

SISTEMA DE RECOPIACION DE DATOS DE LAS UNIDADES SANITARIAS

por Augusto Perera A.

Director del Departamento de Bioestadística -
Ministerio de Salubridad Pública

La distribución de las Unidades Sanitarias en Costa Rica está establecida de acuerdo a la División Territorial del país; esto es que cada unidad o centro de salud sirve en un radio de acción propio, definido por los límites políticos del cantón a que pertenece. Desde luego hay excepciones, y éstas se refieren a las Unidades que sirven a los distritos cuya densidad de población justifica el establecimiento de un centro sanitario para el servicio de esa comunidad, tal es el caso de varios distritos periféricos a la ciudad capital, como Hatillo, San Sebastián, Zapote, Paso Ancho, etc.

Las líneas directrices de la política a seguir en las Unidades Sanitarias son fijadas por un departamento de Unidades Sanitarias, que forma parte de la Dirección General de Salubridad, en coordinación con los Departamentos de Enfermeras y Materno Infantil de la misma dirección. La labor que en estas Unidades se desarrolla es esencialmente de medicina preventiva; sin embargo, como este concepto de la medicina preventiva no se ha arraigado aún en el público para lograr establecer en él la diferencia con la medicina asistencial, en la gran mayoría de las unidades se mantiene vivo el servicio de la consulta de Enfermos como un recurso para atraer a las personas y aprovechar su asistencia en calidad de enfermos o acompañantes de éstos e impartir la educación sanitaria indispensable, a fin de conseguir nuevos adeptos a los servicios de medicina preventiva que se practica en esos centros, cuales son las consultas de Gestantes y las Consultas de Niño Sano.

En el primero de esos servicios, llamado comúnmente entre nosotros "Consulta Prenatal", se da atención preventiva a las mujeres en estado de embarazo que se inscriben en la Unidad espontáneamente o por persuasión de las visitadoras. En la segunda se imparte atención preventiva a los niños cuyos padres solicitan esos servicios para ellos aún cuando la madre no haya estado bajo control durante su embarazo en la Unidad Sanitaria.

Esta última consulta se divide en tres grupos esenciales que los determina la edad del niño; el primer grupo lo forman los niños menores de un año y se llama de "Lactante", quienes reciben una atención médica más estrecha durante

su primer año de vida.

El segundo grupo lo forman los niños cuya edad va entre un año y menos de 6 y se llama el grupo Pre-escolar; un tercer grupo, organizado separadamente lo constituyen los escolares, los cuales, teóricamente, deben ser examinados todos por médicos en el primero, tercero y sexto años escolares. Desde luego existen otras varias funciones a cargo del personal de las Unidades Sanitarias que no se describen aquí, ya que no están dentro del objetivo de este trabajo y que más adelante se dirá por qué.

Información del Trabajo

Toda la labor realizada por el personal de las Unidades Sanitarias está sujeta a ser informada a una oficina central al nivel nacional en el Ministerio de Salubridad, en la cual, el director del Departamento de Unidades Sanitarias juzga dicha labor a través de esos informes. El procedimiento seguido en la elaboración de tales informes exige que las enfermeras o auxiliares de enfermería, distraigan tiempo de su trabajo para dedicarlo a papelería y lo que es peor, deben elaborar estadísticas, aunque en forma elemental, función para la cual no están capacitadas, lo que origina una secuela de errores imposibles de detectar una vez elaborados los cuadros de los informes que van a servir de orientación a los programas sanitarios que allí se desarrollan.

Este procedimiento se ha venido siguiendo desde su origen, del cual no se tiene registro, y cada vez que se modificó la política de trabajo o se introdujeron cambios, o se implantaron nuevos métodos de trabajo, a los formularios de informes y a los de anotación diaria de la labor, se les iba agregando nuevos rubros, cambiando o modificando los existentes hasta llegar a ser harto complicados y difícil de ser llenados en forma satisfactoria y terminaban por carecer de utilidad práctica y no llenaban la función para la que habían sido creados.

El Proyecto

Un estudio previo de esta situación, originó el planteamiento de un nuevo sistema de recopilación de los datos originales en la fuente misma donde aquéllos se producen, transformando por entero el sistema de elaboración de los informes sobre el trabajo que se realiza en las Unidades Sanitarias.

El Ministerio de Salubridad, a través del Departamento de Bioestadística, en estrecha colaboración con el Asesor Estadístico de la O.S.P. para la Zona III, Centro América, realizó los estudios correspondientes, llegándose a crear, con base en la experiencia obtenida por el Asesor en otros países, una fórmula (anexo 1) adecuada para la recopilación de los datos individuales de las personas

que reciben atención en los distintos servicios que se prestan dentro del local de la Unidad. Esta fórmula contenía 14 columnas destinadas a suministrar en ellas los datos que se requerían en la Oficina Central, para conocer mensualmente, los resultados de la labor realizada y la incidencia de las enfermedades diagnosticadas por los médicos en las consultas de enfermos y excepcionalmente en las de Gestantes y Niño Sano.

Aplicación del Sistema

Previo a tomar la decisión de su aplicación definitiva en todas las Unidades Sanitarias, y condicionado a su buen éxito, en opinión de las autoridades superiores del Ministerio, incluyendo el señor Ministro, el sistema se sometió a un período de ensayo en la Unidad Sanitaria de Hatillo, un barrio suburbano de la capital, de gran densidad de población, la cual a la vez, es Centro de Adiestramiento teórico práctico para el personal que se inicia en las actividades de salud pública y que va a servir a las Unidades Sanitarias del país. Este período de ensayo duró poco más de un mes, tiempo durante el cual estuvo bajo estrecha vigilancia de parte del personal del Departamento de Bioestadística y del Asesor Estadístico de la O. S. P. Una vez estudiadas todas las fases del proyecto en su aspecto práctico y convenidas las formas y procedimientos de su ejecución, se adoptaron los cambios o modificaciones que surgieron hasta lograr adaptar el sistema a las modalidades de trabajo rutinario de tal modo que no se produjeran cambios en los métodos de trabajo de la Unidad Sanitaria, antes bien, todo con miras a simplificar la labor de papelería e informes que se producían en los centros de salud.

El ensayo tuvo buen éxito, no sin la natural oposición de las personas habituadas a la rutina, y su aplicación general fue autorizada por el señor Ministro y el señor Director General de Salubridad. Como resultado de esto, el sistema fue instaurado en la Unidad Sanitaria de Santa Ana, otro Centro de Adiestramiento de tipo rural, práctico, con el propósito calculado de que el personal que acudía a esos centros de adiestramiento, llevara ya los conocimientos del nuevo sistema y evitarse el tener que ser adiestrados de nuevo en esa disciplina. Esto ocurría en el mes de mayo de 1960, y al finalizar ese mismo año, 20 Unidades Sanitarias estaban trabajando con el nuevo sistema.

Es conveniente hacer notar aquí, que la aplicación de este sistema se ha limitado a las actividades que se realizan dentro del local de la Unidad.

Un estudio integral de la papelería e informes debe contemplar tanto la labor interna como la externa, esto es las visitas domiciliarias, visitas a escuelas, etc. y una revisión, simplificación y adecuación del contenido y uso de las fichas clínicas empleadas para registrar en ellas todo el historial de las personas que han recibido atención en la Unidad Sanitaria. Pero este proyecto es gran

de y apenas si se ha comenzado con una fase de él al entrar a regir el nuevo sistema de informes.

Como se habrá notado no se ha mencionado aquí sino solamente la labor relativa a Unidades Sanitarias, es decir, que no se incluyen los hospitales nacionales, ya que estos funcionan bajo un régimen separado que se denomina autónomo y tiene su oficina encargada de procesar las Estadísticas de su especialidad. Además la tendencia entre nosotros se dirige hacia la separación de ambas ramas de la medicina: la Preventiva y la Asistencial o Curativa.

Los Formularios

Dada la magnitud del trabajo de procesamiento de dicha información, una vez que el sistema estuviese instalado en todas las unidades, desde el principio se planeó su elaboración a través de medios mecánicos, empleándose equipo I. B. M. Con este fin se dejaron en las fórmulas, columnas, destinadas a anotar en ellas los códigos de los datos que así lo requerían.

El diseño de formulario definitivo (anexo 3), consta de 15 columnas exceptuando las de los códigos.

La fórmula DB-DUS. Nº 1: "Relación diaria de personas atendidas", se considera actualmente como definitiva y se llegó a ella después de unos cuantos ensayos a partir de la primera (anexo 1). De ésta se pasó a otro formulario (anexo 2). Esta última contenía una modificación con respecto a la primera y que consiste en un espacio sombreado en la columna 3, con el objeto de anotar el código correspondiente a los datos de: atendido con cita, sin cita y pérdida de cita, que se informaban de la siguiente manera: luego de anotar la lista de todas las personas que habían sido citadas para ese día, se pasaba una línea azul a lo largo de la hoja, después del último nombre y los anotados después de esa línea, se interpretaban como atendidos sin cita; a las personas citadas que no concurrían a la cita, se las tachaba con una línea con lápiz. Con la modificación en el formulario definitivo (anexo 3), se pidió a las fuentes de información que anotaran, en la zona sombreada, columna 4C, el dato de atendido con cita, sin cita y pérdida de cita, mediante el uso de una clave numérica muy simple: con cita 1, sin cita 2, y pérdida de cita 3.

Otros cambios que se produjeron como podrá observarse comparando la fórmula definitiva (anexo 3) con la del (anexo 2), es que se suprimió la columna correspondiente a "cantón de residencia del paciente", esto en virtud de una modalidad de trabajo que tienen las Unidades Sanitarias, que consiste en que no atienden sino a personas residentes del cantón a que pertenece la Unidad, de donde se colige que ese dato se obtiene del nombre de la Unidad Sanitaria que aparece en la identificación del formulario.

Este espacio se utilizó para abrir una columna destinada a anotar en ella, exclusivamente, las inmunizaciones. Aunque este dato corresponde a un servicio impartido pero por razones de metodología de códigos empleados, preferimos pedirlo en columna separada. También de la columna "Personas que atendieron al paciente" se suprimió la inicial V que correspondía a Visitadora Social y se dejó el espacio en blanco para mayor flexibilidad de indicar "otras personas".

Como podrá notarse, observando el formulario (anexo 3), éste tiene unas columnas sombreadas que corresponden al espacio donde se asientan los códigos, con el objeto de dar una mejor orientación a la operadora de máquinas, además de que los códigos se anotan en color rojo. Por esta razón se pide a las fuentes que los datos de las columnas 4C y 5C, (anexo 3), los anoten con lápiz rojo, por ser éstos, por sí solos, códigos. (El dato de Sexo se anota de la siguiente manera: Hombre: 1; Mujer: 2).

Funcionamiento

La aplicación del sistema nuevo a las Unidades Sanitarias se ha venido realizando en una forma radial, por decirlo así, tomando como centro la capital y extendiéndose hacia afuera en todos los sentidos.

Cada vez que el sistema se lleva a una Unidad, un funcionario del Departamento de Bioestadística reúne al personal de dicha Unidad Sanitaria, e imparte las instrucciones precisas sobre su funcionamiento y al siguiente día se inicia el trabajo con dicho sistema, para lo cual, otro funcionario del mismo departamento se encuentra presente en calidad de asesor, para aclarar dudas que siempre surgen por más clara que haya sido la exposición teórica. Este método ha resultado muy eficaz en la mayoría de las veces. En algunas oportunidades, la visita de asesoría ha tenido que repetirse más de una vez.

El funcionamiento del formulario donde se recopilan los datos es como sigue:

Las columnas 1, 2, 3 y 5C se explican por sí solas, en la columna 6C se pide el dato de edad al último cumpleaños, según las instrucciones, para lo cual se anotará la cifra de los años, únicamente, sin ninguna inicial... Si se trata de meses o días, se le agregará a la cifra la inicial correspondiente: m ó d. En las columnas 7, 8 y 9 se anotarán, mediante una marca, los datos de si la persona llega por vez primera a la unidad, por primera vez al grupo de consulta o bien si esa consulta lo es de control o repetida. En las columnas 7 y 8 puede venir en ambas la marca, o bien, sólo en la 8 y la 7 queda en blanco. Estas dos columnas son excluyentes con respecto a la 9, ya que en esta última se anotará una marca solo en los casos en que la atención que reciba esa persona sea de control, en el caso de Gestantes o Niño Sano, o repetida en caso de consulta de

de Enfermos. La columna 10C se explica adelante. El objeto de estas informaciones es conocer la gestión educativa y de persuasión al público de parte del personal de la Unidad y el volumen de consultas de los casos que están ya bajo control, además de permitir conocer en cualquier momento dado, la proporción de la población específica que está recibiendo los servicios preventivos o asistenciales, que se imparten en el centro de salud. En la columna 11C se anotará mediante iniciales, el grupo de consulta a que pertenece la persona que está recibiendo los servicios. (Véase la GUIA, anexo 9).

Hasta el momento, las anotaciones en la hoja de "Relación diaria de personas atendidas" deben ser hechas el día anterior o en cualquier momento antes de iniciarse la atención al público, siempre que se trate de las consultas de Gestantes o Niño Sano, para las cuales se emplea el procedimiento de citar a las personas para determinadas fechas; no así, para la consulta de Enfermos, ya que hasta el momento de iniciarse la consulta, se ignora quienes son los que van a recibir atención. En este caso especial, las anotaciones en la hoja de "Relación diaria..." se inician con la consulta.

El sistema que estamos describiendo supone, para su correcto funcionamiento, el uso de una boleta o "PASE PARA LA ATENCION" (anexo 4), el cual entra a funcionar en el momento en que la persona se presenta a solicitar atención en los servicios de la Unidad y va a ser recibida. En dicha fórmula, simplificada al máximo, la secretaria anota la fecha, número de expediente, orden en que va a ser atendida esa persona y grupo de consulta a que pertenece. Este "PASE" se adjunta a los expedientes clínicos que se envían al médico, enfermera, etc. Contiene adecuado espacio para que el personal que participe en la atención del solicitante, anote su intervención individualmente y especifique los servicios que se le impartieron. Convencionalmente se ha acordado que siempre, y esto ocurre la gran mayoría de las veces, que el servicio impartido sea una atención de "Rutina", sólo se hará una marca en la columnilla encabezada con R, (anexo 4) a la altura de la palabra que corresponda a cada funcionario. Allí mismo, en el espacio contiguo, se harán las anotaciones de los diagnósticos o atenciones especiales e inmunizaciones, cuando sea del caso. Todas estas anotaciones en el "PASE" se hacen al mismo tiempo que se imparten los servicios y son enteramente independientes de las que se han de hacer normalmente en las fichas clínicas del consultante.

Una vez hechas todas estas anotaciones, el expediente, con su respectivo "PASE", regresa a la secretaria, quien se encarga de transcribir la información contenida en él a las columnas 12, 13, 14 y 15 de la hoja de "Relación diaria..." en sus líneas correspondientes y en la columna 10C cuando proceda, utilizando la columna 15 para motivar el cese. Los motivos de cese son, en Gestantes: por aborto, por parto, cambio de residencia, abandono de control, otros; en Niño Sano: por abandono de control, cambio de residencia, edad cumplida, muerte, otras causas. Ya transcrita esa información a la fórmula (anexo 3), el

"PASE" se desecha. En las ocasiones en que una persona que ha perdido la cita, caso en el que procede realizar una visita al hogar, o bien por prescripción médica, el reverso del "PASE" se utilizará para anotar en él el nombre de la persona a visitar y su dirección, y diariamente, estos boletos son pasados a la enfermera jefe, quien determina, de acuerdo con el sector en que resida la persona, asignarle la visita a una de las enfermeras. Estas anotan en él, la fecha planeada para efectuar tal visita y lo archivan por orden cronológico.

La hoja de "Relación diaria..." una vez completada en todas sus columnas se conserva en la Unidad Sanitaria para ser enviada semanalmente por correo certificado al Departamento de Bioestadística, a San José, donde se lleva un control de recibo, se someten a revisión, crítica, codificación, revisión de códigos y luego se remiten a la Sección de Máquinas para su procesamiento por medio de equipo I. B. M., de donde salen los informes mensuales tabulados, listos para ser mecanografiados.

Las tabulaciones de que se compone el informe que el Departamento de Bioestadística prepara, se presentan en los anexos 6, 7 y 8, además de un cuadro completo de la morbilidad. Estas tabulaciones se presentan mensualmente para cada Unidad Sanitaria, además de extraer de la columna 15 de la hoja de "Relación diaria...", el informe de las enfermedades infecto-comunicables de declaración obligatoria, que se publica por separado semanalmente.

El Archivo

Simultáneamente con la modificación del sistema de informes se operó el cambio en los métodos de archivo de los expedientes clínicos de las Unidades Sanitarias.

Tradicionalmente en esos centros, se había venido practicando la costumbre de formar un archivo para cada tipo de consulta, siendo así que las Unidades que tenían todos los servicios, mantenían los siguientes archivos.

Uno	para	casos	activos	de	Gestantes
"	"	"	cesados	de	Gestantes
"	"	"	activos	de	Niño Sano
"	"	"	cesados	de	Niño Sano
"	"	"	de	consulta	de Enfermos
"	"	"	de	Tuberculosis	
"	"	"	de	Sífilis	

Este régimen de archivo, como se podrá comprender, es muy detallado, pero engorroso, requiere mucho mobiliario, espacio, y origina un exceso de trabajo al tener que repetir informaciones referentes a la familia en todos sus miembros.

bros o bien repetir información permanente relativa a una misma persona, al tener que usar diferentes fichas si esa persona asistía a dos o más grupos de consulta diferentes: además de que los historiales clínicos de la familia andaban en diversos cajones, cosa que imposibilita al médico en la orientación de un buen diagnóstico, al ignorar antecedentes propios o familiares.

Se aprovechó, pues, la oportunidad para la formación de los expedientes familiares en un sólo archivo, empleando el sistema "Russell Soundex" para su ordenamiento, sistema éste que se adapta perfectamente al tipo de archivo familiar, de los expedientes clínicos de las Unidades Sanitarias.

En vista de que este sistema "Soundex" es ampliamente conocido, se omite su descripción aquí, pero como su aplicación en cada caso tiene algunas variantes, veamos la nuestra.

La tarjeta índice (anexo 5) es de cartulina y mide $4\frac{1}{4} \times 3$ " y en ella se anotan los datos siguientes: clave para el primer apellido, inicial del nombre, inicial del segundo apellido y número del expediente; fecha de nacimiento y al centro, el nombre completo o nombres de la persona y sus apellidos. Las tarjetas se colocan en archivadores que tienen el ancho y el fondo ligeramente mayor que el tamaño de las tarjetas y una longitud de 0.50 m.

El Cambio

Para pasar de un sistema al otro, en archivo, se optó definitivamente, el método de ir formando el archivo nuevo, sistema "Soundex", con los expedientes de las personas que, a partir de la fecha de su instalación, concurrían a la Unidad en busca de servicios, e ir trasladando sus fichas clínicas en el nuevo orden, dando un lapso aproximado entre seis meses y un año, para declarar fuera de utilidad, los expedientes de las personas que no se presentaron en ese término, a la Unidad Sanitaria.

Conclusiones

El Departamento de Bioestadística considera que se ha dado un paso muy avanzado en la consecución de informaciones precisas en relación a la labor de las Unidades Sanitarias, tanto en el aspecto de los valores administrativos como en la obtención de un cuadro más cercano a la realidad en lo que a la morbilidad se refiere. En lo administrativo, como puede inferirse de los anexos 6, 7 y 8, se podrá evaluar la labor en forma cualitativa y cuantitativa del personal; se podrá disponer de cifras verdaderas y un cuadro completo de las inmunizaciones en todo el país; de los servicios impartidos, de la relación en que el personal participa en esos servicios, de la población que los utiliza y la frecuencia con

que lo hace y sobre todo, permitirá obtener tablas de Morbilidad derivadas de los diagnósticos emitidos por los médicos, los cuales llegan directamente a la Oficina, sin sufrir interpretaciones ni agrupaciones de ninguna especie, a los cuales es aplicada la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte, por un personal adiestrado en esa disciplina, lo que agrega fidelidad a las tabulaciones finales.

Todo esto servirá como recurso de orientación en la formulación, modificación, cambio o sustentación de los programas sanitarios que están a cargo del Ministerio de Salubridad Pública de Costa Rica.

* * *