

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**“PERFIL DE LA DEMANDA ASISTENCIAL Y MORBILIDAD EN EL
SERVICIO DE MEDICINA GENERAL DE LAS ATENCIONES EN LA
MICRORED METROPOLITANA. RED ASISTENCIAL DE LA REGIÓN DE
SALUD DE TACNA 2010”.**

PRESENTADO POR:

EDGAR JUAN CENTENO ESPINOZA

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

TACNA, 2011



A Dios, por llevarme a su lado a lo largo de esta vida siempre llenándome de alegría y gozo.

A mis Padres por enseñarme todo el valor y toda la fuerza en un abrazo.

Gracias a todas y cada uno de las personas que participaron en la investigación realizada, ya que invirtieron su tiempo y conocimiento para ayudarme a completar mi proyecto de Tesis.



Dedico este trabajo a mis padres por todo su apoyo, a mi coordinador quien me ha orientado en todo momento en la realización de este proyecto que enmarca el último escalón hacia mi futuro.

RESUMEN

Estudio realizado para determinar el perfil de la demanda atendida de los servicios de medicina de la Micro Red Metropolitana durante el año 2010. De diseño observacional y transversal. Se trabajó con el 100% de los pacientes niños, adolescentes adultos y adultos mayores atendidos en el servicio de medicina en los Centros y Puestos de salud de la Micro Red Metropolitana en el año 2010. Se utilizó la base de datos oficial del sistema informático del Ministerio de Salud. La hoja de registro base fue el formato HIS, MIS de cada establecimiento conformante de la Microred.

Resultados: La población que mayor demanda es la de niños (41.8%), seguido de adultos (37.7%). La población mayormente demandante es femenina (58.6%). No existe una diferencia significativa entre las proporciones de atención por estaciones del año. La faringitis aguda no especificada (10.5%), rinofaringitis aguda (9.5%) y rinitis aguda y faringo amigdalitis aguda (7.8%) son los diagnósticos específicos más frecuentes. Niño adolescente persona sana (6.9%), enfermedad diarreica acuosa sin deshidratación (5%), bronquitis aguda (3.3%), examen médico general (3.2%), infección de vías urinarias (2.7%) y amigdalitis aguda (2.4%) fueron el segundo grupo de diagnósticos más frecuentes. Según sistemas, las patologías más frecuentes atendidas son de vías respiratorias (40.6%) seguida de “examen médico general” (10.6%). La mayor frecuencia de atenciones demandadas se observa en el Centro de Salud Bolognesi (22.75%) seguido del C.S. A.B. Leguía (20.0%) y el C.S. Leoncio Prado (19.5%). En todos los ciclos de vida, los problemas de las vías respiratorias son las de mayor demanda con una proporción en los niños (57.8%). En adolescente (17.8%) y adulto (18.1%), los exámenes médicos generales representan la segunda causa de consulta. En adulto mayor (10%) y niño (9.5%), el segundo sistema comprometido es el digestivo.

Palabras clave: demanda

ABSTRACT

Study to determine the profile of demand attended medical services Micro Metropolitan Network in 2010. Cross-sectional observational design. We worked with 100% of the patients children, adolescents, adults and older adults treated at the medical service in health centers and posts of the Metropolitan Network in 2010. We used the official database of the computer system of the Ministry of Health. The record sheet base was the format of each facility HIS MIS settle.

Results: The population increased demand is that of children (41.8%), followed by adults (37.7%). The applicant population is mostly female (58.6%). There is no significant difference between the proportions of attention seasons. Unspecified acute pharyngitis (10.5%), acute nasopharyngitis (9.5%) and acute rhinitis and acute tonsillitis pharynx (7.8%) are the most frequent specific diagnoses. Teenage boy healthy person (6.9%), watery diarrheal disease without dehydration (5%), acute bronchitis (3.3%), general medical examination (3.2%), urinary tract infection (2.7%) and acute tonsillitis (2.4%) were the second most frequent diagnostic group. According systems, the most common diseases are treated airways (40.6%) followed by "general medical examination" (10.6%). The increased frequency of attention demanded seen in the Health Center Bolognesi (22.75%) followed by Health Center A.B. Leguia (20.0%) and Health Center Leoncio Prado (19.5%). In all cycles of life, respiratory problems are most in demand with a proportion of children (57.8%). In teen (17.8%) and adult (18.1%), general medical examinations represent the second cause of consultation. In older adults (10%) and children (9.5%), the second involved is the digestive system.

Keywords: demand.



ÍNDICE

RESUMEN	.....	2
ABSTRACT	.....	3
INTRODUCCIÓN	.....	5
CAPÍTULO 1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	.....	6
1.1	Fundamentación del Problema	6
1.2	Formulación del Problema	7
1.3	Objetivos de la Investigación	7
1.3.1	Objetivo General	7
1.3.2	Objetivos Específicos	7
1.4	Justificación	8
CAPÍTULO 2 REVISIÓN DE LA LITERATURA	.....	9
2.1	Antecedentes de la investigación	9
2.2	Marco teórico	14
2.2.1	Demanda Asistencial	14
2.2.1.1	Demanda	15
2.2.1.2	Leyes de Demanda	16
2.2.1.3	Tipos de Demanda	16
2.2.1.4	Modelos Epidemiológicos	20
2.2.2	Definiciones conceptuales	22
2.2.2.1	Necesidades	22
2.2.2.2	Demanda	22
2.2.2.3	Utilización	22
2.2.2.4	Principales líneas de investigación en sistemas y servicios de salud	23
CAPÍTULO 3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALE	.....	24
3.1	Hipótesis	24
3.2	Operacionalización de las variables	24
CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	.....	26
4.1	Diseño	26
4.2	Población y muestra	26
4.2.1	Criterios de Inclusión	26
4.2.2	Criterios de Exclusión	27
4.3	Instrumentos de Recolección de datos	27
CAPÍTULO 5 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	.....	28
CAPÍTULO 6 RESULTADOS	.....	30
DISCUSIÓN	.....	59
CONCLUSIONES	.....	62
RECOMENDACIONES	.....	64
BIBLIOGRAFÍA	.....	65
ANEXOS	.....	68

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones en salud se definen como todos los procesos investigativos realizados en el campo de las ciencias médicas, encaminados al estudio y solución de los problemas de salud que atañen a los individuos, a las comunidades y a la sociedad en general.

Los servicios de salud son Instituciones encargadas de brindar asistencia sanitaria a la comunidad y que puede ser a través de acciones de promoción, prevención, curación o rehabilitación.

La combinación de ambas estrategias permitirán tener una mejor capacidad de atención a las demandas potenciales, sentidas y no sentidas de una comunidad.

Los administradores de salud, gerentes de salud así como líderes de la comunidad necesitan la información pertinente para adoptar decisiones respecto a los problemas que enfrentan. La investigación sobre sistemas y servicios de salud tiene como objetivo ayudar a los administradores de salud a lograr mayor eficiencia y eficacia de la gestión en salud, a través de la identificación de problemas prioritarios, la caracterización de los problemas identificados, el análisis de las alternativas de solución, la selección de estrategias de intervención y la evaluación de los resultados de alguna intervención.

La presente investigación aportará en la identificación de las principales características de la demanda atendida en el servicio de medicina. El campo de la salud es amplio, pero empezaremos por realizar una descripción sucinta de las principales patologías atendidas en los respectivos centros de salud sujeto del presente estudio, así como comparar dichas características estratificadas según tiempo, espacio y persona de la población en general. Servirá la investigación para priorizar acciones en el campo médico y poder orientar la oferta de salud con enfoque de riesgo y oportunidad.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

Las necesidades de salud son definidas de diversas formas. Sociológicamente, podemos hablar de necesidad normativa cuando ésta es definida por el investigador basándose en un estándar deseable; necesidad sentida, cuando es definida por la percepción individual; necesidad expresada o demanda, cuando la necesidad sentida se hace concreta y se pone en acción; y necesidad comparativa, cuando es fruto de una investigación sobre servicios recibidos en comunidades con características similares. Estas definiciones se superponen e interrelacionan por lo que es importante definir lo que es una necesidad real.¹

En el ámbito de demanda de un servicio de salud se involucran en su vertiente estudios demográficos, culturales, educacionales de bienestar, la distribución del ingreso los perfiles epidemiológicos y la presencia de sectores competitivos. La articulación de la cobertura poblacional según instituciones de salud del sector y la utilización de los servicios será resultado de la adecuación de la oferta con la necesidad en salud y su cristalización como demanda.²

La satisfacción del usuario es percibida cuando las expectativas iniciales son confirmadas con ese servicio actual³. Cuando una persona no percibe satisfacción con el servicio recibido acumula una experiencia negativa que la extiende a su entorno y demanda otro servicio^{4,5}. Para elaborar las estrategias de satisfacción del usuario debemos primero hacer una observación de los principales diagnósticos de nuestras

¹ Bradshaw JS. A Taxonomy of Social Need. En: Problems and Progress in Medical Care, 7th Series, NPHT/OUP.1992

² Arredondo Lopez, Armando. Recaman Mejia, Ana.” Oferta vs Demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. Hitos de ciencias Económicas Administrativas 2002;20:42-47. Disponible en :www.ujat.mx/publicaciones/hitos.

³ Fitzpatrick R. Survey of patient satisfaction. BMJ 1991; 302: 887-9

⁴ Cerezo PL. La calidad del servicio como elemento estratégico para fidelizar al cliente. En: Telework. Spain. 1997

⁵ Blanchard K, Bowles S, Raving F. A revolutionary approach to customer service. New York. William Morrow and Company Inc. 1993

unidades ofertantes por grupos de edad o características especiales. Todas las estrategias ya desde 1990 ha la fecha siguen la misma conceptualización que exponemos. Sólo falta ahora medir quiénes y qué nos demandan nuestros usuarios. Como el abanico de posibilidades es muy grande, se debe estratificar la observación. En este estudio pretendemos eso, realizar una visión de lo atendido (demanda real) durante el año 2010 en todos los establecimientos de salud de la Microred Metropolitana y realizar el análisis comparativo respectivo entre estas mismas entidades prestadoras.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son las principales características de la demanda en el servicio de medicina en la Microred Metropolitana según establecimientos?

¿Es posible tener la demanda consolidada por establecimientos según diagnóstico distribuidas según tiempo, espacio y persona?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1. General:

Determinar el perfil de la demanda atendida de los servicios de medicina de la Microred Metropolitana durante el año 2010.

1.3.2. Específicos

- Determinar la demanda de atenciones (nuevos, continuadores y reingresos), según ciclos de vida, sexo y tipo de diagnóstico, trimestre del año y mes en la Microred Metropolitana.
- Determinar la frecuencia de los quince principales diagnósticos y principales sistemas afectados en el servicio de medicina en la Microred Metropolitana.
- Estratificar la demanda atendida por sistemas según ciclo de vida (niño, adolescente, adulto y adulto mayor), mes, estación del año y establecimientos de salud de la Microred Metropolitana.

1.4 Justificación

El Ministerio de Salud (MINSA) desde la década de los noventa busca como: "promover y garantizar la salud individual y colectiva de la población del Perú", la misma que parte de la premisa que el Estado debe garantizar el suministro básico de salud y que el desarrollo humano, incluida la salud, es una responsabilidad social que abarca los sectores público y privado, estableciendo como desafío la construcción de un sector salud con Equidad, Eficiencia y Calidad ⁶

Las últimas décadas han venido acompañadas de una fuerte corriente económica de individualismo, autodeterminación y soberanía del consumidor. El sector salud no ha sido ajeno a este efecto, surgiendo la pregunta: ¿Deben los servicios públicos de salud satisfacer al usuario o comprometerse con la colectividad y el mejoramiento objetivo de los indicadores de salud?⁷

Los pocos estudios y análisis de la demanda por los servicios primarios de salud, se ha constituido en una limitación para diseñar esquemas de financiamiento sostenibles y un sistema de tarifas que no disminuya el acceso de los usuarios pobres a los servicios de salud. Mucho menos se podrían hablar de satisfacción del usuario si no existe primero una visión de lo que la población demanda en sus necesidades de resolver problemas de patologías prevalentes. Por este motivo, es relevante la presentación y la discusión de nuevos criterios y esquemas metodológicos que, bajo una perspectiva económica, sirvan para el análisis y la demanda de salud de la población de Tacna, y en especial en las condiciones actuales de cambios políticos y de intencionalidad de buscar nuevas propuestas de trabajo conjunto.

⁶ Ministerio de Salud. En: El desafío del cambio del milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. Lima, MINSA; 1995

⁷ Barillas E. Servicios públicos de salud: ¿Una respuesta a la demanda o a la necesidad? Rev Panam Salud Pública 1998; 3(2): 133-5.

CAPÍTULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes de la investigación

Aguilar desde ya en el año 1988 estudió las características clínicas-epidemiológicas de la demanda de Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) y su manejo en niños menores de 5 años en 10 áreas de salud del Primer Nivel de Atención en la región III, Managua durante septiembre de 1987. Se calculó un tamaño de muestra de 1,219 niños a encuestar con una tasa de respuesta esperada del 80 por ciento y 20 por ciento de fichas no valoradas, para ello, se recolectó la información por medio de cuestionario y de acuerdo a las normas nacionales de ERA, las clasificaciones de leves, moderadas y graves. Se obtuvo una tasa de respuesta del 75 % (1,094 casos); el 32 % eran menores de 1 año; 79 % de sector urbano, sin embargo, en el sector rural hubo mayor frecuencia de cuadros clínicos graves; se encontró inconsistencia entre el diagnóstico y el estado de gravedad; el 65 % de los cuadros clínicos es de origen viral; el 76 % de los casos se clasificaron como leves y el 10.8 % graves; el 64.8 % recibió algún tipo de antibiótico. Se recomienda la capacitación del personal médico en el reconocimiento e interpretación de síntomas y signos clínicos de patologías respiratorias.⁸

Navas, aborda la problemática de la relación entre médicos generalistas y especialistas y su disociación con las frecuencias de las patologías susceptibles de ser resueltas en el Primer Nivel de atención (80 a 93,5 por ciento). El objetivo formulado para esta primera etapa del estudio consiste en establecer la magnitud y las características de la consulta atendida por médico generalista a nivel de centros de salud situados en la

⁸ Aguilar Torres, Reynaldo; González Moncada, Martha. Evaluación del manejo de pacientes menores de cinco años que demandan atención por enfermedades respiratorias agudas (ERA) en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud de la Región III. Managua; s.n; feb. 1988. [133]

periferia de la ciudad de La Plata (Argentina). El volumen más importante de consultas se ubicó dentro de las causadas por morbilidad. La demanda predominante responde a patologías propias de las condiciones de vida, con amplio predominio de infecciones respiratorias, seguidas por las gastrointestinales. Por otro lado, los controles se hallan predominantemente referidos al binomio materno-infantil, observándose una reducida carga de exámenes de salud, propios del adulto. La concentración de consultas resulta sumamente reducida como consecuencia del modelo prestacional vigente, el que carece de capacidad de retención. Los controles representan algo más del 20 por ciento de la demanda, con una concentración un poco más alta. El predominio de la demanda femenina es notorio, pero deben ser contempladas las causas obstétricas a fin de establecer el alcance genuino de esta preponderancia. El estudio fue en general, no tamizó por edad.⁹

Reyes-Morales, evalúa las necesidades de salud de la población residente en áreas urbanas marginadas de México. Encuesta poblacional a familias residentes en colonias urbanas pobres de cinco regiones geográficas de México (Norte, Centro, Sur, Sureste y Ciudad de México), seleccionadas mediante un muestreo polietápico. Se realizaron entrevistas y mediciones antropométricas en sus domicilios a todos los integrantes de las familias seleccionadas y se analizaron las características de salud positiva, nutrición, salud reproductiva, daños a la salud y salud mental por grupos de análisis formados por edad y sexo. Participaron 24 707 personas. En los entrevistados se observó una baja escolaridad (6 años o menos) y solo 46,8 por ciento tuvo cobertura de servicios de salud, ya fuera en instituciones públicas o privadas. De los niños, 19,8 por ciento presentaba desmedro y el sobrepeso predominó a partir de la adolescencia. En la muestra de adolescentes, adultos y adultos mayores, el tabaquismo fue de 21,2 por ciento, el consumo de alcohol de

⁹ Navas, Héctor Joaquín; Moiso, Adriana; Argemi, Rubén. Magnitud y características de la consulta externa atendida por médico generalista en centros sanitarios periféricos. *Med. & soc.*;21(2):64-74, jun. 1998. tab.



36,0 por ciento, el uso de drogas de 9,5 por ciento y la depresión de 20,2 por ciento. La vulnerabilidad sanitaria de las personas que viven en las áreas urbanas marginadas de México se manifiesta en la existencia de una población joven, con pocas redes de apoyo familiar y de servicios de salud, que sufre trastornos y enfermedades, como la desnutrición infantil, el alto riesgo reproductivo y las adicciones en adolescentes y adultos, producto del rezago en el desarrollo social. La prevalencia de enfermedades crónicas fue similar a la de la población mexicana no marginada.¹⁰

Miranda, en Chile estudió la demanda asistencial de los servicios y refiere que esta ha ido aumentando en los últimos años. En Chile existen más de 3 millones de consultas de urgencia en las postas de los grandes hospitales urbanos, casi 2 millones son otorgadas a menores de 15 años y más de un millón a los adultos. Encontró en su estudio que Promedio de edad: 5,58 años. Sexo 47,5% masculino y 52,5% femenino. Principales consultorios de origen: Recoleta (12%), Cruz Melo (10.5%) y Lucas Sierra (10%). Previsión: FONASA A 44%. Principales motivos de consulta: síntomas respiratorios (33.7%) y gastrointestinales (32%). Razones de preferencia de la Unidad de Urgencia por sobre el consultorio o SAPU: 33% falta de horas en el Consultorio, 22,5 mayor confianza en la calidad de atención de la Unidad de Emergencia y 20, 5% mayor poder de resolución en la atención del Hospital. Conclusiones: Los principales motivos de consulta a la Unidad de Emergencia del Hospital de Niños Dr. Roberto del Río son la falta de horas en sus consultorios, desconfianza en los diagnósticos y tratamientos efectuados en SAPU/consultorios, sensación de poco poder resolutivo de los problemas en ellos, y desconocimiento del funcionamiento del sistema asistencial. Por esto es necesario una adecuada coordinación entre los

¹⁰ Reyes-Morales, Hortensia; Gómez-Dantés, Héctor; Torres-Arreola, Laura del Pilar; Tomé-Sandoval, Patricia; Galván-Flores, Gloria; González-Unzaga, Marco Aurelio; Gutiérrez-Trujillo, Gonzalo. Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. Rev. panam. salud pública = Pan am. j. public health;25(4):328-336, abr. 2009. tab

consultorios y SAPU con el Hospital. Además los pacientes tienen el deber de informarse acerca de los centros a los que consultan.¹¹

Galvez, en su estudio afirma que la atención del consultorio externo de pediatría es la actividad principal de la mayoría de los servicios asistenciales. Da a conocer las características de la población atendida en consultorios externos de pediatría, los motivos de consulta y las patologías prevalentes. Conocer el número de pacientes en control del niño sano y de consultas por demanda espontánea, así como su distribución por edad y sexo. Las principales causas de atención fueron los accidentes, gastroenteritis, fiebre sin fiebre, síndrome bronquiolar y abdomen agudo. Los médicos residentes atendieron un número significativo de niños. Dedicaron el 50 por ciento de su tiempo a la atención del consultorio. Pensamos que su rotación por consultorios externos ofrece oportunidades suficientes de capacitación, No existieron diferencias estadísticamente significativas entre el número de estudios complementarios entre médicos de planta. En cambio, se observaron diferencia en cuanto a la indicación de antibióticos y al porcentaje de pacientes internados.¹²

Silva, en su estudio en un servicio de emergencias identificó el perfil clínico y epidemiológico de la demanda medica de la población atendida en la clínica de urgencias médicas en el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina. Con el material del análisis de los registros de asistencia 1.138 casos de este servicio, en 2004, dividido en dos grupos de muestreo: pacientes (n = 71) y no admitidos (n = 1067). El artículo presenta una herramienta de evaluación para la recolección de datos y la tabulación de datos por los cuales las variables de sexo, edad, tiempo de llegada, día de la semana

¹¹ Miranda Viorklums, Carolina; Martínez Gambaro, Felipe; Fariña Hurtado, Jade; Mihovilovic Alvarado, Catalina. Consultas en Servicio de Urgencia Hospital Roberto del Río: ¿cuáles son las razones de esta preferencia por sobre el nivel primario de atención?. *Pediatría (Santiago de Chile)*;4(2):3-10, ago. 2007. graf

¹² Galvez, Gabriel. Estudio descriptivo de la población atendida en consultorios externos de pediatría. *Arch. argent. pediatr*;99(4):309-316, ago. 2001. tab, graf.



y los meses de atención, procedimiento, reclamación y el diagnóstico. Para análisis estadístico utilizó la prueba t de Student y la prueba de chi-cuadrado (significativo $p < 0.05$), comparando los grupos. Con una edad media de 37,8 años en no hospitalizados y hospitalizados. Se observó que en ambos grupos los pacientes vivían en Florianópolis, fueron vistos durante el día, de lunes a viernes. Entre los que no están hospitalizados, dolor de cabeza (8,0%) fue la queja más frecuente, las enfermedades respiratorias (21,5%) fue predominante y la radiografía de tórax fue la prueba más solicitada (20,1%). Entre los hospitalizados, disnea (7,3%) fue la queja más frecuente, las enfermedades del sistema circulatorio (20,4%) predominó en el CBC (27,2%) requiere un examen más detenido. La población incluida son niñas, procedentes de los alrededores del hospital, tratados durante el día y de lunes a viernes.¹³

Pérez, realizó un estudio durante el primer semestre de 1987 en el Policlínico Docente Cristóbal Labra de Ciudad de La Habana, relativo al registro de consultas por primera vez y seguimiento de infecciones respiratorias agudas (IRA), según su localización alta o baja, así como el diagnóstico clínico de gripe entre ellas. Todos los datos fueron procesados manualmente por meses y grupos etarios. Se registraron en total 4 592 enfermos de IRA para una tasa de 2 217,9 por 10-4 habitantes y de ellos, 4 106 casos (1 983 por 10-4 habitantes) y de ellos, 4 106 casos (1 983,2 por 10-4 habitantes) correspondieron a procesos altos y solo 486 a bajos (234,7 por 10-4 habitantes). Tanto los meses de marzo y abril como los niños menores de 5 años fueron los de mayor tasa de morbilidad. Del total de 5 429 consultas de IRA realizadas durante el período en estudio, el 84,6 por ciento correspondió a consultas por primera vez, ello significa que el 15,4 por ciento era de seguimientos. Se realizó el diagnóstico clínico de gripe en 76 casos (36,7 por 10-4 habitantes). Este

¹³ Silva, Vanessa Priscilla Martins da; Silva, Ana Kris da; Heinisch, Roberto Henrique; Heinisch, Liana Miriam Miranda. El perfil de la demanda para la clínica médica de emergencia del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina. *ACM arq. catarin. med*;36(4):18-27, out.-dez. 2007

estudio ha permitido conocer mejor la demanda de consulta por IRA, y se han obtenido nuevos parámetros para esta área de salud que son de gran utilidad por lo novedoso de nuestro medio.¹⁴

El modelo es interesante para que con el presente estudio pueda ser discutido.

2.2. Marco teórico

2.2.1. Demanda Asistencial

En los últimos años se ha aceptado la idea de que la inversión en capital humano incrementa la productividad en el mercado y fuera del mercado; Grossman retoma estos aspectos y señala que el acervo de capital salud afecta el tiempo de vida para dedicarlo a producir ingresos y bienes.¹⁵

Por otra parte, a diferencia del modelo anterior que toma como unidad de análisis al individuo-servidor de salud, Miners¹⁶ propone a la familia como la unidad de análisis fundamental; así, la interdependencia del nivel de salud de los miembros de la familia se establece mediante:

- El contagio de enfermedades en la familia.
- Las características genéticas.
- La higiene ambiental del hogar.
- Influencia de los padres en el cuidado de los hijos y su decisión en decidir dónde, cuando y como demandar un servicio de salud.

Es en este último modelo en que creemos se desarrollan nuestras actividades.

¹⁴ Pérez Rodríguez, Antonio; González Ochoa, Ediberto; Linton, Tomás; Cabañas Loza, Gladys. Demanda de consulta por infecciones respiratorias agudas en una comunidad atendida por el Plan del médico de la familia. Rev. cuba. hig. epidemiol;30(2):90-100, jul.-dic. 1992

¹⁵ Grossman M. "On the concept of health capital and the demand for health" en Journal of Political Economy, 1972. No.80 pp.223-225.

¹⁶ Karina Temporelli. Análisis de la demanda de asistencia sanitaria. La utilidad del médico como determinante. Determinante de economía. Universidad Nacional del Sur. Pag. 09. 2002.

2.2.1.1. Demanda:

Definición:

“Cantidades de un bien o servicio que un consumidor puede y está dispuesto (de forma explícita) a adquirir (para cada nivel de precios señalado para el mismo y para unas circunstancias de mercado dadas). En el ámbito sanitario y como criterio de asignación de recursos, representa la expresión de las preferencias de los individuos en forma de su disposición a pagar a cambio de recibir servicios sanitarios y satisfacer así su utilidad individual a través de sistemas de mercado”¹⁷.

Factores que regulan la demanda: En general se admite que la demanda depende de:

- a) La percepción que las personas tengan de sus necesidades de salud.
- b) La seguridad que tiene el usuario, que el gasto en salud que realizará le brindará beneficios proporcionalmente mayores a la “inversión” o “gasto” (percepción subjetiva) que efectuará.
- c) El precio del bien o servicio
- d) El precio de otros bienes complementarios o sustitutivos
- e) La renta: flujo de beneficios que recibe un individuo (en forma de salarios, intereses, dividendos u otros ingresos) o rinde anualmente una cosa.
- f) Los gustos o hábitos de los individuos.

Tiene como juicio de valor la soberanía del consumidor. Como noción económica la eficiencia del consumo. Como objetivo: la maximización de la utilidad individual a través del sistema de mercado.

¹⁷ Rubio Cebrián, Santiago. “Glosario de Economía de la Salud (y disciplinas afines). Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1995

2.2.1.2. Leyes de la demanda:

Observación empírica según la cual, cuando baja el precio de un producto, aumenta su demanda de parte de los individuos.

Esta ley tiene tres excepciones:

- Efecto especulación: la demanda de valores mobiliarios crece cuando aumenta su precio, en la creencia de que a corto plazo crecerán aún más.
- La demanda de ciertos bienes de lujo crece cuando aumenta su precio porque concede a su consumidor cierto prestigio social.
- Efecto Giffen: la demanda de productos de primera necesidad – para niveles muy bajos de Renta – crece cuando aumenta su precio.

2.2.1.3. Tipos de demanda: ¹⁸

Demanda total: La presentada cuando las instituciones se encuentran complacidas con la cantidad de trabajo que tienen en relación a su capacidad productiva, nivel de instalaciones y resultados económicos deseados y obtenidos. La demanda total puede variar por el cambio de preferencia de los clientes o por un aumento de la competencia. Para mantener la demanda total se debe medir el grado de satisfacción de los clientes y asegurarse que se está haciendo un buen trabajo.

- Demanda potencial o latente: Es aquella demanda ante la cual un significativo número de clientes puede desear algo que no puede satisfacer por ninguna oferta existente.

¹⁸ Katz, Bernardo. “Cómo gerenciar el servicio al cliente”. Serie Empresarial. Fondo Editorial Legis, Colombia, Octubre 1990

- Demanda de naturaleza sanitaria que es percibida (aunque no expresada) por un individuo y que algún experto diferente de él considera necesaria. Es la diferencia existente entre las necesidades justificadas (y percibidas por los propios pacientes) y las explícitamente manifestadas (aunque no lleguen a ser objeto de atención) ante los proveedores de atención sanitaria.
- Demanda negativa: Cuando la mayor parte del mercado le disgusta la oferta existente de determinado servicio y hasta puede pagar un precio por evitarla.¹⁹
- Demanda irregular: Es aquella que varía en base a la estación climática, el día o incluso la hora causando problemas de capacidad productiva inutilizada o de exceso de trabajo, según su fluctuación.
- Demanda aleatoria o imprevisible: Demanda impredecible en cuanto a su volumen, lugar y tiempo en que será formulada. Vinculada a la incertidumbre por su carácter en el proceso de enfermar lo que dificulta la planeación individual de gasto y ahorro de los individuos y favorece la constitución de sistemas de aseguramiento para cubrir esta contingencia”.
- Demanda imprevista, inesperada o desplazada: Es aquella originada por determinados grupos humanos o segmentos de clientes que no se había previsto o deseado captar con la oferta presentada.²⁰

¹⁹ Otero M., Jaime; Otero I. Jaime I.; “Estamos viviendo el futuro”. Revista Mundo Odontológico etc

²⁰ Arroyo, Juan. “Salud: La reforma silenciosa”. Universidad Peruana Cayetano heredia. Facultad de Salud Pública y Administración. Lima, Enero 2,000

- Demanda excesiva: Es aquella que se presenta cuando es mayor a la que las organizaciones pueden o quieren manejar. El exceso de demanda puede llevar al deterioro de la calidad del trabajo desempeñado
- Demanda expresada: Es aquella demanda que se ejercita de forma explícita por parte de una población. Puede ser superior al volumen de utilización a causa de la existencia de listas de espera por la limitación de los recursos disponibles o a causa de diferencias entre las percepciones de los pacientes y las necesidades definidas por los profesionales.
- Demanda decreciente: Es la situación producida cuando el mercado o las personas se desinteresan en el consumo de ciertos bienes o servicios. La demanda decreciente se puede revertir con un nuevo manejo creativo de la oferta.
- Demanda inexistente: Es cuando los clientes a quienes se dirige la oferta de un producto o servicio pueden sentirse desinteresados o indiferentes a ella.
- Demanda derivada: Es aquella que se presenta en productos intermedios que intervienen en el proceso de prestación o producción de otros más complejos o elaborados. Aquella cuyo nivel depende de la demanda de los servicios en los que intervienen.

- Demanda inducida por la oferta: Es aquella producida como consecuencia del desconocimiento completo de las características del producto o servicio, de parte de los agentes del proceso. Es provocada o conducida por el proveedor del servicio y se sitúa por encima de la que el consumidor habría realizado de haber dispuesto de suficiente información. En su consecuencia, la oferta y la demanda dejan de ser independientes. Es motivo de ineficiencia por exceso de demanda innecesaria. Se le podría definir como “la sobre-demanda inducida por oferta con información indebida o insuficiente”.
- Demanda justificada: Es aquella demanda para la que tanto la sociedad como los expertos médicos (además del propio individuo) están de acuerdo con su existencia, dado que responde a razones apreciadas como objetivas por todos ellos. Se opone a la demanda sanitaria injustificada que es aquella expresada por los individuos en contra de la opinión de la sociedad o los expertos.
- Demanda opcional: Es la Situación peculiar que se produce en el mercado de los servicios sanitarios cuando éste se comporta como si la demanda fuera superior a la realmente producida, al objeto de “reservar” parte de la oferta para que no existan problemas de utilización de los servicios ante la eventualidad de tener que hacer uso de las mismas en cualquier momento o lugar, dando de esta forma, respuesta al deseo individual de tener garantizado el acceso en caso de necesidad.

- Demanda desalentada: Es la situación creada cuando una empresa desea disminuir la demanda de sus servicios de manera temporal o definitiva, a través de actividades denominadas como “descremado” (cuando reorientan sus acciones de venta a solamente algunos segmentos de población dejando de lado a grupos de actuales clientes) o de “obsolescencia planificada” (cuando dejan de ofrecer ciertos productos o servicios buscando lograr una especialización prefijada.

Para comprender a la demanda por servicios de salud curativos se debe comenzar por estudiar a la población en general, luego identificar quienes perciben un problema de salud, luego quienes demandan y finalmente, quienes obtienen y no obtienen atención.²¹

2.2.1.4. Modelo Epidemiológico

Este modelo se basa en el estudio de las necesidades de salud de la población, entendidas como "cualquier alteración en la salud y el bienestar" que requiere de servicios y recursos para su atención.

De esta manera, los daños a la salud (morbilidad, mortalidad, etc.) constituyen necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios una vez que son expresadas.

La utilización de los servicios también dependerá de la exposición de esa población a los factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un

²¹ V.Arias. Demanda de Servicios VIH SIDA. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2002

individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones. Estos factores pueden ser iniciadores, promotores y pronósticos.

Los riesgos iniciadores o predisponentes ocurren antes de que la enfermedad se torne irreversible. Los riesgos promotores o precipitantes ocurren cuando la enfermedad ya es irreversible. Los riesgos pronósticos actúan en el punto de irreversibilidad y de alguna manera permiten afirmar si un individuo avanzará hacia la mejoría o la muerte.

La utilización de los servicios, por consiguiente, estará determinada en mayor o menor grado por el tipo de riesgo al cual se exponga la población, por lo que se requiere de un tipo de servicio específico según el caso.²²

En nuestro país, la demanda de servicios médicos y asistenciales en general se canaliza básicamente a través de tres vías.

- La primera la constituye el Estado, que asiste en forma gratuita a través de sus instalaciones hospitalarias y sanitarias (nacionales, provinciales o municipales) y se ocupa fundamentalmente de los sectores de menores recursos.
- La segunda es la que corresponde a los administradores de fondos para la salud que, incluyen a las obras sociales, las asociaciones mutuales y las empresas de medicina prepaga.

²² Luis Cordero. Demanda de Servicios de salud. Región de Salud de Tacna. MINSA Tacna. Consultoría 2001.

- Finalmente, existe otro sector de la comunidad que financia o solventa en forma individual sus gastos de salud, contratando privada e individualmente sus médicos, sanatorios y medicamentos, y abonando los honorarios y gastos correspondientes de su propio patrimonio.²³

2.2.2. Definiciones Conceptuales

2.2.2.1. Necesidad

Corresponde a los profesionales de la salud definir que constituye la necesidad por atención médica.

2.2.2.2. Demanda

La demanda por atención curativa en salud corresponde a la expresión de la necesidad de atención. Por otra parte, no todos los que perciben una necesidad de atención demandan dicha atención. Por ejemplo muchos de los que perciben una necesidad pueden decidir no demandar porque no tienen opciones de oferta disponibles.

2.2.2.3. Utilización

La utilización de los servicios de salud corresponde a quienes demandan atención y la obtienen, es decir la demanda atendida.

²³ <http://www.Minsa> . Actualizado el 12 de noviembre del 2010. Salud. Ley de defensa de la competencia y los mercados de prestaciones de servicios para la salud

2.2.2.4. Principales líneas de investigación en sistemas y servicios de salud:²⁴

- Análisis de la situación de Salud: analizar los determinantes del Estado de Salud de la población y estudiar grupos específicos ayuda a la toma de decisiones reorientando los programas y prácticas sanitarias dirigidas a promover salud, prevenir riesgos y proveer cuidados diferenciados para estos grupos.
- Gestión y Organización de Sistemas y Servicios de Salud: Aquí se incluyen estudios de recursos humanos y procesos de trabajo, modelos asistenciales y prácticas de salud.
- Evaluación de políticas, programas, servicios y tecnologías. Incluye los de corte metodológico que desarrollan técnicas, métodos e instrumentos de evaluación.
- Características de la **demanda y oferta** de los servicios de salud.

La investigación en sistemas de Salud es una búsqueda sistemática de información sobre las necesidades de salud de la población y la mejor manera que la sociedad tiene para responder a estas, es una búsqueda sistemática de información sobre las necesidades de salud de la población y la mejor manera que la sociedad tiene para responder a estas para el perfeccionamiento constante de los Sistemas de Salud.²⁵

²⁴ Investigación sobre reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas. Washington D. C; OPS. 2001

²⁵ Toledo Curbelo, Gabriel: Fundamentos de Salud Pública. ECIMED. 2004

CAPÍTULO 3

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

Por ser un estudio Observacional no es necesario plantear una hipótesis

3.2 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICION
Edad	Por años	CICLOS DE VIDA 1. Niño 2. Adolescente 3. Adulto 4. Adulto mayor	Razón
Sexo	Género	Masculino Femenino	Nominal
Tipo de Servicio	Codificación de servicios	Consultorio: Medicina	Nominal
Característica de atención	Condición de asistencia según número de veces de llegada en el año al servicio	Nuevos Continuadores Reingresos	Nominal
Mes de atención	Registro mensual en base HIS MIS	Se categorizará según los 12 meses del año	Nominal
Establecimiento de salud	Microred Metropolitana	Centro de Salud: <ul style="list-style-type: none"> • Metropolitano • Bolognesi • Natividad • Leguía • Leoncio Prado 	Nominal.



		Puesto de salud: <ul style="list-style-type: none"> • Pedro Liendo P. • Ramón Copaja • Habitat 	
Atención por trimestre	Registro de Base His Mis	Se considerara los trimestres : I: Enero – Marzo II: Abril Junio III. Julio Setiembre IV. Octubre- Diciembre	Nominal
Estación del año	Indicadores de fecha por día de atención.	1. Verano 2. Otoño 3. Invierno 4. Primavera	Nominal
Diagnóstico Principal 1	<ul style="list-style-type: none"> • Información oficial CIE 10 • Historia clínica HIS-MIS MINSa Tacna 	El código CIE-10 de cada diagnostico. Clasificación por sistemas.	Nominal
Diagnóstico Principal 2	<ul style="list-style-type: none"> • Información oficial CIE 10 • Historia clínica HIS-MIS MINSa Tacna 	El código CIE-10 de cada diagnostico. Clasificación por sistemas.	Nominal.
Demanda	Perfil de morbilidad	15 principales diagnósticos	Nominal
Sistemas	Principales sistemas comprometidos según diagnóstico definitivo		Nominal

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

OBSERVACIONAL: Debido a que los resultados esperados se basa en la observación no participativa de las unidades de estudio (Altman Douglas).

Según el número de ocasiones en los que se realiza la medición:

TRANVERSAL: Se hace una sola medición (Altman Douglas)²⁶ considerando al año 2010 como periodo de observación.

4.2 Población y muestra.

Ámbito de estudio:

Se trabajó con el 100% de los pacientes niños, adolescentes adultos y adultos mayores atendidos en el servicio de medicina en los Centros y Puestos de salud de la Micro Red Metropolitana en el año 2010.

4.2.1. Criterios de Inclusión:

- Todos los pacientes atendidos en el servicio de Medicina General, de Enero a Diciembre del año 2010.
- Para el análisis general de demanda se incluyó la condición de atención (nuevos, continuadores y reingresos) y tipo de diagnóstico.
- Se consideró a las enfermedades codificadas por el CIE 10.
- Se tamizo las historias según ficha familiar o historia clínica.
- Se consideró enfermedades sólo con diagnóstico definitivo.

²⁶ Douglas G Altman. http://fhs.mcmaster.ca/sackettsymposium/altman_doug.html.

- Fueron incluidos Niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

4.2.2. Criterios de Exclusión:

- Se excluyeron los diagnósticos médicos presuntivos o repetidos en la determinación de las principales enfermedades por Microred y por establecimiento.
- Se excluyó número de atendidos y se trabajó con número de atenciones para determinar demanda general.
- Se excluyó diagnósticos mal definidos.
- Se excluyó codificaciones erróneas que no estén de acuerdo con la vigilancia de enfermedad actual.
- Se excluyó a los registros sin historia clínica.
- Se excluyó las actividades preventivo y promocionales, las cuales sólo alcanzaron 197 registros en los consultorios de medicina en la Microred.

4.3 Instrumentos de Recolección de datos. (anexos)

Ficha de Registro:

1. Los registros correspondientes a la atención recibida o demanda de servicios de salud en medicina fueron criticadas y codificadas y luego digitadas mediante un programa de captura de datos con un error no mayor al 0.07%.
2. Se estimó la prevalencia de personas que perciben algún problema de salud, consultaron y usaron el servicio, desagregado por establecimientos de salud, por variables demográficas (grupos de edad, sexo) y variable tiempo.
3. A partir de esta información se exploró cuáles eran las variables que afecta las diferentes preferencias en la demanda de los servicios de salud.
4. El estudio considera los diagnósticos definitivos, y depura los repetitivos o presuntivos, ya que ellos podrían ser proyectados en función de los considerados bajo la premisa de la primera característica.

CAPÍTULO 5

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

1. Acceso a Base de datos de DISA (Dirección Regional de Salud) para contraste de datos año 2010.
2. Depuración de datos :
 - a. Dato de enlace:
 - i. Ubigeo
 - ii. Historia Clínica
 - b. Filtrado: Variable diagnóstico definitivo
 - c. Depuración de archivos:
 - i. Datos incompletos
 - ii. Codificación errónea
 - iii. Codificación espuria
3. Control de calidad de nueva base y exportación a Excel y SPSS versión 15
4. Análisis de datos: organización en tablas y gráficos.
5. Contraste de establecimientos y determinación de diferencias.
6. Estructuración de demanda según morbilidad.
7. Depuración de datos según establecimientos.

Se utilizó la base de datos oficial del sistema informático del Ministerio de Salud que aproximadamente consolida un medio millón de registros anuales. La hoja de registro base fue el formato HIS-MIS de cada establecimiento conformante de la Microred consolidada considerando las variables expuestas en anexos (anexo 01).

Se filtró los datos a diagnósticos definitivos, desestimando los diagnósticos mal definidos, repetidos y presuntivos.



Se estructuraron las variables según nuestra operacionalización de variables estratificado por establecimiento de salud.

Se elaboraron tablas de contingencia con valores absolutos y relativos así como gráficas de distribución según las variables descritas. La tamización de las variables fue explorando cada registro informático de historia en sistema HIS. El cruce de variables para comparación entre establecimientos se hizo mediante contraste de proporciones.

Se utilizaron los siguientes programas para la realización de dicho estudio: Programa de Word como procesador de texto, Programa Excel para captura de base de datos y diseño de tablas y gráficos, Sistema His Mis (Programa MINSA) para consolidado de información por establecimiento, Programa Epi Info para reestructuración de base de datos y programa SAS para el análisis de la información.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

Tabla 01

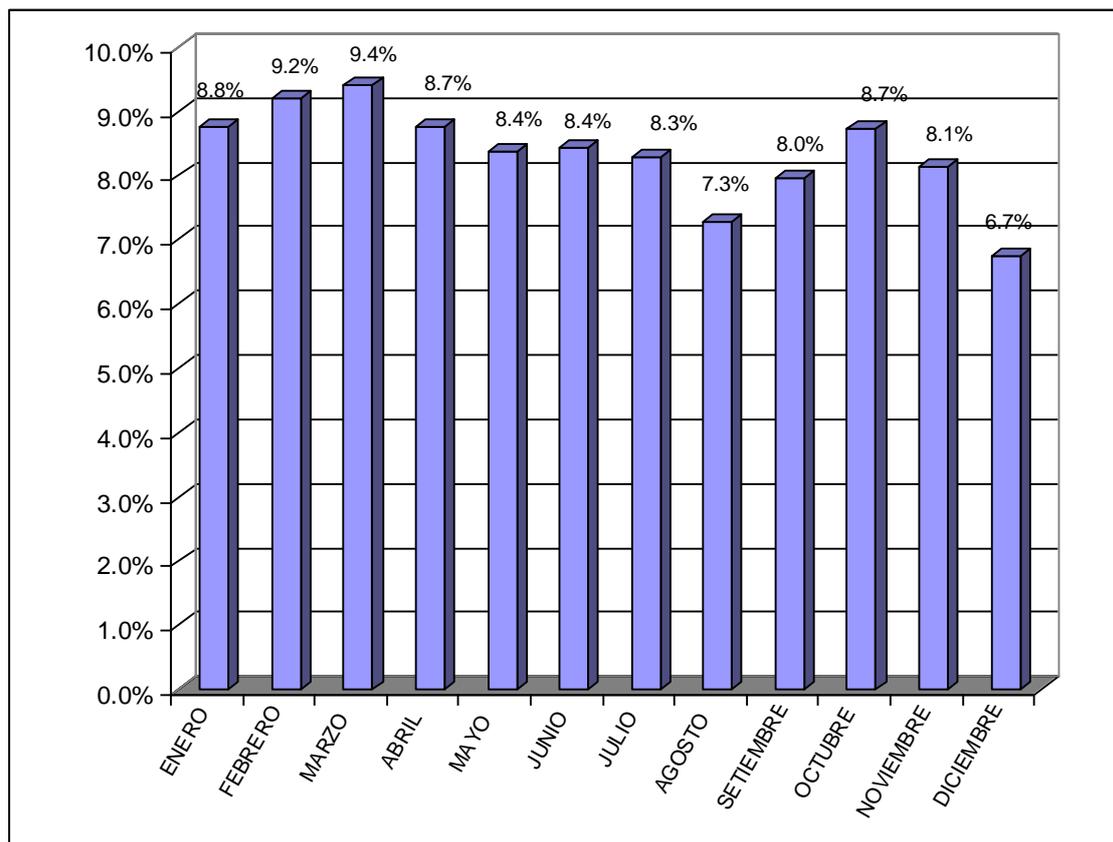
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES SEGÚN MES DEL AÑO EN LA MICRORRED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		N	%
MES	ENERO	4,690	8.8%
	FEBRERO	4,927	9.2%
	MARZO	5,032	9.4%
	ABRIL	4,687	8.7%
	MAYO	4,490	8.4%
	JUNIO	4,515	8.4%
	JULIO	4,436	8.3%
	AGOSTO	3,892	7.3%
	SETIEMBRE	4,263	8.0%
	OCTUBRE	4,679	8.7%
	NOVIEMBRE	4,353	8.1%
	DICIEMBRE	3,615	6.7%
Total		53,579	100.0%

Fuente: base datos MINSA/HISMIS.

En la tabla 01 y gráfica 01 se observa la distribución de frecuencia de las atenciones en toda la microrred. En estos casos se considera a todas las atenciones (nuevos, continuadores y reingresos). Se observa el peso de demanda por meses de las atenciones realizadas. A excepción del mes de diciembre (6.7% de las atenciones) los demás meses muestran un nivel de demanda muy similar: se puede afirmar que durante todo el año, los requerimientos sanitarios en la Microrred es casi la misma en donde en meses como febrero y marzo, incluso no esperados, la demanda es levemente mayor.

Graf. 01: Atenciones según mes del año



Fuente: base datos MINSA/HISMIS.

Durante los meses de mayo, junio y julio las atenciones realizadas fueron similares, sufriendo una disminución en el mes de agosto. Los datos colectados por meses permitirán una estratificación por estaciones del año que se muestra en la próxima tabla.

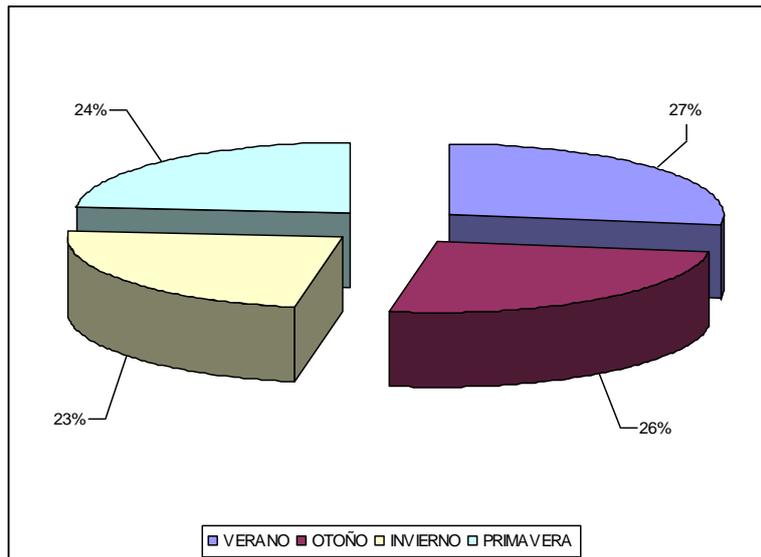
TABLA 02

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES SEGÚN ESTACIÓN DEL AÑO EN LA MICRORRED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		N	%
ESTACION	VERANO	14,649	27.3%
	OTOÑO	13,692	25.6%
	INVIERNO	12,591	23.5%
	PRIMAVERA	12,647	23.6%
	Total	53,579	100.0%

Fuente: base datos MINSA/HISMIS.

Graf. 02: Demanda atenciones según estación del año



Fuente: base datos MINSA/HISMIS.

En la tabla 02 y gráfico 02 se observa la distribución por estaciones del año de la demanda atenciones. No existe una diferencia significativa entre las proporciones de atenciones por estaciones del año. La demanda poblacional del servicio de medicina general es homogénea durante todo el año.

TABLA 03

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LA MICRORED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		N	%
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	C.S. BOLOGNESI	12,168	22.7%
	C.S. LA NATIVIDAD	7,498	14.0%
	C.S. LEONCIO PRADO	10,422	19.5%
	C.S. A.B. LEGUIA	10,706	20.0%
	C.S. METROPOLITANO	6,987	13.0%
	P.S. JESUS MARIA	2,369	4.4%
	P.S. HABITAT	2,072	3.9%
	P.S. RAMON COPAJA	1,357	2.5%
	Total	53,579	100.0%

Fuente: base datos MINSA/HISMIS

En la tabla 03 y gráfica 03 se observa la distribución de las atenciones según establecimiento (espacio geográfico). La mayor frecuencia de atenciones se observa en el Centro de Salud Bolognesi con un 22.7% de la demanda general de la microrred, seguido del C.S. A.B. Leguía con un 20.0% y el C.S. Leoncio Prado con un 19.5% en la Microrred Metropolitana. Menor proporción la muestran el Cs. La natividad (13%) y C.S. Metropolitano (13%).

En los puestos de salud, el establecimiento con menor demanda fue Ramón Copaja (2.5%). Las proporciones en P.S. Jesús María y P.S. Habitat son similares, 4.4% y 3.9%, respectivamente.

Graf. 03: Demanda atenciones según establecimiento de salud

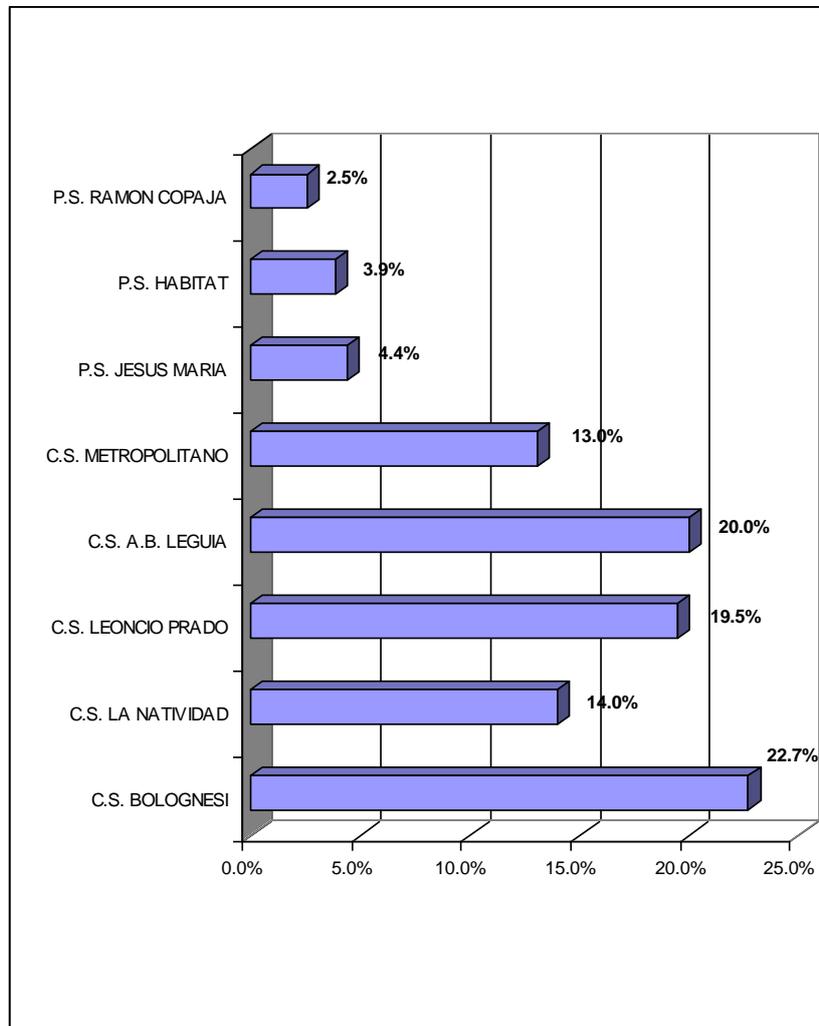


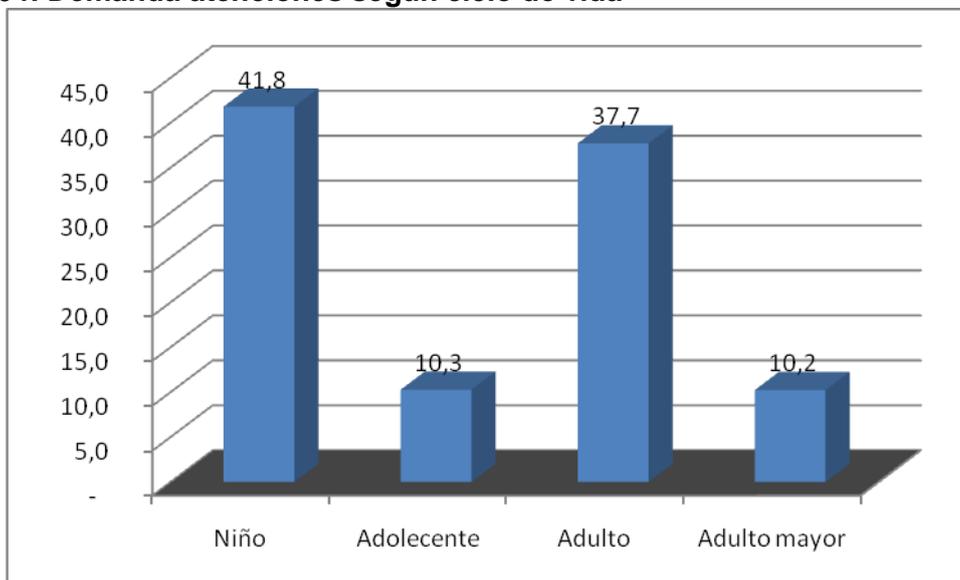
TABLA 04

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES SEGÚN CICLO DE VIDA DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		N	%
CICLO DE VIDA	Niño	22,397	41,8%
	Adolecente	5,505	10,3%
	Adulto	20,199	37,7%
	Adulto mayor	5,478	10,2%
	Total	53,579	100,0%

Fuente: base datos MINSA/HISMIS

Graf. 04: Demanda atenciones según ciclo de vida



Fuente: base datos MINSA/HISMIS

En la tabla 04 y gráfico 04 se observa la distribución de frecuencia de la de las atenciones según ciclo de vida en toda la Microred.

La edad ha sido estratificada por ciclos de vida, observando que la frecuencia de población que mayor demanda, niño es de un 41,8%, seguido de adulto con un 37,7%.

Según adolescente y adulto mayor, la demanda es similar.

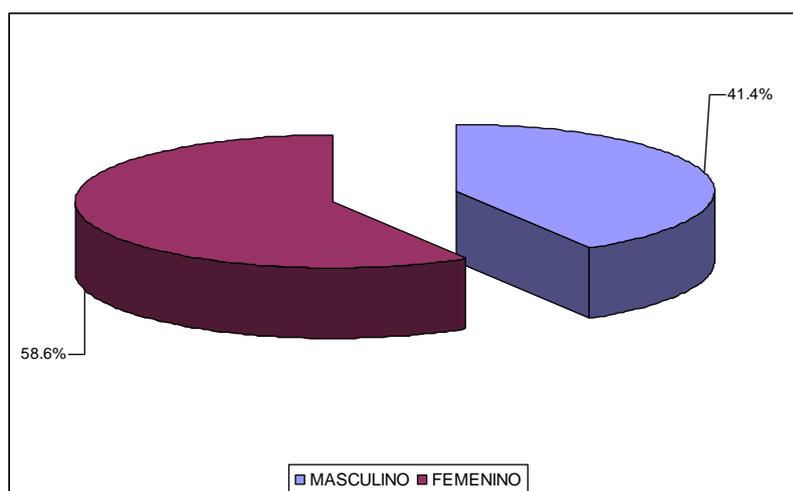
TABLA 05

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES SEGÚN SEXO DE LOS USUARIOS EN LA MICRORED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		N	%
SEXO	MASCULINO	22,189	41.4%
	FEMENINO	31,390	58.6%
	Total	53,579	100.0%

Fuente: base datos MINSA/HISMIS

Graf. 05: Atenciones según sexo



Fuente: base datos MINSA/HISMIS

En la tabla 05 y gráfica 05 se observa la distribución según sexo (variable persona). La población mayormente demandante es femenina (58.6%). La población masculina representa el 41.4% en toda la Microred.

TABLA 06

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES SEGÚN CONDICION DE LOS USUARIOS AL ESTABLECIMIENTO Y AL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL EN LA MICRORED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		N	%
CONDICION ESTABLECIMIENTO	REINGRESOS	8,795	16.42
	CONTINUADORES	35,158	65.62
	NUEVOS	9,626	17.97
	Total	53,579	100.00
CONDICION AL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL	REINGRESOS	10,942	20.42
	CONTINUADORES	31,937	59.61
	NUEVOS	10,700	19.97
	Total	53,579	100.00

Fuente: base datos MINSA/HISMIS

En la tabla 06 se observa la distribución de frecuencia de la condición del usuario al establecimiento y al servicio de medicina general.

Según el establecimiento, el 65.62% eran “continuadores” y el 17.97% “nuevos”.

Según el servicio de medicina general, el 59.61% eran “continuadores” y el 20.42% “reingreso”.

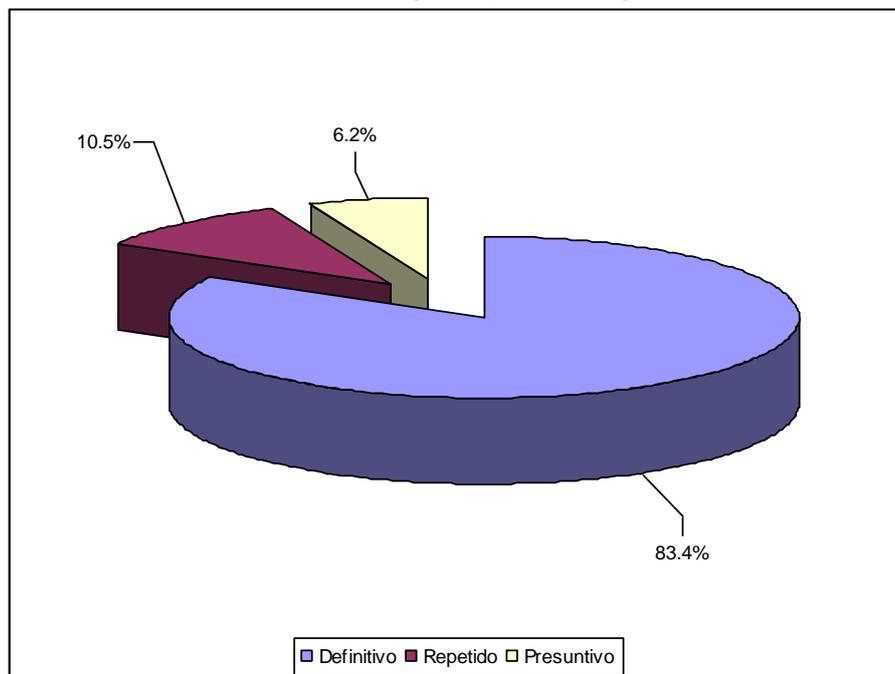
TABLA 07

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES SEGÚN TIPO DE DIAGNÓSTICO EN LA MICRORED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		N	%
TIPO DE DIAGNOSTICO	Definitivo	44,664	83.4%
	Repetido	5,601	10.5%
	Presuntivo	3,314	6.2%
	Total	53,579	100.0%

Fuente: base datos MINSA/HISMIS

Graf. 06: Atenciones según tipo de diagnóstico



Fuente: base datos MINSA/HISMIS



En la tabla 07 se observa la distribución de las atenciones según tipo de diagnóstico realizado en el servicio de medicina general.

Las mayor proporción (n=44,664, 83.4%) de los diagnósticos fueron considerados “definitivos”. Para analizar mejor el comportamiento de la demanda médica, es que sólo se considerarán en las tablas siguientes el diagnóstico “definitivo”, puesto que tal condición permite un menor margen de error en las estimaciones y en la caracterización de la demanda de atenciones.



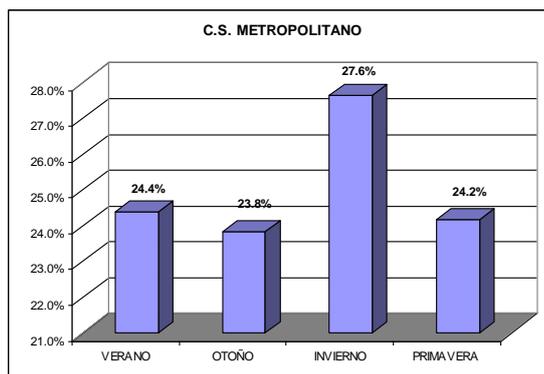
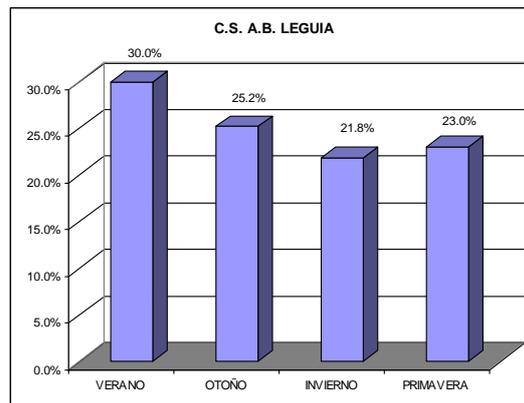
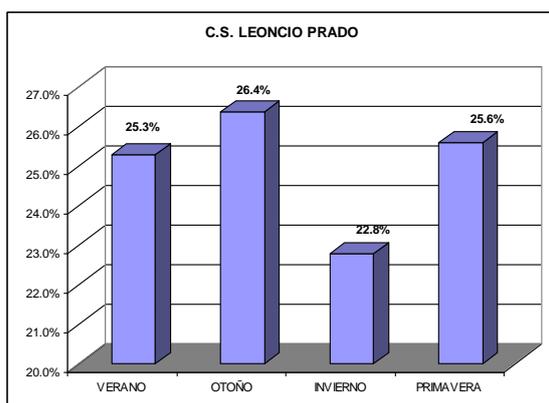
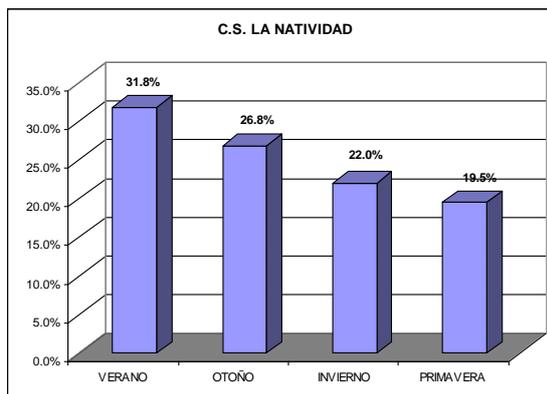
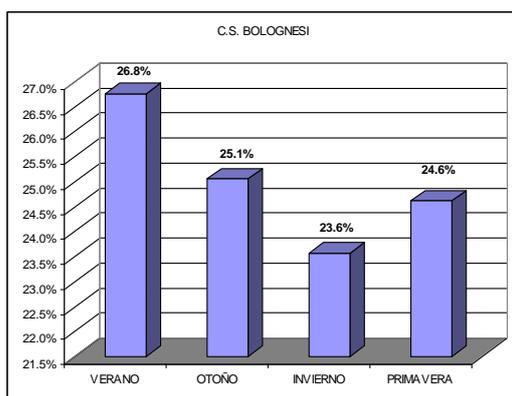
TABLA 08

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES ESTABLECIMIENTO Y ESTACION DEL AÑO EN LA MICRORED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		ESTACION									
		VERANO		OTOÑO		INVIERNO		PRIMAVERA		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ESTABLECIMIENTO DE SALUD (p:0.000)	C.S. BOLOGNESI	2,784	26.8%	2,607	25.1%	2,452	23.6%	2,561	24.6%	10,404	100.0%
	C.S. LA NATIVIDAD	2,130	31.8%	1,797	26.8%	1,473	22.0%	1,304	19.5%	6,704	100.0%
	C.S. LEONCIO PRADO	2,288	25.3%	2,386	26.4%	2,062	22.8%	2,314	25.6%	9,050	100.0%
	C.S. A.B. LEGUIA	2,225	30.0%	1,870	25.2%	1,617	21.8%	1,708	23.0%	7,420	100.0%
	C.S. METROPOLITANO	1,540	24.4%	1,505	23.8%	1,744	27.6%	1,525	24.2%	6,314	100.0%
	P.S. JESUS MARIA	372	17.6%	638	30.1%	594	28.0%	514	24.3%	2,118	100.0%
	P.S. HABITAT	393	26.5%	388	26.2%	331	22.3%	370	25.0%	1,482	100.0%
	P.S. RAMON COPAJA	316	27.0%	270	23.0%	324	27.6%	262	22.4%	1,172	100.0%
	Total	12,048	27.0%	11,461	25.7%	10,597	23.7%	10,558	23.6%	44,664	100.0%

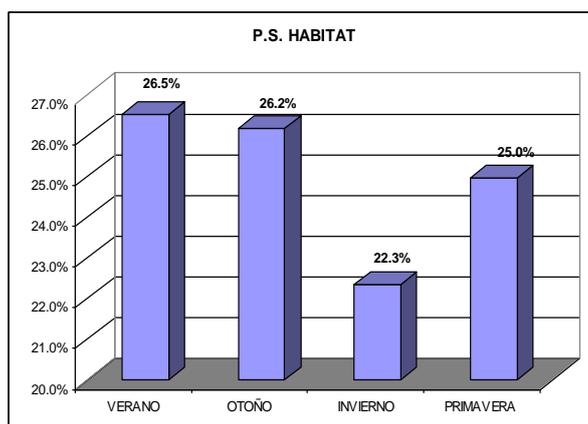
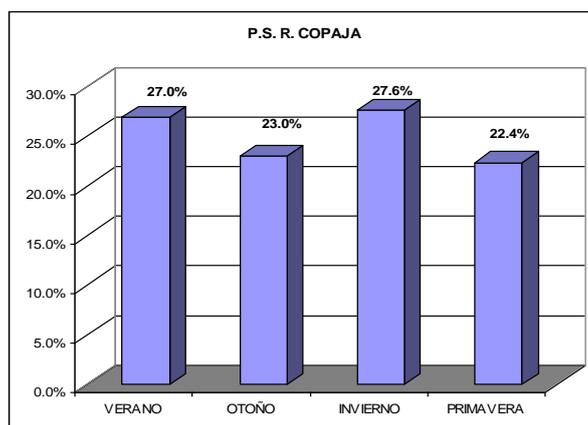
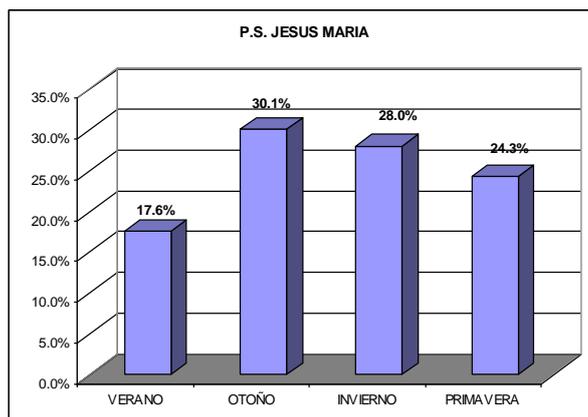
Fuente: base datos MINSA/HISMIS

Graf. 07-11: Atenciones según establecimientos (Centros de Salud) y estación del año



En la tabla 08 y gráficas 07-11 se observa la demanda por estaciones del año y establecimiento. En el C.S. Bolognesi, La Natividad y Leguía, las mayores frecuencias se presentaron en verano, siendo 26,8%, 31,8% y 30%, respectivamente. En el C.S. Leoncio Prado fue durante la estación de otoño y en el C.S. Metropolitano durante el invierno. Esta diferenciación permite orientar mejor las estrategias de oferta según establecimiento.

Graf. 12-14: Atenciones según establecimientos (Puestos de Salud) y estación del año



En las gráficas 12-14 se observa la demanda según establecimiento de salud (Puestos de Salud) y estación del año. En el P.S. Jesús María la mayor frecuencia de atenciones se realizaron en las estaciones de Otoño (30.1%) e Invierno (28.0%). En el P.S. Ramón Copaja la mayor frecuencia estuvo en Verano (27%) e Invierno (27.6%). En el P.S. Habitat las estaciones de verano (26.5%) y otoño (26.2%) presentaron las más altas frecuencias.



TABLA 09

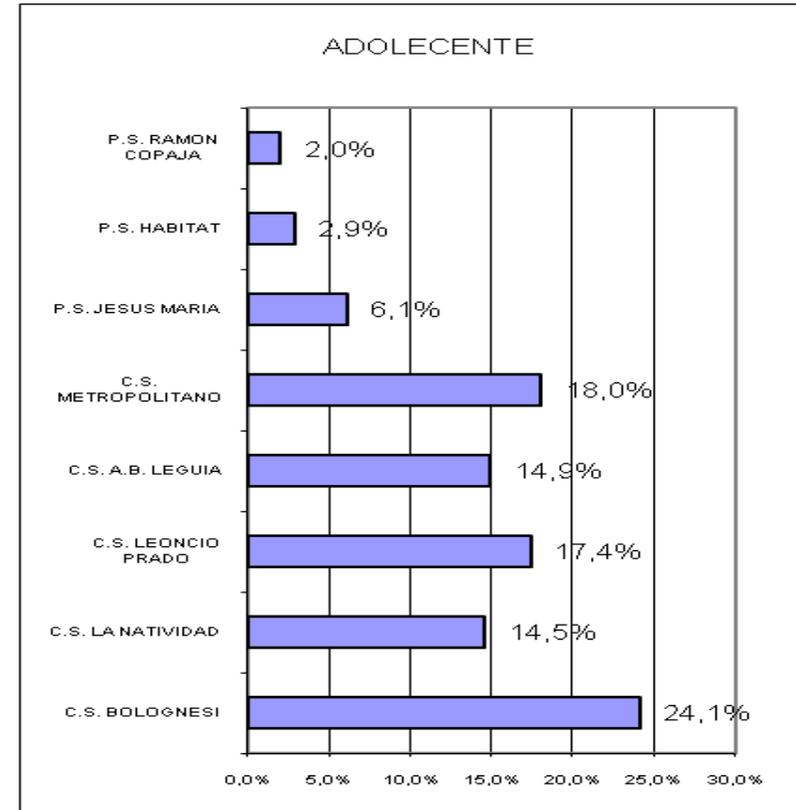
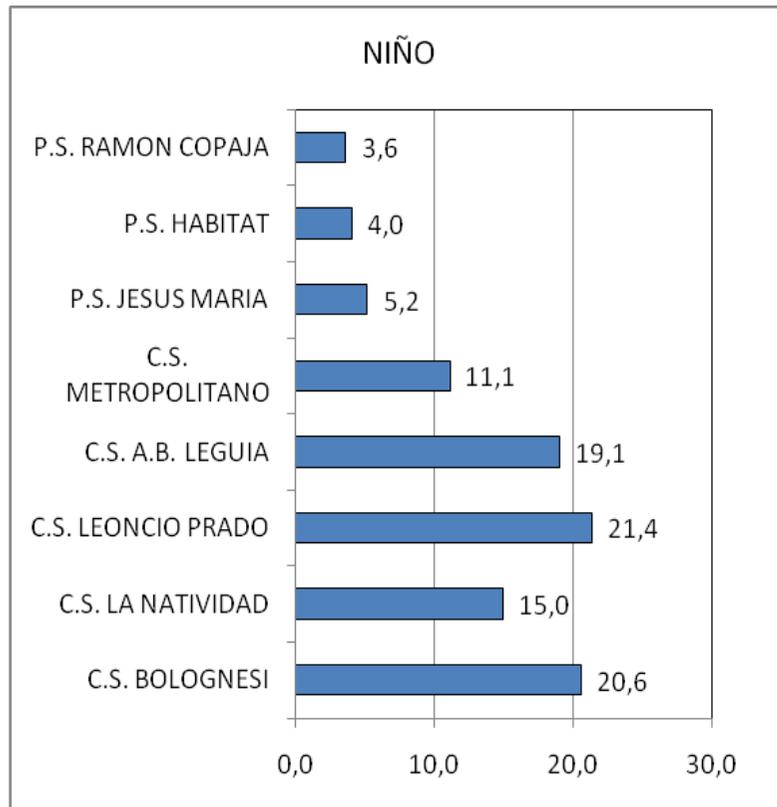
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES SEGÚN EDAD DE LOS USUARIOS Y ESTABLECIMIENTO EN LA MICRORED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		CICLO DE VIDA									
		NIÑO		ADOLECENTE		ADULTO		ADULTO MAYOR		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ESTABLECIMIENTO DE SALUD (p:0.000)	C.S. BOLOGNESI	4.021	20,6	1.130	24,1%	4.082	24,7%	1.171	29,6%	10.404	23,3%
	C.S. LA NATIVIDAD	2.917	15,0	681	14,5%	2.498	15,1%	608	15,4%	6.704	15,0%
	C.S. LEONCIO PRADO	4.177	21,4	816	17,4%	3.081	18,7%	976	24,7%	9.050	20,3%
	C.S. A.B. LEGUIA	3.721	19,1	699	14,9%	2.417	14,6%	583	14,7%	7.420	16,6%
	C.S. METROPOLITANO	2.172	11,1	845	18,0%	2.925	17,7%	372	9,4%	6.314	14,1%
	P.S. JESUS MARIA	1.006	5,2	286	6,1%	694	4,2%	132	3,3%	2.118	4,7%
	P.S. HABITAT	789	4,0	135	2,9%	498	3,0%	60	1,5%	1.482	3,3%
	P.S. RAMON COPAJA	708	3,6	94	2,0%	315	1,9%	55	1,4%	1.172	2,6%
	Total	19.511	100,0%	4.686	100,0%	16.510	100,0%	3.957	100,0%	44.664	100,0%

Fuente: base datos MINSA/HISMIS

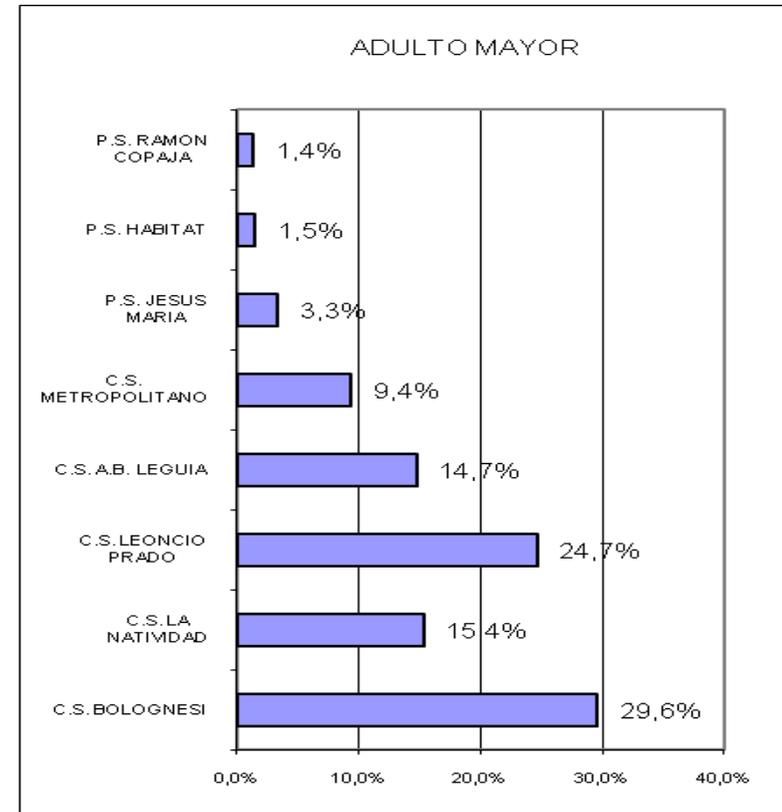
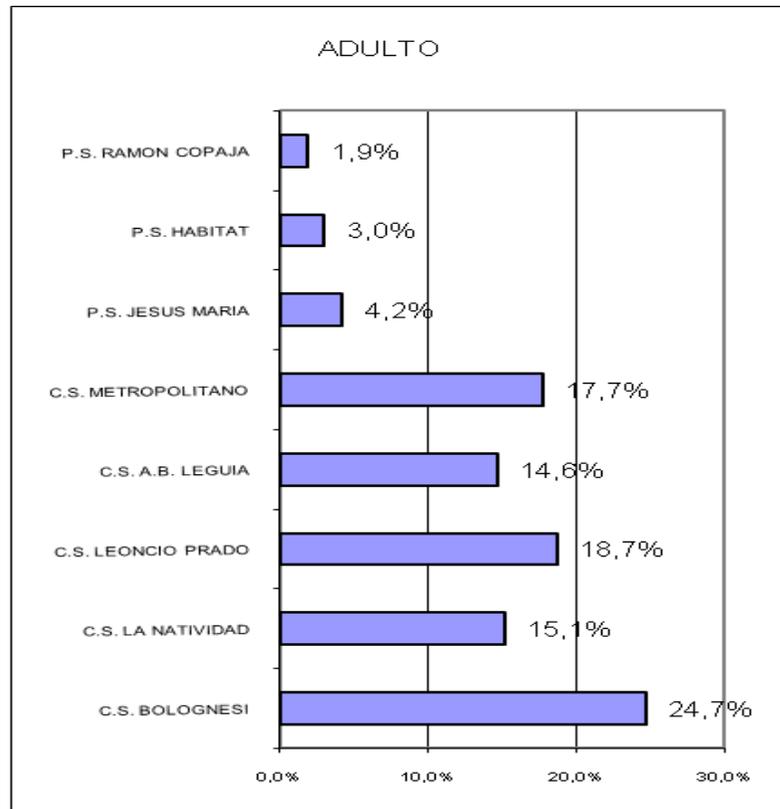


Graf. 15-16: Atenciones según establecimientos y Ciclos de vida



En la tabla 09 y gráficas 15-16 se observa atenciones según establecimiento y ciclo de vida del demandante. En niño estuvo mayor demanda en el C.S. Leoncio Prado (21,4%) seguido de C.S. Bolognesi (20,6%). En adolescentes se encontró la mayor demanda en el C.S. Bolognesi (24,1%) y C.S. Metropolitano (18%).

Graf. 17-18: Atenciones según establecimientos y Ciclos de vida



En las gráficas 17-18 se observa las atenciones demandadas según ciclo de vida. En adulto y adulto mayor demandó principalmente al C.S. Bolognesi. 24.7% y 29.6%, respectivamente.

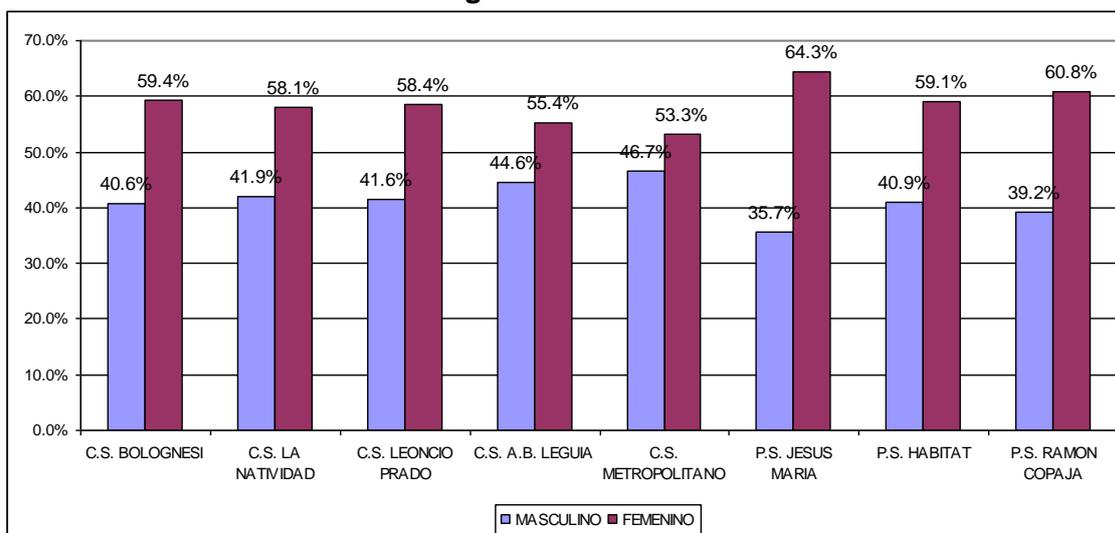
TABLA 10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES SEGÚN SEXO DE LOS USUARIOS Y ESTABLECIMIENTO EN LA MICRORRED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		SEXO					
		MASCULINO		FEMENINO		Total	
		N	%	N	%	N	%
ESTABLECIMIENTO DE SALUD (p:0.000)	C.S. BOLOGNESI	4,226	40.6%	6,178	59.4%	10,404	100.0%
	C.S. LA NATIVIDAD	2,812	41.9%	3,892	58.1%	6,704	100.0%
	C.S. LEONCIO PRADO	3,762	41.6%	5,288	58.4%	9,050	100.0%
	C.S. A.B. LEGUIA	3,313	44.6%	4,107	55.4%	7,420	100.0%
	C.S. METROPOLITANO	2,948	46.7%	3,366	53.3%	6,314	100.0%
	P.S. JESUS MARIA	756	35.7%	1,362	64.3%	2,118	100.0%
	P.S. HABITAT	606	40.9%	876	59.1%	1,482	100.0%
	P.S. RAMON COPAJA	460	39.2%	712	60.8%	1,172	100.0%
	Total	18,883	42.3%	25,781	57.7%	44,664	100.0%

Fuente: base datos MINSA/HISMIS

Graf. 19: Demanda atenciones según sexo



Fuente: base datos MINSA/HISMIS

En la tabla 10 y gráfica 19 se observa la distribución de frecuencia de los usuarios según sexo y establecimiento demandado.

En todos los establecimientos, la mayor proporción de demandantes son mujeres, siendo mayor la diferencia en los P.S. Jesús María, Habitat y Ramón Copaja. Esta diferencia es significativa (p: 0.000)

TABLA 11

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO EN LA ATENCIONES EN LA MICRORRED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

	n	%
FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	4,709	10.5%
RINOFARINGITIS AGUDA y RINITIS AGUDA	4,239	9.5%
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA	3,476	7.8%
NIÑO ADOLESCENTE PERSONA SANA	3,086	6.9%
ENFERMEDAD DIARREICA ACUOSA SIN DESHIDRATACION	2,240	5.0%
BRONQUITIS AGUDA	1,461	3.3%
EXAMEN MEDICO GENERAL	1,416	3.2%
INFECCION DE VIAS URINARIAS	1,201	2.7%
AMIGDALITIS AGUDA	1,057	2.4%
ANEMIA	828	1.9%
INFECCION VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	592	1.3%
DISPEPSIA	584	1.3%
BRONQUITIS AGUDA O CRONICA	544	1.2%
GASTRITIS NO ESPECIFICADA	499	1.1%
SOB	475	1.1%
TRAQUEITIS AGUDA	420	0.9%
VAGINITIS AGUDA	394	0.9%
BRONQUITIS CRONICA	368	0.8%
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO	359	0.8%
PIODERMA	358	0.8%
OTRAS GASTRITIS	332	0.7%
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	320	0.7%
LARINGOTRAQUEITIS AGUDA	317	0.7%
MICOSIS SUPERFICIAL	291	0.7%
UÑA ENCARNADA	264	0.6%
ASMA NO ESPECIFICADO	257	0.6%
EXPEDICION DE CERTIFICADO MEDICO	251	0.6%
DERMATITIS ATOPICA	251	0.6%
VARICELA SIN COMPLICACIONES	210	0.5%
INFECCION VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	208	0.5%
CONSTIPACION	202	0.5%
RINITIS ALERGICA NO ESPECIFICADA	198	0.4%
EXAMEN DE CONTACTOS	194	0.4%
PARASITOSIS INTESTINAL	194	0.4%
LUMBAGO CON CIATICA	191	0.4%
HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA	173	0.4%
DIABETES MELLITUS	97	0.2%
TBC PULMONAR BK +	67	0.2%
SUPERVISION DE EMBARAZO	64	0.1%
TBC PULMONAR SIN BACILOSCOPIA	10	0.0%
Otros	12,267	27.5%
Total	44,664	100.0%

Fuente: base datos MINSA/HISMIS

En la tabla 11 se observa la distribución de frecuencia de los principales diagnósticos definitivos en la Microred. Se seleccionó al conjunto de diagnósticos que representó hasta el 70% de la demanda en toda la microrred. Los demás fueron considerados en “otros”.

La faringitis aguda no especificada (10.5%), rinofaringitis aguda (9.5%) y rinitis aguda y faringoamigdalitis aguda (7.8%).

Niño adolescente persona sana (6.9%), enfermedad diarreica acuosa sin deshidratación (5%), bronquitis aguda (3.3%), examen médico general (3.2%), infección de vías urinarias (2.7%) y amigdalitis aguda (2.4%) fueron el segundo grupo de diagnósticos más frecuentes.

TABLA 12

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO POR PRINCIPALES SISTEMAS DE LAS ATENCIONES EN LA MICRORRED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		n	%
SISTEMAS	VIAS RESPIRATORIAS	18,113	40.6%
	SISTEMA DIGESTIVO	4,051	9.1%
	SISTEMA URINARIO	1,409	3.2%
	CVC/SANGUINEO	1,001	2.2%
	SISTEMA PULMONAR PARENQUIMAL	271	0.6%
	SISTEMA GENITAL	458	1.0%
	PIEL Y FANERAS	1,733	3.9%
	SISTEMA NERVIOSO	511	1.1%
	SISTEMA ENDOCRINO	97	0.2%
	EXAMEN MEDICO GENERAL	4,753	10.6%
	OTROS	12,267	27.5%
	Total	44,664	100.0%

Fuente: base datos MINSA/HISMIS

En la tabla 12 se observa la distribución de frecuencia según principales sistemas seleccionados.

Las patologías más frecuentes atendidas son de vías respiratorias (40.6%) seguida de “examen médico general” (10.6%). Entiéndase esta última como las acciones destinadas a chequeos médicos, certificaciones, controles, etc., que no necesariamente tienen un diagnóstico patológico y que generalmente se realiza en personas aparentemente sanas.

El 9.1% de las personas demandaron por problemas digestivos y el 3.9% por problemas en piel y faneras.



TABLA 13

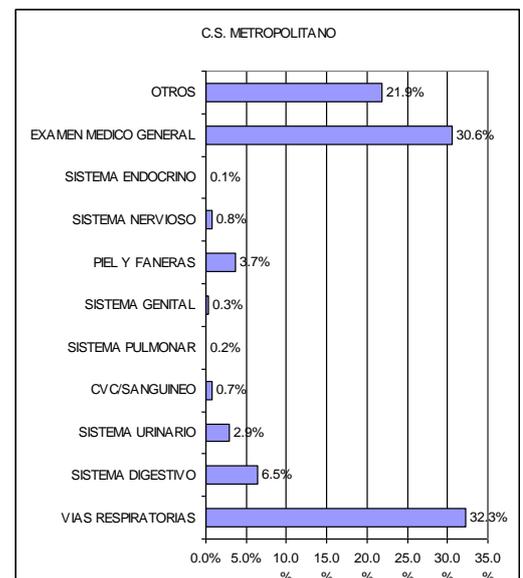
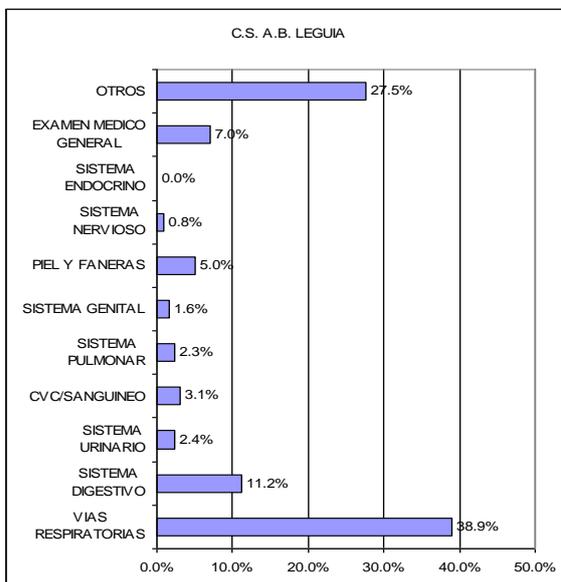
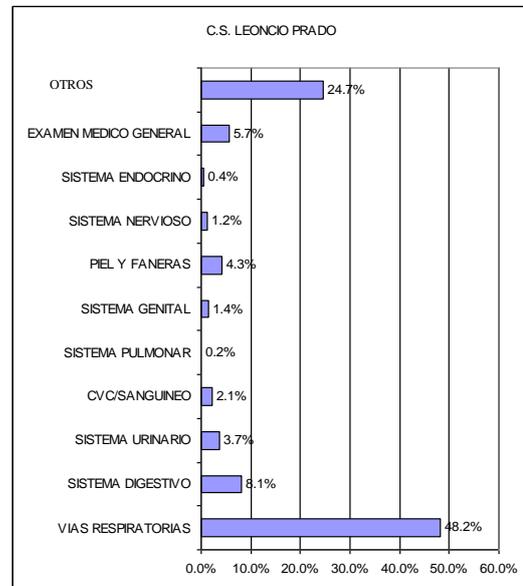
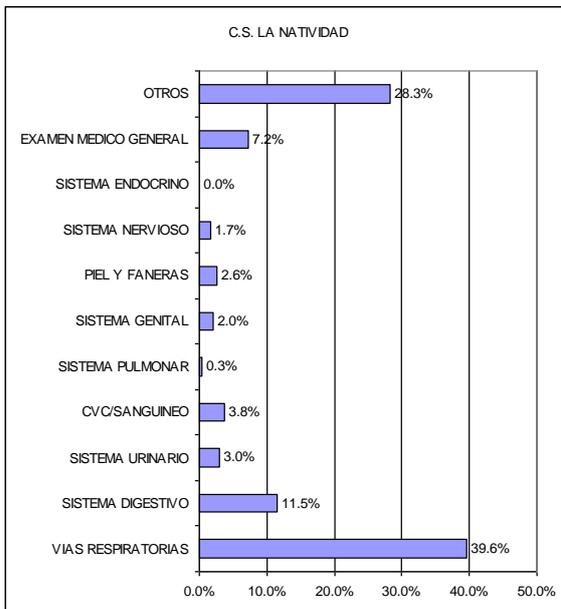
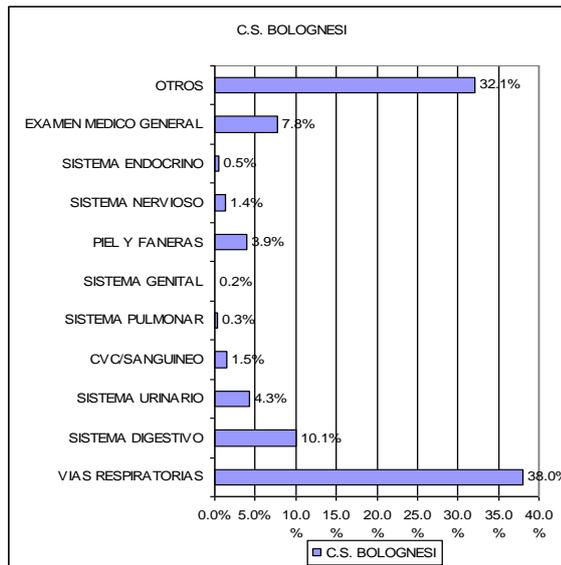
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO POR PRINCIPALES SISTEMAS Y ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN LA MICRORED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		ESTABLECIMIENTO DE SALUD																	
		C.S. BOLOGNESI		C.S. LA NATIVIDAD		C.S. LEONCIO PRADO		C.S. A.B. LEGUIA		C.S. METROPOLITAN		P.S. JESUS MARIA		P.S. HABITAT		P.S. RAMON COPAJA		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SISTEMAS	VIAS RESPIRATORIAS	3,951	38.0%	2,656	39.6%	4,362	48.2%	2,889	38.9%	2,038	32.3%	931	44.0%	667	45.0%	619	52.8%	18,113	40.6%
	SISTEMA DIGESTIVO	1,049	10.1%	770	11.5%	733	8.1%	828	11.2%	408	6.5%	145	6.8%	99	6.7%	19	1.6%	4,051	9.1%
	SISTEMA URINARIO	448	4.3%	201	3.0%	338	3.7%	177	2.4%	186	2.9%	27	1.3%	13	0.9%	19	1.6%	1,409	3.2%
	CVC/SANGUINEO	156	1.5%	252	3.8%	190	2.1%	233	3.1%	45	0.7%	16	0.8%	61	4.1%	48	4.1%	1,001	2.2%
	SISTEMA PULMONAR	36	0.3%	20	0.3%	16	0.2%	174	2.3%	14	0.2%	0	0.0%	1	0.1%	10	0.9%	271	0.6%
	SISTEMA GENITAL	22	0.2%	137	2.0%	126	1.4%	120	1.6%	18	0.3%	5	0.2%	2	0.1%	28	2.4%	458	1.0%
	PIEL Y FANERAS	404	3.9%	176	2.6%	385	4.3%	369	5.0%	235	3.7%	52	2.5%	45	3.0%	67	5.7%	1,733	3.9%
	SISTEMA NERVIOSO	144	1.4%	114	1.7%	111	1.2%	61	0.8%	53	0.8%	12	0.6%	14	0.9%	2	0.2%	511	1.1%
	SISTEMA ENDOCRINO	47	0.5%	2	0.0%	35	0.4%	3	0.0%	6	0.1%	4	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	97	0.2%
	EXAMEN MEDICO GENERAL	811	7.8%	480	7.2%	519	5.7%	522	7.0%	1,930	30.6%	335	15.8%	125	8.4%	31	2.6%	4,753	10.6%
	OTROS	3,336	32.1%	1,896	28.3%	2,235	24.7%	2,044	27.5%	1,381	21.9%	591	27.9%	455	30.7%	329	28.1%	12,267	27.5%
	Total	10,404	100.0%	6,704	100.0%	9,050	100.0%	7,420	100.0%	6,314	100.0%	2,118	100.0%	1,482	100.0%	1,172	100.0%	44,664	100.0%

Fuente: base datos MINSA/HISMIS

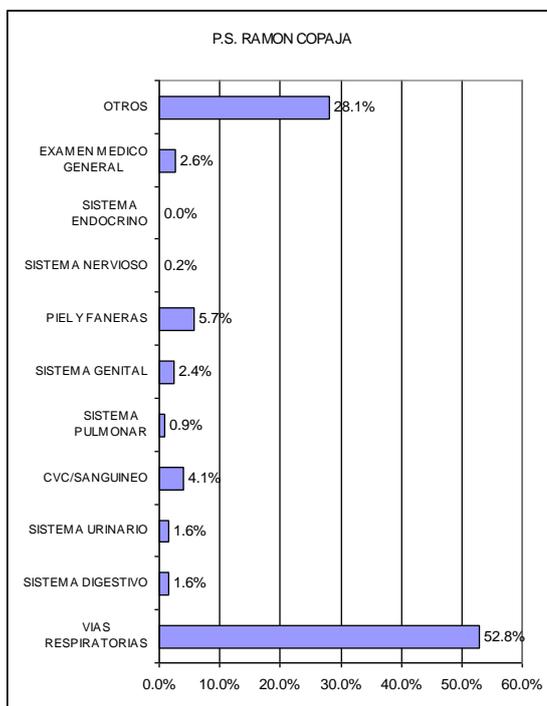
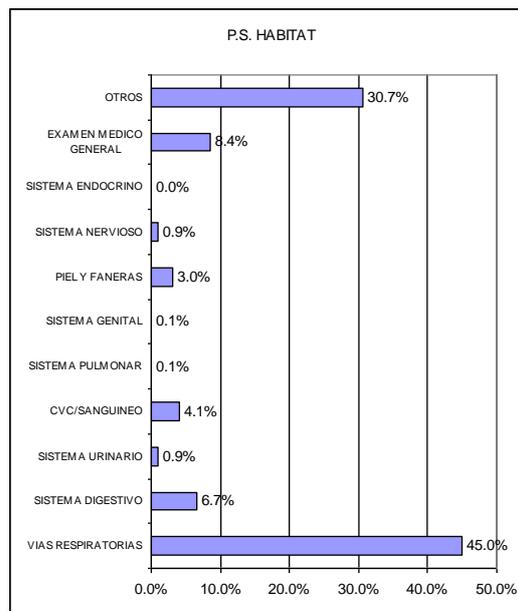
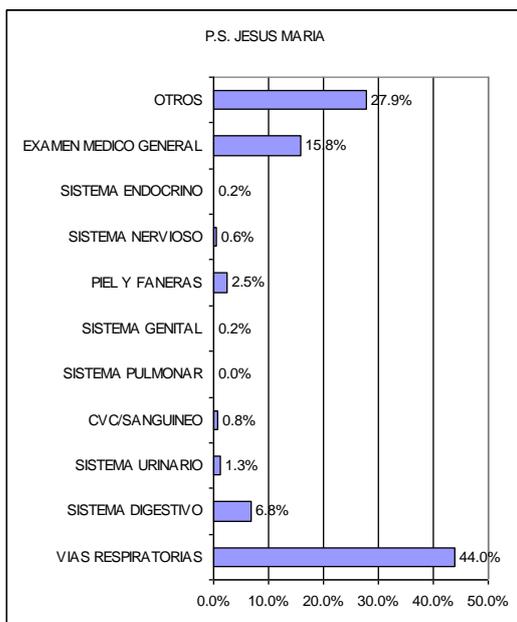


Graf. 20-24:
Patologías por
sistemas según
establecimientos





Graf. 25-27: Patologías por sistemas según establecimientos





En la tabla 13 y gráficos 20 a 27 se observa la distribución de las patologías según principales sistemas comprometidos en los Centros de Salud. En los centros de salud, principalmente fueron las vías respiratorias las más demandadas (proporciones por encima del 30%). En el centro de salud Metropolitano, un 30.6% de las atenciones son exámenes médicos generales.

En los puestos de salud, el comportamiento por sistemas es similar. El P.S. Jesús María es el establecimiento de ese nivel que realiza más frecuentemente exámenes médicos generales (15.8%).



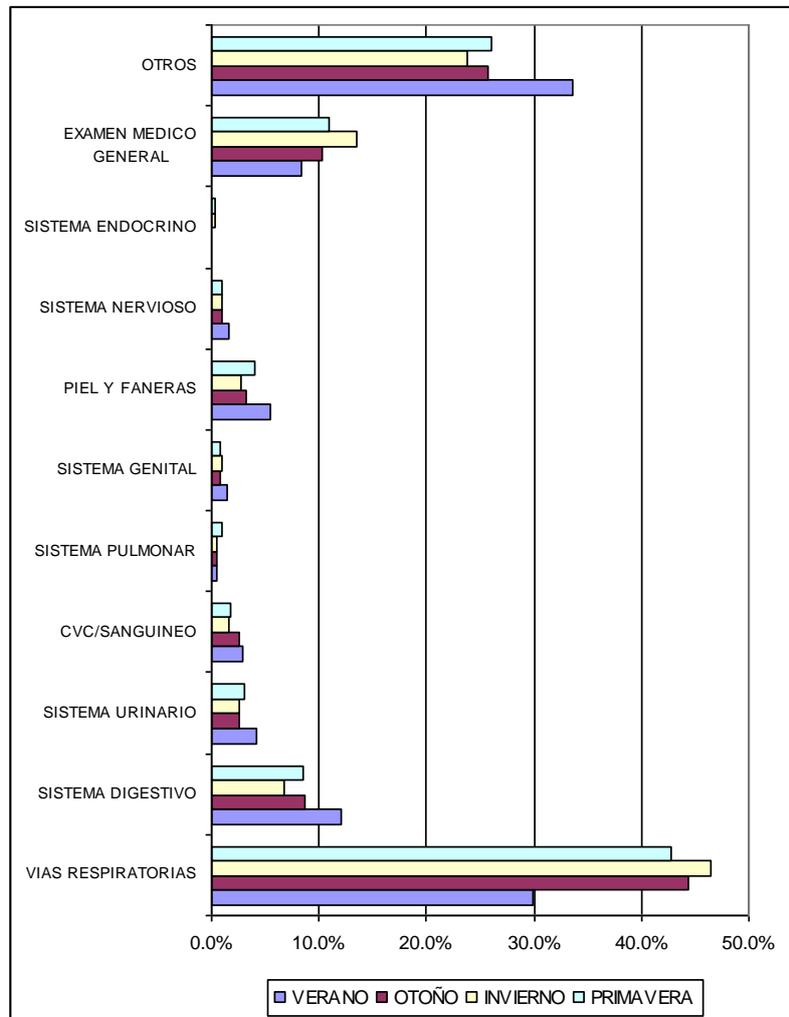
TABLA 14

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO POR PRINCIPALES SISTEMAS Y ESTACION DEL AÑO EN LA MICRORRED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		ESTACION									
		VERANO		OTOÑO		INVIERNO		PRIMAVERA		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SISTEMAS	VIAS RESPIRATORIAS	3,598	29.9%	5,092	44.4%	4,916	46.4%	4,507	42.7%	18,113	40.6%
	SISTEMA DIGESTIVO	1,446	12.0%	990	8.6%	719	6.8%	896	8.5%	4,051	9.1%
	SISTEMA URINARIO	513	4.3%	302	2.6%	266	2.5%	328	3.1%	1,409	3.2%
	CVC/SANGUINEO	352	2.9%	292	2.5%	176	1.7%	181	1.7%	1,001	2.2%
	SISTEMA PULMONAR PARENQUIMAL	56	0.5%	63	0.5%	51	0.5%	101	1.0%	271	0.6%
	SISTEMA GENITAL	170	1.4%	96	0.8%	99	0.9%	93	0.9%	458	1.0%
	PIEL Y FANERAS	660	5.5%	364	3.2%	286	2.7%	423	4.0%	1,733	3.9%
	SISTEMA NERVIOSO	188	1.6%	111	1.0%	105	1.0%	107	1.0%	511	1.1%
	SISTEMA ENDOCRINO	17	0.1%	19	0.2%	27	0.3%	34	0.3%	97	0.2%
	EXAMEN MEDICO GENERAL	1,001	8.3%	1,183	10.3%	1,423	13.4%	1,146	10.9%	4,753	10.6%
	OTROS	4,047	33.6%	2,949	25.7%	2,529	23.9%	2,742	26.0%	12,267	27.5%
Total	12,048	100.0%	11,461	100.0%	10,597	100.0%	10,558	100.0%	44,664	100.0%	

Fuente: base datos MINSA/HISMIS

Graf.28: Distribución según principales sistemas y estación del año.



Fuente: base datos MINSA/HISMIS

Las infecciones del sistema respiratorio son las más frecuentes dentro de las patologías demandadas. Cabe destacar que su proporción de demanda es muy similar en todas las estaciones, un poco menor en verano, pero mucho mayor comparada con los otros sistemas. No existe una diferencia significativa. Se puede afirmar que los problemas respiratorios son demandados durante todo el año, indistintamente de su etiología principal.

TABLA 15

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO POR PRINCIPALES SISTEMAS Y SEXO EN LA MICRORRED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

		SEXO					
		MASCULINO		FEMENINO		Total	
		n	%	n	%	n	%
SISTEMAS (p: 0.000)	VIAS RESPIRATORIAS	8,179	43.3%	9,934	38.5%	18,113	40.6%
	SISTEMA DIGESTIVO	1,649	8.7%	2,402	9.3%	4,051	9.1%
	SISTEMA URINARIO	141	0.7%	1,268	4.9%	1,409	3.2%
	CVC/SANGUINEO	458	2.4%	543	2.1%	1,001	2.2%
	SISTEMA PULMONAR PARENQUIMAL	135	0.7%	136	0.5%	271	0.6%
	SISTEMA GENITAL	0	0.0%	458	1.8%	458	1.0%
	PIEL Y FANERAS	785	4.2%	948	3.7%	1,733	3.9%
	SISTEMA NERVIOSO	187	1.0%	324	1.3%	511	1.1%
	SISTEMA ENDOCRINO	38	0.2%	59	0.2%	97	0.2%
	EXAMEN MEDICO GENERAL	2,363	12.5%	2,390	9.3%	4,753	10.6%
	OTROS	4,948	26.2%	7,319	28.4%	12,267	27.5%
	Total	18,883	100.0%	25,781	100.0%	44,664	100.0%

Fuente: base datos MINSA/HISMIS

En la tabla 15 se observa la distribución de frecuencia según principal sistema comprometido y sexo. En el sexo masculino, los sistemas más comprometidos son las vías respiratorias (43.3%), exámenes médicos generales (12.5%) y el sistema digestivo (8,7%).

En el sexo femenino, el sistema más comprometido son las vías respiratorias (38.5%). Proporción menor que en los varones. El segundo sistema comprometido es el digestivo (9.3%) y exámenes médicos generales (9.3%). La primera proporción, sistema digestivo, es mayor que en el sexo masculino. Existe una marcada diferencia proporcional según sistema urinario. La proporción es mayor en el sexo femenino (4.9%). Estas diferencias son altamente significativas (p: 0.000).



TABLA 16

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO POR PRINCIPALES SISTEMAS Y EDAD EN LA MICRORED METROPOLITANA. LA RED DE SALUD DE TACNA. 2010.

	CICLO DE VIDA									
	NIÑO		ADOLECENTE		ADULTO		ADULTO MAYOR		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
VIAS RESPIRATORIAS	11.272	57,8	1.621	34,6%	4.232	25,6%	988	25,0%	18.113	40,6%
SISTEMA DIGESTIVO	1.854	9,5	394	8,4%	1.408	8,5%	395	10,0%	4.051	9,1%
SISTEMA URINARIO	180	0,9	154	3,3%	878	5,3%	197	5,0%	1.409	3,2%
CVC/SANGUINEO	718	3,7	17	0,4%	129	0,8%	137	3,5%	1.001	2,2%
SISTEMA PULMONAR	37	0,2	56	1,2%	159	1,0%	19	0,5%	271	0,6%
SISTEMA GENITAL	31	0,2	47	1,0%	372	2,3%	8	0,2%	458	1,0%
PIEL Y FANERAS	834	4,3	252	5,4%	552	3,3%	95	2,4%	1.733	3,9%
SISTEMA NERVIOSO	6	0,0	20	0,4%	302	1,8%	183	4,6%	511	1,1%
SISTEMA ENDOCRINO	1	0,0	0	0,0%	43	0,3%	53	1,3%	97	0,2%
EXAMEN MEDICO GENERAL	739	3,8	836	17,8%	2.981	18,1%	197	5,0%	4.753	10,6%
OTROS	3.839	19,7	1.289	27,5%	5.454	33,0%	1.685	42,6%	12.267	27,5%
Total	19.511	100,0%	4.686	100,0%	16.510	100,0%	3.957	100,0%	44.664	100,0%

Fuente: base datos MINSA/HISMIS

En la tabla 16 se observa la distribución de las patologías según sistemas y ciclo de vida. En todos los ciclos de vida, los problemas de las vías respiratorias son las más demandadas. Siendo mayores las proporciones en los niños (57.8%). En los usuarios adolescentes, las vías respiratorias representaron el 34.6% de las atenciones. En los adultos y adultos mayores la proporción fue similar (25%).

En los adolescentes (17.8%) y adultos (18.1%), los exámenes médicos generales representan la segunda causa de consulta. En el adulto mayor (10%) y niños (9.5%), el segundo sistema comprometido es el digestivo.

Piel y faneras es el tercer sistema comprometido principalmente en los grupos de adolescentes (5.4%).

DISCUSIÓN

Son pocos los estudios que analizan el comportamiento de la demanda. A pesar que es muy necesario para la gestión de servicios y que debe de monitorizarse periódicamente, este no se realiza como una tarea periódica. Es importante conocer que las características de la demanda se puede enfocar desde múltiples aspectos. En nuestro estudio los presentamos desde la tarea realizada, desde la demanda atendida con enfoque salubristas y de gestión. La fuente HISMIS, fuente oficial de información, es una base de datos que para muchos es discutida, pero que si se toma en conjunto, o sea, todos los datos acumulados en un periodo de tiempo, cualquier tipo de error es controlado por el tamaño grande de los datos examinados. En nuestro estudio depuramos los diagnósticos presuntivos y repetidos en la parte de contraste de patologías. Esto fue con la intención de considerar la mayor proporción de datos con seguridad final en el diagnóstico. No está exenta del error pero por el tamaño de la muestra éste queda controlado.

Ningún estudio a la fecha a contrastado la demanda entre establecimientos de salud de una microrred. Como una propuesta metodológica inicial, consideramos nuestra investigación como importante. Una de las principales limitaciones que reconocemos de nuestro trabajo es la tamización más exacta del grupo de patologías consideradas como otros, pero por fines de priorización para el análisis optamos por el otro 70% que representaban los demás diagnósticos que estaban claramente definidos. Además, un trabajo como este tiene un espacio no tan extenso como exigiría el desmenuzar las características de los diagnósticos considerados como otros, que en nuestro caso sólo representó el 30%.

Aguilar⁸ desde ya en el año 1988 estudió las características clínicas-epidemiológicas de la demanda de Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) y su manejo en niños menores de 5 años en 10 áreas de salud del Primer Nivel de Atención en la región III. Sólo consideró enfermedades respiratorias agudas y en niños. El 32 % eran menores de 1 año y recomienda la capacitación del personal médico en el reconocimiento e interpretación de síntomas y signos clínicos de patologías respiratorias. En nuestro estudio, el 57,8% del ciclo niño consultó por problemas respiratorios. Estas cifras son mayores a las encontradas por Aguilar⁸. Podría deberse al muestreo aleatorio de



Aguilar o al mejor diagnóstico y registro en los últimos años por parte del personal médico.

Navas⁹, aborda la problemática de la relación entre médicos generalistas y especialistas y su disociación con las frecuencias de las patologías susceptibles de ser resueltas en el Primer Nivel de atención. La demanda predominante responde a patologías propias de las condiciones de vida, con amplio predominio de infecciones respiratorias, seguidas por las gastrointestinales. Por otro lado, los controles se hallan predominantemente reducidos en carga de exámenes de salud. En nuestro caso, coincidimos en la frecuencia de infecciones respiratorias y digestivas como principales motivos de consulta, pero respecto a exámenes médicos generales, nuestra proporción es mayor. Navas⁹, encuentra que la demanda femenina es notoria, pero deben ser contempladas las causas obstétricas a fin de establecer el alcance genuino de esta preponderancia. Coincidió con nuestro estudio. Navas⁹, reconoce que su trabajo no tamizó por edad, en el nuestro consideramos todos los ciclos de vida.

Reyes-Morales¹⁰, evalúa las necesidades de salud de la población residente en áreas urbanas marginadas de México. Estudió la vulnerabilidad sanitaria de las personas que viven en las áreas urbanas marginadas de México se manifiesta en la existencia de una población joven, con pocas redes de apoyo familiar y de servicios de salud, que sufre trastornos y enfermedades, como la desnutrición infantil, el alto riesgo reproductivo y las adicciones en adolescentes y adultos, producto del rezago en el desarrollo social. La prevalencia de enfermedades fue similar a la de la población mexicana no marginada. Reyes-Morales¹⁰, propone que futuros trabajos de demanda también incluya otros factores asociados a enfermedad y que puedan convertirse en demanda potencial a los servicios de salud.

Miranda¹¹, en Chile estudió la demanda asistencial de los servicios y refiere que esta ha ido aumentando en los últimos años. Encontró en su estudio que Promedio de edad: 5,58 años. Sexo 47,5% masculino y 52,5% femenino. Comparó demanda según establecimientos, metodología similar a la nuestra y encontró diferencias que ameritan ser estudiadas gerencialmente. Silva¹³ en su estudio en un servicio de emergencias identificó el perfil clínico y epidemiológico de la demanda médica de la población atendida en la clínica de urgencias médicas en el Hospital Universitario de La Universidad Federal de Santa Catarina. Observó las quejas más frecuentes. Las enfermedades respiratorias (21,5%) fue predominante y la radiografía de tórax fue la



prueba más solicitada (20,1%). Entre los hospitalizados, disnea (7,3%) fue la queja más frecuente, las enfermedades del sistema circulatorio (20,4%) predominó en el CBC (27,2%) requiere un examen más detenido. En nuestro estudio no está incluida hospitalización y atenciones de emergencia por las noches porque los establecimientos de salud no consideran ese nivel de atención. Se podría replicar el estudio en aquellos donde sí se realiza estas actividades.

El modelo del presente estudio es interesante y que puede ser discutido. Aprovechar la base de datos que despliega un gran esfuerzo en los establecimientos de salud y que puede ser punto de partida para el análisis de la demanda potencial, la demanda satisfecha y no satisfecha.

CONCLUSIONES

- La población de mayor demanda es niño (41,8%), seguido de adulto (37,7%). La población mayormente demandante es femenina (58.6%). La población masculina representa el 41.4% en toda la microrred. No existe una diferencia significativa entre las proporciones de atención por estaciones del año. Según el establecimiento, el 65.62% eran “continuadores” y el 17.97% “nuevos”. Según el servicio de medicina general, el 59.61% eran “continuadores” y el 20.42% “reingresos”.
- La faringitis aguda no especificada (10.5%), rinofaringitis aguda y rinitis aguda (9.5%), faringoamigdalitis aguda (7.8%), son los diagnósticos específicos más frecuentes. Niño adolescente persona sana (6.9%), enfermedad diarreica acuosa sin deshidratación (5%), bronquitis aguda (3.3%), examen médico general (3.2%), infección de vías urinarias (2.7%) y amigdalitis aguda (2.4%), fueron el segundo grupo de diagnósticos más frecuentes. Según sistemas, las patologías más frecuentes atendidas son de vías respiratorias (40.6%), seguida de “examen médico general” (10.6%).
- La mayor frecuencia de atenciones demandadas se observa en el Centro de Salud Bolognesi (22.7%), seguido del C.S. A.B. Leguía (20.0%) y el C.S. Leoncio Prado (19.5%). Según sistemas, en los centros de salud y puestos de salud, principalmente fueron las vías respiratorias las más demandadas seguido de los exámenes médicos generales. La demanda de las infecciones de las vías respiratorias es muy similar en todas las estaciones del año. Según sexo, en los varones los sistemas más comprometidos son las vías respiratorias (43.3%), exámenes médicos generales (12.5%) y el sistema digestivo (8,7%). En el sexo femenino, el sistema más comprometido son las vías



respiratorias (38.5%), seguido del sistema digestivo (9.3%) y exámenes médicos generales (9.3%). Existe diferencias según sexo (p: 0.000).

En todos los ciclo de vida, los problemas de las vías respiratorias son de mayor demanda siendo la proporción mayor en niño (57,8%). En adulto mayor (10,0%) y niño (9,5%), el segundo sistema comprometido es el digestivo. En adolescente (17,8%) y adulto (18,1%), los exámenes médicos generales representan la segunda causa de consulta.

RECOMENDACIONES

- Realizar trabajos de investigación en población de demanda potencial, demanda no atendida, y demanda insatisfecha.
- Realizar estudios que permitan aglutinar estrategias de atención entre los integrantes de la microrred puesto que comparten poblaciones muy similares.
- Realizar estrategias de mejoramiento para cubrir la demanda de atenciones para satisfacción del usuario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bradshaw JS. A Taxonomy of Social Need. En: Problems and Progress in Medical Care, 7th Series, NPHT/OUP.1992
2. Arredondo Lopez, Armando. Recaman Mejia, Ana.” Oferta vs Demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. Hitos de ciencias Económicas Administrativas 2002;20:42-47. Disponible en :www.ujat.mx/publicaciones/hitos.
3. Fitzpatrick R. Survey of patient satisfaction. BMJ 1991; 302: 887-9
4. Cerezo PL. La calidad del servicio como elemento estratégico para fidelizar al cliente. En: Telework. Spain. 1997
5. Blanchard K, Bowles S, Raving F. A revolutionary approach to customer service. New York. William Morrow and Company Inc. 1993
6. Ministerio de Salud. En: El desafío del cambio del milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. Lima, MINSA; 1995
7. Barillas E. Servicios públicos de salud: ¿Una respuesta a la demanda o a la necesidad? Rev Panam Salud Pública 1998; 3(2): 133-5.
8. Aguilar Torres, Reynaldo; González Moncada, Martha. Evaluación del manejo de pacientes menores de cinco años que demandan atención por enfermedades respiratorias agudas (ERA) en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud de la Región III. Managua; s.n; feb. 1988. [133]
9. Navas, Héctor Joaquín; Moiso, Adriana; Argemi, Rubén. Magnitud y características de la consulta externa atendida por médico generalista en centros sanitarios periféricos. Med. & soc;21(2):64-74, jun. 1998. tab.
10. Reyes-Morales, Hortensia; Gómez-Dantés, Héctor; Torres-Arreola, Laura del Pilar; Tomé-Sandoval, Patricia; Galván-Flores, Gloria; González-Unzaga, Marco Aurelio; Gutiérrez-Trujillo, Gonzalo. Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. Rev. panam. salud pública = Pan am. j. public health;25(4):328-336, abr. 2009. tab

11. Miranda Viorklumds, Carolina; Martínez Gambaro, Felipe; Fariña Hurtado, Jade; Mihovilovic Alvarado, Catalina. Consultas en Servicio de Urgencia Hospital Roberto del Río: ¿cuáles son las razones de esta preferencia por sobre el nivel primario de atención?. *Pediatría (Santiago de Chile)*;4(2):3-10, ago. 2007. graf
12. Galvez, Gabriel. Estudio descriptivo de la población atendida en consultorios externos de pediatría. *Arch. argent. pediatr*;99(4):309-316, ago. 2001. tab, graf.
13. Silva, Vanessa Priscilla Martins da; Silva, Ana Kris da; Heinisch, Roberto Henrique; Heinisch, Liana Miriam Miranda. El perfil de la demanda para la clínica médica de emergencia del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina. *ACM arq. catarin. med*;36(4):18-27, out.-dez. 2007
14. Pérez Rodríguez, Antonio; González Ochoa, Ediberto; Linton, Tomás; Cabañas Loza, Gladys. Demanda de consulta por infecciones respiratorias agudas en una comunidad atendida por el Plan del médico de la familia. *Rev. cuba. hig. epidemiol*;30(2):90-100, jul.-dic. 1992
15. Grossman M. "On the concept of health capital and the demand for health" en *Journal of Political Economy*, 1972. No.80 pp.223-225.
16. Karina Temporelli. Anàlisis de la demanda de asistencia sanitaria. La utilidad del médico como determinante. *Determinante de economía. Universidad Nacional del Sur. Pag. 09. 2002.*
17. Rubio Cebrián, Santiago. “ Glosario de Economía de la Salud (y disciplinas afines). Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1995
18. Katz, Bernardo. “ Cómo gerenciar el servicio al cliente ”. Serie Empresarial . Fondo Editorial Legis, Colombia, Octubre 1990
19. Otero M., Jaime; Otero I. Jaime I.; “ Estamos viviendo el futuro ”. *Revista Mundo Odontológico etc*
20. Arroyo, Juan. “ Salud: La reforma silenciosa ”. Universidad Peruana Cayetano heredia. Facultad de Salud Pública y Administración. Lima, Enero 2,000
21. V.Arias. Demanda de Servicios VIH SIDA. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2002



22. Luis Cordero. Demanda de Servicios de salud. Región de Salud de Tacna. MINSA Tacna. Consultoría 2001.
23. <http://www.Minsa> . Actualizado el 12 de noviembre del 2010. Salud. Ley de defensa de la competencia y los mercados de prestaciones de servicios para la salud
24. Investigación sobre reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas. Washington D. C; OPS. 2001
25. Toledo Curbelo, Gabriel: Fundamentos de Salud Pública. ECIMED. 2004
26. Douglas G. Altman.
http://fhs.mcmaster.ca/sackettsymposium/altman_doug.html.

ANEXOS 1

FICHA DE REGISTRO

A. EDAD

1. CICLOS DE VIDA

- a) Niño
- b) Adolescente
- c) Adulto
- d) Adulto mayor

B. SEXO

- 1. Masculino
- 2. Femenino

C. TIPO DE SERVICIO

- 1. Consultorio
- 2. Medicina 1
- 3. Consultorio
- 4. Medicina 2
- 5. Consultorio
- 6. Medicina 3

D. CARACTERÍSTICA DE ATENCIÓN

- 1. Nuevos
- 2. Continuadores
- 3. Reingresos

E. MES DE ATENCIÓN

- 1. Enero
- 2. Febrero
- 3. marzo
- 4. Abril
- 5. Mayo
- 6. Junio
- 7. Julio
- 8. Agosto
- 9. Setiembre
- 10. Octubre
- 11. Noviembre
- 12. Diciembre

F. ESTABLECIMIENTO DE SALUD

1. Metropolitano
2. Bolognesi
3. Natividad
4. Leguía
5. Leoncio Prado

Puesto de salud:

1. Pedro Liendo P.
2. Ramón Copaja
3. Habitat

G. ATENCIÓN POR TRIMESTRE

1. I: Enero – Marzo
2. II: Abril Junio
3. III. Julio Setiembre
4. IV. Octubre- Diciembre

H. ESTACIÓN DEL AÑO

1. Verano
2. Otoño
3. Invierno
4. Primavera

DIAGNOSTICOS.

1. Diagnóstico Principal 1 _____ (CIE 10)
2. Diagnóstico Principal 2 _____ (CIE 10)
3. Diagnóstico Principal 3 _____ (CIE 10)
4. Diagnóstico Principal 4 _____ (CIE 10)
5. Diagnóstico Principal 5 _____ (CIE 10)
6. Diagnóstico Principal 6 _____ (CIE 10)
7. Diagnóstico Principal 7 _____ (CIE 10)
8. Diagnóstico Principal 8 _____ (CIE 10)
9. Diagnóstico Principal 9 _____ (CIE 10)
10. Diagnóstico Principal 10 _____ (CIE 10)
11. Diagnóstico Principal 11 _____ (CIE 10)
12. Diagnóstico Principal 12 _____ (CIE 10)
13. Diagnóstico Principal 13 _____ (CIE 10)
14. Diagnóstico Principal 14 _____ (CIE 10)
15. Diagnóstico Principal 15 _____ (CIE 10)



ANEXO 02

PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS POR ESTABLECIMIENTOS

C.S LEONCIO PRADO

	n	%
FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	1,378	15.2%
RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	974	10.8%
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA	918	10.1%
NIÑO ADOLESCENTE PERSONA SANA	449	5.0%
ENFERMEDAD DIARREICA ACUOSA SIN DESHIDRATACIÓN	434	4.8%
AMIGDALITIS AGUDA	301	3.3%
BRONQUITIS AGUDA	293	3.2%
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	292	3.2%
BRONQUITIS AGUDA O CRÓNICA	186	2.1%
GASTRITIS NO ESPECIFICADA	182	2.0%
ANEMIA	146	1.6%
TRAQUEÍTIS AGUDA	141	1.6%
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	102	1.1%
MICOSIS SUPERFICIAL	93	1.0%
ASMA NO ESPECIFICADO	92	1.0%
VAGINITIS AGUDA	84	0.9%
UÑA ENCARNADA	72	0.8%
PIODERMA	71	0.8%
EXAMEN MÉDICO GENERAL	66	0.7%
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO	58	0.6%
DERMATITIS ATÓPICA	47	0.5%
INFECCION VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	46	0.5%
HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA	44	0.5%
VARICELA SIN COMPLICACIONES	44	0.5%
SUPERVISIÓN DE EMBARAZO	42	0.5%
OTRAS GASTRITIS	38	0.4%
DIABETES MELLITUS	35	0.4%
SOB	32	0.4%
PARASITOSIS INTESTINAL	31	0.3%
DISPEPSIA	25	0.3%
RINITIS ALERGICA NO ESPECIFICADA	24	0.3%

“PERFIL DE LA DEMANDA ASISTENCIAL Y MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL DE LAS ATENCIONES EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED ASISTENCIAL DE LA REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2010.”



CONSTIPACIÓN	23	0.3%
LARINGOTRAQUEÍTIS AGUDA	11	0.1%
INFECCION VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	10	0.1%
LUMBAGO CON CIÁTICA	9	0.1%
TBC PULMONAR BK +	8	0.1%
EXAMEN DE CONTACTOS	6	0.1%
EXPEDICION DE CERTIFICADO MÉDICO	4	0.0%
BRONQUITIS CRÓNICA	2	0.0%
TBC PULMONAR SIN BACILOSCOPIA	2	0.0%
Otros	2,235	24.7%
Total	9,050	100.0%



C.S A.B. LEGUIA

	n	%
FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	821	11.1%
RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	625	8.4%
ENFERMEDAD DIARREICA ACUOSA SIN DESHIDRATACION	588	7.9%
EXAMEN MÉDICO GENERAL	495	6.7%
BRONQUITIS AGUDA	414	5.6%
FARINGO AMIGDALITIS AGUDA	322	4.3%
ANEMIA	230	3.1%
INFECCIÓN VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	188	2.5%
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	170	2.3%
BRONQUITIS AGUDA O CRÓNICA	158	2.1%
EXAMEN DE CONTACTOS	151	2.0%
TRAQUEÍTIS AGUDA	142	1.9%
VAGINITIS AGUDA	111	1.5%
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO	102	1.4%
SOB	101	1.4%
DISPEPSIA	86	1.2%
PIODERMA	79	1.1%
GASTRITIS NO ESPECIFICADA	63	0.8%
UÑA ENCARNADA	54	0.7%
MICOSIS SUPERFICIAL	53	0.7%
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	52	0.7%
ASMA NO ESPECIFICADO	52	0.7%
CONSTIPACIÓN	51	0.7%
VARICELA SIN COMPLICACIONES	45	0.6%
RINITIS ALERGICA NO ESPECIFICADA	44	0.6%
DERMATITIS ATÓPICA	36	0.5%
OTRAS GASTRITIS	23	0.3%
NIÑO ADOLESCENTE PERSONA SANA	17	0.2%
PARASITOSIS INTESTINAL	17	0.2%
TBC PULMONAR BK +	16	0.2%
LARINGOTRAQUEÍTIS AGUDA	11	0.1%
EXPEDICION DE CERTIFICADO MÉDICO	10	0.1%
SUPERVISIÓN DE EMBARAZO	9	0.1%
LUMBAGO CON CIÁTICA	9	0.1%
AMIGDALITIS AGUDA	8	0.1%

“PERFIL DE LA DEMANDA ASISTENCIAL Y MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL DE LAS ATENCIONES EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED ASISTENCIAL DE LA REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2010.”



INFECCIÓN VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	7	0.1%
TBC PULMONAR SIN BACILOSCOPIA	7	0.1%
BRONQUITIS CRÓNICA	3	0.0%
HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA	3	0.0%
DIABETES MELLITUS	3	0.0%
Otros	2,044	27.5%
Total	7,420	100.0%



C.S METROPOLITANO

	n	%
NIÑO ADOLESCENTE PERSONA SANA	1,718	27.2%
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA	505	8.0%
FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	491	7.8%
RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	475	7.5%
ENFERMEDAD DIARREICA ACUOSA SIN DESHIDRATACION	223	3.5%
EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO	209	3.3%
BRONQUITIS AGUDA	177	2.8%
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	135	2.1%
SOB	119	1.9%
TRAQUEÍTIS AGUDA	106	1.7%
GASTRITIS NO ESPECIFICADA	102	1.6%
DERMATITIS ATÓPICA	98	1.6%
BRONQUITIS AGUDA O CRÓNICA	93	1.5%
INFECCIÓN VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	51	0.8%
CONSTIPACIÓN	38	0.6%
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	35	0.6%
RINITIS ALERGICA NO ESPECIFICADA	34	0.5%
PIODERMA	33	0.5%
VARICELA SIN COMPLICACIONES	32	0.5%
HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA	29	0.5%
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO	28	0.4%
MICOSIS SUPERFICIAL	26	0.4%
PARASITOSIS INTESTINAL	21	0.3%
AMIGDALITIS AGUDA	20	0.3%
VAGINITIS AGUDA	18	0.3%
LUMBAGO CON CIÁTICA	18	0.3%
UÑA ENCARNADA	18	0.3%
DISPEPSIA	16	0.3%
ANEMIA	16	0.3%
TBC PULMONAR BK +	14	0.2%
ASMA NO ESPECIFICADO	13	0.2%
OTRAS GASTRITIS	8	0.1%
DIABETES MELLITUS	6	0.1%
LARINGOTRAQUEITIS AGUDA	4	0.1%
EXAMEN MÉDICO GENERAL	3	0.0%

“PERFIL DE LA DEMANDA ASISTENCIAL Y MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL DE LAS ATENCIONES EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED ASISTENCIAL DE LA REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2010.”



BRONQUITIS CRÓNICA	1	0.0%
SUPERVISION DE EMBARAZO	0	0.0%
EXAMEN DE CONTACTOS	0	0.0%
INFECCION VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0.0%
TBC PULMONAR SIN BACILOSCOPIA	0	0.0%
Otros	1,381	21.9%
Total	6,314	100.0%



P.S JESUS MARIA

	n	%
FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	331	15.6%
NIÑO ADOLESCENTE PERSONA SANA	330	15.6%
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA	232	11.0%
RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	123	5.8%
AMIGDALITIS AGUDA	75	3.5%
ENFERMEDAD DIARREICA ACUOSA SIN DESHIDRATACIÓN	68	3.2%
BRONQUITIS AGUDA	52	2.5%
ASMA NO ESPECIFICADO	34	1.6%
BRONQUITIS AGUDA O CRÓNICA	33	1.6%
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	27	1.3%
CONSTIPACIÓN	21	1.0%
OTRAS GASTRITIS	21	1.0%
SOB	20	0.9%
DERMATITIS ATÓPICA	19	0.9%
DISPEPSIA	17	0.8%
UÑA ENCARNADA	15	0.7%
RINITIS ALERGICA NO ESPECIFICADA	12	0.6%
GASTRITIS NO ESPECIFICADA	11	0.5%
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	10	0.5%
INFECCIÓN VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	10	0.5%
HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA	9	0.4%
MICOSIS SUPERFICIAL	9	0.4%
ANEMIA	7	0.3%
PARASITOSIS INTESTINAL	7	0.3%
LARINGOTRAQUEÍTIS AGUDA	6	0.3%
VARICELA SIN COMPLICACIONES	6	0.3%
EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO	5	0.2%
DIABETES MELLITUS	4	0.2%
VAGINITIS AGUDA	3	0.1%
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO	3	0.1%
TRAQUEÍTIS AGUDA	3	0.1%
SUPERVISIÓN DE EMBARAZO	2	0.1%
LUMBAGO CON CIÁTICA	2	0.1%
EXAMEN MÉDICO GENERAL	0	0.0%
EXAMEN DE CONTACTOS	0	0.0%

“PERFIL DE LA DEMANDA ASISTENCIAL Y MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL DE LAS ATENCIONES EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED ASISTENCIAL DE LA REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2010.”



INFECCIÓN VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	0	0.0%
PIODERMA	0	0.0%
BRONQUITIS CRÓNICA	0	0.0%
TBC PULMONAR SIN BACILOSCOPIA	0	0.0%
TBC PULMONAR BK +	0	0.0%
Otros	591	27.9%
Total	2,118	100.0%



P.S HABITAT

	n	%
RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	313	21.1%
FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	205	13.8%
EXAMEN MÉDICO GENERAL	122	8.2%
ENFERMEDAD DIARREICA ACUOSA SIN DESHIDRATACIÓN	68	4.6%
ANEMIA	60	4.0%
LARINGOTRAQUEÍTIS AGUDA	35	2.4%
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA	30	2.0%
BRONQUITIS AGUDA	27	1.8%
TRAQUEÍTIS AGUDA	18	1.2%
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO	15	1.0%
ASMA NO ESPECIFICADO	12	0.8%
BRONQUITIS AGUDA O CRÓNICA	12	0.8%
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	11	0.7%
VARICELA SIN COMPLICACIONES	11	0.7%
DISPEPSIA	9	0.6%
LUMBAGO CON CIÁTICA	8	0.5%
PARASITOSIS INTESTINAL	8	0.5%
SOB	7	0.5%
RINITIS ALERGICA NO ESPECIFICADA	7	0.5%
MICOSIS SUPERFICIAL	7	0.5%
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	6	0.4%
GASTRITIS NO ESPECIFICADA	6	0.4%
PIODERMA	5	0.3%
CONSTIPACIÓN	5	0.3%
UÑA ENCARNADA	4	0.3%
NIÑO ADOLESCENTE PERSONA SANA	3	0.2%
DERMATITIS ATÓPICA	3	0.2%
OTRAS GASTRITIS	3	0.2%
INFECCIÓN VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	2	0.1%
VAGINITIS AGUDA	2	0.1%
INFECCIÓN VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1	0.1%
HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA	1	0.1%
TBC PULMONAR BK +	1	0.1%
SUPERVISIÓN DE EMBARAZO	0	0.0%
EXPEDICION DE CERTIFICADO MÉDICO	0	0.0%

“PERFIL DE LA DEMANDA ASISTENCIAL Y MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL DE LAS ATENCIONES EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED ASISTENCIAL DE LA REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2010.”



EXAMEN DE CONTACTOS	0	0.0%
BRONQUITIS CRÓNICA	0	0.0%
AMIGDALITIS AGUDA	0	0.0%
DIABETES MELLITUS	0	0.0%
TBC PULMONAR SIN BACILOSCOPIA	0	0.0%
Otros	455	30.7%
Total	1,482	100.0%



P.S RAMON COPAJA

	n	%
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA	325	27.7%
FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	213	18.2%
ANEMIA	48	4.1%
AMIGDALITIS AGUDA	39	3.3%
RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	31	2.6%
PIODERMA	28	2.4%
EXAMEN MÉDICO GENERAL	26	2.2%
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	19	1.6%
DERMATITIS ATÓPICA	19	1.6%
VAGINITIS AGUDA	17	1.5%
SUPERVISIÓN DE EMBARAZO	11	0.9%
MICOSIS SUPERFICIAL	9	0.8%
EXAMEN DE CONTACTOS	8	0.7%
VARICELA SIN COMPLICACIONES	8	0.7%
ENFERMEDAD DIARREICA ACUOSA SIN DESHIDRATACIÓN	7	0.6%
NIÑO ADOLESCENTE PERSONA SANA	5	0.4%
GASTRITIS NO ESPECIFICADA	4	0.3%
OTRAS GASTRITIS	4	0.3%
CONSTIPACIÓN	3	0.3%
ASMA NO ESPECIFICADO	3	0.3%
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	2	0.2%
UÑA ENCARNADA	2	0.2%
SOB	2	0.2%
BRONQUITIS AGUDA	2	0.2%
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO	1	0.1%
DISPEPSIA	1	0.1%
BRONQUITIS CRÓNICA	1	0.1%
BRONQUITIS AGUDA O CRÓNICA	1	0.1%
RINITIS ALERGICA NO ESPECIFICADA	1	0.1%
TRAQUEÍTIS AGUDA	1	0.1%
TBC PULMONAR SIN BACILOSCOPIA	1	0.1%
TBC PULMONAR BK +	1	0.1%
EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO	0	0.0%
INFECCIÓN VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	0	0.0%
LUMBAGO CON CIÁTICA	0	0.0%

“PERFIL DE LA DEMANDA ASISTENCIAL Y MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL DE LAS ATENCIONES EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED ASISTENCIAL DE LA REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2010.”



INFECCIÓN VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	0	0.0%
LARINGOTRAQUEÍTIS AGUDA	0	0.0%
HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA	0	0.0%
DIABETES MELLITUS	0	0.0%
PARASITOSIS INTESTINAL	0	0.0%
Otros	329	28.1%
Total	1,172	100.0%



C.S BOLOGNESI

	n	%
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA	1,083	10.4%
RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	817	7.9%
EXAMEN MÉDICO GENERAL	704	6.8%
FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	612	5.9%
ENFERMEDAD DIARREICA ACUOSA SIN DESHIDRATACIÓN	511	4.9%
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	346	3.3%
INFECCIÓN VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	341	3.3%
BRONQUITIS AGUDA	309	3.0%
LARINGOTRAQUEÍTIS AGUDA	249	2.4%
DISPEPSIA	241	2.3%
BRONQUITIS CRÓNICA	238	2.3%
SOB	124	1.2%
GASTRITIS NO ESPECIFICADA	118	1.1%
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	108	1.0%
NIÑO ADOLESCENTE PERSONA SANA	107	1.0%
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO	104	1.0%
INFECCIÓN VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	102	1.0%
PIODERMA	95	0.9%
MICOSIS SUPERFICIAL	86	0.8%
HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA	80	0.8%
ANEMIA	76	0.7%
OTRAS GASTRITIS	72	0.7%
RINITIS ALERGICA NO ESPECIFICADA	67	0.6%
UÑA ENCARNADA	65	0.6%
PARASITOSIS INTESTINAL	57	0.5%
BRONQUITIS AGUDA O CRÓNICA	51	0.5%
CONSTIPACIÓN	50	0.5%
DIABETES MELLITUS	47	0.5%
ASMA NO ESPECIFICADO	46	0.4%
LUMBAGO CON CIÁTICA	36	0.3%
VARICELA SIN COMPLICACIONES	34	0.3%
VAGINITIS AGUDA	22	0.2%
DERMATITIS ATÓPICA	20	0.2%
EXAMEN DE CONTACTOS	19	0.2%
TBC PULMONAR BK +	17	0.2%

“PERFIL DE LA DEMANDA ASISTENCIAL Y MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL DE LAS ATENCIONES EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED ASISTENCIAL DE LA REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2010.”



TRAQUEÍTIS AGUDA	8	0.1%
AMIGDALITIS AGUDA	6	0.1%
SUPERVISIÓN DE EMBARAZO	0	0.0%
EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO	0	0.0%
TBC PULMONAR SIN BACILOSCOPIA	0	0.0%
Otros	3,336	32.1%
Total	10,404	100.0%

C.S LA NATIVIDAD

	n	%
RINOFARINGITIS AGUDA RINITIS AGUDA	881	13.1%
FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	658	9.8%
AMIGDALITIS AGUDA	608	9.1%
NIÑO ADOLESCENTE PERSONA SANA	457	6.8%
ENFERMEDAD DIARREICA ACUOSA SIN DESHIDRATACIÓN	341	5.1%
ANEMIA	245	3.7%
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	201	3.0%
DISPEPSIA	189	2.8%
BRONQUITIS AGUDA	187	2.8%
OTRAS GASTRITIS	163	2.4%
VAGINITIS AGUDA	137	2.0%
BRONQUITIS CRÓNICA	123	1.8%
LUMBAGO CON CIÁTICA	109	1.6%
SOB	70	1.0%
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA	61	0.9%
PARASITOSIS INTESTINAL	53	0.8%
DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO	48	0.7%
PIODERMA	47	0.7%
INFECCIÓN VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	42	0.6%
UÑA ENCARNADA	34	0.5%
VARICELA SIN COMPLICACIONES	30	0.4%
EXPEDICIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO	23	0.3%
GASTRITIS NO ESPECIFICADA	13	0.2%
CONSTIPACIÓN	11	0.2%
EXAMEN DE CONTACTOS	10	0.1%
BRONQUITIS AGUDA O CRÓNICA	10	0.1%
TBC PULMONAR BK +	10	0.1%
DERMATITIS ATÓPICA	9	0.1%
RINITIS ALERGICA NO ESPECIFICADA	9	0.1%
MICOSIS SUPERFICIAL	8	0.1%
HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA	7	0.1%
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	5	0.1%
ASMA NO ESPECIFICADO	5	0.1%
DIABETES MELLITUS	2	0.0%
LARINGOTRAQUEÍTIS AGUDA	1	0.0%

“PERFIL DE LA DEMANDA ASISTENCIAL Y MORBILIDAD EN EL SERVICIO DE MEDICINA GENERAL DE LAS ATENCIONES EN LA MICRORED METROPOLITANA. RED ASISTENCIAL DE LA REGIÓN DE SALUD DE TACNA. 2010.”



TRAQUEÍTIS AGUDA	1	0.0%
SUPERVISIÓN DE EMBARAZO	0	0.0%
EXAMEN MÉDICO GENERAL	0	0.0%
INFECCIÓN VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	0	0.0%
TBC PULMONAR SIN BACILOSCOPIA	0	0.0%
Otros	1,896	28.3%
Total	6,704	100.0%