of inguinal hernias: a prospective study in 775 patients. Hernia 2004; 8: 60-63.
15. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS based study. Social Science and Medicine 2004; 58: 1271-1284.
16. Sanchez F, Nuñez J. Descentralización, pobreza y acceso a los servicios sociales ¿Quién se benefició del gasto público en los noventa?. Naciones Unidas, CEPAL, 2000, Serie 131, política fiscal, Santiago de Chile.