

SERVICIOS DE ATENCION MEDICA AMBULATORIA: ¿SE USAN EN LA FORMA APROPIADA?¹

Grupo de Trabajo del PRIDES sobre Atención Médica Ambulatoria²

Algunas veces, métodos de planificación que en teoría parecen excelentes resultan difíciles de aplicar. Este artículo describe la elaboración y aplicación sencillas de métodos empleados para analizar y mejorar el funcionamiento de un sistema de salud en Cali, Colombia, métodos que podrían aplicarse en forma generalizada en otras regiones.

Introducción

Este artículo describe un método para cotejar la labor cumplida por los servicios públicos de atención ambulatoria, con las necesidades de la población. También muestra cómo se puede elaborar un índice detallado de los niveles mínimos apropiados de atención y cómo ese índice puede ayudar a los funcionarios de salud a evaluar el uso, cobertura e integración de los servicios de salud. En general, el método esbozado está destinado a facilitar la planificación del perfeccionamiento de la prestación de los servicios de salud y a la evaluación de las modificaciones introducidas.

Antecedentes

Antes de iniciar la labor aquí descrita, los planificadores de la salud en Cali, Colombia, estaban conscientes de los bajos índices de cobertura de los servicios de salud, el congestionamiento de algunos servicios (como el departamento de consulta externa del hospital de la Universidad del Valle) y la escasa concurrencia a algunos centros de salud (1). En algunas zonas de la ciudad donde existían centros de salud, el 18% de los niños menores de cinco años nunca habían visitado a un médico y el 40% de ellos jamás habían sido inmunizados (2). No se utilizaban de acuerdo con su capacidad total los servicios de parto y maternidad, que no lograban disminuir la concurrencia excesiva de partos normales al hospital universitario.

Esas circunstancias no son exclusivas de Cali ni de Colombia, sino que son frecuentes en la mayoría de los países latinoamericanos (3-5). Para tratar de solucionar el problema, las autoridades colombianas han elaborado una política nacional de salud que pretende ampliar los niveles actuales de cobertura mediante la regionalización de servicios y la adopción

¹ Estudio realizado mediante la subvención 72-003, otorgada por la Fundación Rockefeller a la Universidad del Valle de Cali, Colombia, y mediante recursos del Programa de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Salud (PRIDES), de la Oficina Panamericana de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud en Colombia. Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 14, No. 2, 1980.

² Autores principales: B. J. Selwyn, Doctor en Ciencias, Profesor Adjunto, Escuela de Salud Pública, Universidad de Texas, Apartado Postal 20186, Houston, Texas 77025, EUA; D. Conover, Doctor en Filosofía; Hipólito Pabón, Doctor en Medicina, PRIDES, Programa de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Salud, Apartado Aéreo 4704, Cali, Colombia; y Carlos Aguinalimpia, Doctor en Medicina, Instituto de Seguro Social, Bogotá, Colombia.

de un método integrado de prestación de atención de la salud. Este concepto de regionalización e integración—destinado a lograr el servicio rápido y eficiente y el aprovechamiento óptimo de los recursos (6)—confía a los puestos, centros y unidades de salud la atención básica (el nivel más bajo) en las áreas locales; da a las instalaciones más grandes y con escasos recursos la misión de prestar servicios más complejos (nivel más alto) a áreas geográficas más amplias, y prevé servicios de referencia apropiados en todos los niveles para que los pacientes reciban la atención adecuada.

Los limitados recursos disponibles para la atención médica en la mayoría de los países latinoamericanos obligan a facilitar esa atención en forma más eficiente. El método comúnmente empleado en Estados Unidos—sencillamente, aumentar el número de servicios para satisfacer la demanda—no es factible en América Latina por ser demasiado costoso. En consecuencia, deben redistribuirse los servicios existentes de tal modo que exista mayor concordancia entre la utilización de los servicios y las necesidades del público (5). Esa redistribución implica ampliar la cobertura que se proporciona a los necesitados y, al mismo tiempo, restringir la utilización excesiva de los servicios por aquellas personas cuya demanda es desproporcionada a sus necesidades.

En el caso específico de Cali, se elaboró un Índice de Niveles Mínimos de Atención (NMA) para evaluar la correspondencia entre una escala de necesidades y una jerarquía de servicios, ambas obtenidas de un modelo regionalizado. Este índice constituye un instrumento básico para aumentar la eficacia de la utilización de los servicios de salud, porque permite detectar cuáles están deficientemente utilizados o no se usan en su capacidad total y es posible entonces reorientarlos para aumentar la cobertura de personas con necesidades reales y pertinentes.

Otros investigadores han elaborado ín-

dices para estimar la urgencia de los casos que se presentan en el servicio de urgencia (7) o para clasificar a los usuarios de dicho servicio según el tipo de relación que mantienen con el mismo (8). Sin embargo, si el objetivo es la utilización eficiente y apropiada de los servicios, el aspecto más importante es la complejidad de los problemas médicos inmediatos, y esos problemas deben clasificarse de acuerdo con el nivel de los servicios médicos necesarios para su atención (5, 6).

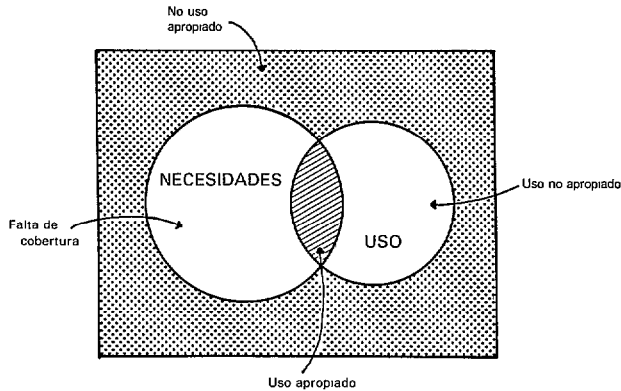
En particular, deseábamos establecer la correspondencia entre el tipo de estado o enfermedad sufrida y el lugar donde se pudiera administrar un buen tratamiento de acuerdo con el modelo regionalizado en el nivel de complejidad y costo más bajo posible. Con este propósito, elaboramos dos grandes tipos de índices: índices cuantitativos, que evaluaban la extensión de los servicios usados, la cobertura suministrada y la intensidad de utilización; y un índice cualitativo, que señalaba el nivel mínimo apropiado de atención.

Definición de términos

El *uso apropiado* se indica en el diagrama de Venn que se muestra en la figura 1. Existe el uso apropiado cuando la gente hace uso de los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades. Se produce el uso inapropiado cuando las personas que asisten a un servicio de salud no necesitan atención médica o necesitan una atención que puede suministrarse mejor en otro sitio. A la inversa, se produce el *no uso inapropiado* (falta de cobertura) cuando las personas que están enfermas o que necesitan los servicios preventivos no reciben atención. Finalmente, la última alternativa, el no uso apropiado, se presenta cuando no existen necesidades ni utilización de los servicios.

La *extensión de uso* está dada por el número de habitantes de una zona determinada que hace uso de los servicios de salud, en

FIGURA 1—Diagrama de Venn que muestra todas las combinaciones de uso y no uso, apropiado e inapropiado, de los servicios de salud.



relación con el número total de residentes de la zona. Así pues suministra información acerca de la utilización y no utilización de los servicios por la comunidad.

Cobertura es un término que se basa en un perfeccionamiento del concepto de la extensión de uso, ya que evalúa la proporción de personas con un problema particular de salud, dentro de una colectividad que reciben la atención apropiada para ese problema. El concepto de cobertura combina entonces el concepto de extensión de uso con el de necesidades totales de la población, para mostrar qué proporción de las necesidades totales se satisface con la utilización.

La *intensidad de uso* refleja la frecuencia con que una persona en particular hace uso de los servicios de salud en un determinado período. Algunos servicios de salud son utilizados en forma repetida por un pequeño número de personas. Puesto que los servicios existentes no pueden atender más que un número limitado de personas en un lapso determinado, la intensidad de uso tiende a estar en relación inversa a la extensión de uso. Es decir, si la mayor parte del tiempo disponible es absorbido por pocas personas que recurren al servicio con frecuencia, será inferior el número total de integrantes de la población que utilizan el servicio.

El Índice de Nivel Mínimo de Atención

La elaboración del índice. El contenido del Índice de Nivel Mínimo de Atención (NMA) aplicado al sistema de salud de Cali fue determinado por un conjunto de jueces integrado por tres médicos colombianos con gran experiencia clínica en los diversos tipos de instituciones para la atención de la salud existentes en el país. Al contar con un conocimiento directo de los recursos y equipos disponibles en los distintos tipos de instituciones, cada médico trabajó en forma independiente con las diversas categorías de diagnóstico de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (8ª revisión). Se consideró cada categoría de diagnóstico (por ej., 001 Fiebre tifoidea) en todos los niveles de gravedad previstos³ es decir, cuando el estado del paciente fuera: A) grave o muy grave, B) levemente grave o C) no grave. Luego se seleccionaron las instalaciones para la atención apropiada de cada grado de gravedad: 1) el hospital universitario, 2) el hospital general, 3) la unidad de salud u hospital local (generalmente un centro de salud con salas de parto y/o de cirugía me-

³ Las categorías de gravedad se basaron en las utilizadas en la Encuesta Nacional sobre Atención Médica Ambulatoria en EUA (9).

nor), 4) el centro de salud y 5) el puesto de salud. La asignación de una instalación en particular (considerada equivalente a un determinado nivel de atención) a determinada categoría de diagnóstico y grado de gravedad se basó en el juicio del médico con respecto al lugar donde podía brindarse atención adecuada sin que resultara excesivamente costosa y compleja. Por ejemplo, puede que uno de los jueces asignara los casos de apendicitis "graves" (clase A) al hospital general porque pensara que instalaciones de un nivel inferior no contarían con los recursos necesarios y el hospital universitario tendría que recurrir a medios demasiado costosos o complicados que debían reservarse para problemas más complejos.

Los jueces no siempre llegaron a las mismas conclusiones iniciales. Así, como

muestra el cuadro 1, el juez I consideró que todos los casos de fiebre tifoidea eran por lo menos "ligeramente graves", mientras que el juez II opinó que algunos casos de fiebre tifoidea podían clasificarse como "no graves" y podían tratarse en el nivel del centro de salud. Después se analizaron y resolvieron estas diferencias en cuanto a la asignación.

Existían también algunas afecciones que, según opinaron los jueces, no se presentaban normalmente en la región; por ejemplo, la fiebre Q y otras rickettsiosis (categoría 083) y las enfermedades causadas por espiroquetas, distintas de la sífilis (categoría 104). Estas categorías de diagnóstico no fueron incluidas en el índice.

Los tres médicos que actuaron como jueces concordaron con la decisión definitiva

CUADRO 1—Ejemplos de diferencias de opinión entre dos jueces que elaboraban el Índice de Nivel Mínimo de Atención para Cali, Colombia.

<i>Grados de gravedad</i>	<i>Nivel mínimo de atención</i>					
	Juez I: Grado de gravedad			Juez II: Grado de gravedad		
	A	B	C	A	B	C
A = muy grave o grave				1 = hospital universitario		
B = ligeramente grave				2 = hospital general		
C = no grave				3 = unidad de salud		
				4 = centro de salud		
				5 = puesto de salud		
				0 = el grado de gravedad señalado no se aplica en este diagnóstico		
Cifras de diagnóstico ^a						
001 Fiebre tifoidea	3	4	0	3	4	4
002 Fiebre paratifoidea	3	4	0	3	4	4
003 Otras salmonelosis	3	4	0	3	4	4
004 Disentería bacilar	3	4	5	3	4	5
005 Intoxicación alimentaria (bacteriana)	3	4	5	3	4	5
006 Amibiasis	3	4	0	3	4	4
083 Fiebre Q, otras rickettsiosis ^b	—	—	—	—	—	—
084 Paludismo	2	3	5	2	3	5

^a Clasificación Internacional de Enfermedades (8^a revisión).

^b Normalmente no se diagnostica en la región estudiada.

acerca del nivel mínimo pero adecuado de atención para cada categoría de diagnóstico y grado de gravedad. El conjunto de estas decisiones constituyó lo que se conoce como Índice de Niveles Mínimos de Atención (NMA). En el cuadro 2 se presentan algunos ejemplos de las indicaciones incluidas en el Índice NMA. Como muestra el cuadro, el NMA asignado para la mayor parte de la atención preventiva (como las categorías Y40 e Y42) fue el puesto de salud; además, se juzgó que relativamente pocos diagnósticos requerían atención en el hospital universitario.

Aplicación del Índice NMA

Usamos el índice para evaluar los servicios públicos de atención médica ambulatoria de Cali. Sin embargo, como quería-

CUADRO 2—Ejemplos de categorías de diagnóstico seleccionadas en el Índice de Nivel Mínimo de Atención en Cali (véanse las claves en el cuadro 1).

Categoría de diagnóstico ^a	Nivel mínimo de atención para cada grado de gravedad		
	A	B	C
009 Enfermedad diarreica	3	4	5
055 Sarampión	3	4	5
140-209 Tumores	1	2	0
250 Diabetes mellitus	2	3	4
260-269 Problemas nutricionales	2	3	4
320 Meningitis	2	3	0
380 Otitis externa	0	0	4
410 Infarto agudo del miocardio	1	2	0
460 Resfriado común	3	4	5
480-486 Neumonía	2	3	4
650 Parto sin complicaciones	0	0	4
Y40 Preventivo: contactos con enfermedades infecciosas	3	4	5
Y42 Vacunación	5	5	5
N845 Esguince del tobillo	2	3	4

^a Clasificación Internacional de Enfermedades (8^a revisión).

mos incluir datos acerca de quienes no hacían uso de los servicios de salud, se reunió información en las comunidades involucradas además de la proporcionada por los usuarios de los servicios. Se emplearon entrevistas personales para reunir datos sobre las características demográficas y socioeconómicas, morbilidad percibida, modalidades de utilización o no utilización de los servicios, razones para sus acciones y opiniones sobre los servicios. Se examinaron las políticas y funciones de cada tipo de servicio de salud.

Las tres encuestas sobre las que se basan los resultados informados en este trabajo se realizaron en 1974. En la primera, efectuada en servicios de urgencia y de consulta externa de dos grandes hospitales de Cali, se hizo un muestreo sistemático de todas las personas que acudieron para recibir atención durante un período de un mes. Inmediatamente después de cada consulta, se entrevistó al médico que había intervenido, para obtener información sobre su diagnóstico, su opinión acerca de la gravedad del caso y el tratamiento que había recomendado. La segunda encuesta, similar a la efectuada en los hospitales, se realizó en ocho centros de salud situados en una zona de Cali donde la mayoría de las personas dependían del sector público para la atención de su salud. La tercera encuesta reunió información por medio de una muestra de probabilidad obtenida en los hogares de la zona atendida por esos centros de salud.

En total, se entrevistó a 3,052 personas de las comunidades atendidas y 7,914 pacientes que asistían a servicios de atención ambulatoria. De estos últimos, 1,638 fueron entrevistados en el hospital universitario, 1,178 en el hospital general y 5,098 en los centros de salud. Los índices de ausencia de respuesta variaron entre el 9 y el 14% de los sujetos abordados en los servicios ambulatorios, mientras que en la comunidad el mismo índice llegó al 8%. La muestra total comprendió el 1.4% de la población estudiada.

Extensión e intensidad de uso

La regionalización de servicios implica que el servicio más complejo, en este caso el hospital universitario, debe ocuparse de una zona más grande que la de cualquiera de los otros servicios del sistema. No obstante, con frecuencia el hospital especializado del sistema se convierte, en realidad, en un hospital local o general, como parece haber sucedido en Cali. Como revela el cuadro 3, existían muy pocas diferencias entre el hospital universitario y el general en la extensión de los servicios prestados. Además, parecía que el hospital universitario casi no recibía pacientes de la región más amplia que rodea a la ciudad, a la cual se suponía que debía prestar servicio.

La zona de influencia asignada al centro de salud es mucho más pequeña que la de un hospital y los usuarios tienen la posibilidad de escoger entre un número mayor de centros. Como muestra el cuadro 3, muchos de los usuarios de Cali provenían de fuera de las zonas de influencia asignadas

administrativamente. Resulta interesante que, cuanto más grande y complejo era el servicio, menor fue el porcentaje de usuarios residentes en la zona de influencia asignada. El pequeño puesto de salud tuvo el porcentaje más elevado (84%) de usuarios provenientes de su propia pequeña zona, mientras que la unidad de salud más grande tuvo el porcentaje más bajo (57.6%) de usuarios que vivían en la zona más amplia que se le había asignado. Hubo algunos leves indicios de una tendencia semejante en los datos que se referían al hospital.

En total, el promedio del número de visitas de los integrantes de la comunidad a los servicios de salud durante un período de seis meses, o intensidad de uso, fue de solo 0.7 visitas por persona (cuadro 4). Sin embargo, como también muestra el cuadro 4, esa cifra era muy inferior al promedio de visitas de personas que ya estaban utilizando los servicios de un centro de salud o de un hospital. La información indica entonces que, una vez que una persona ha utilizado un servicio, es probable que recurra nueva-

CUADRO 3—Extensión de los servicios según la zona de residencia de los usuarios de la atención médica ambulatoria.

Zona de residencia de los usuarios	Hospital o centro utilizado						
	Hospital universitario		Hospital general		Unidad de salud (%)	Centro de salud (%)	Puesto de salud (%)
	Servicio de urgencia (%)	Servicio de consulta externa (%)	Servicio de urgencia (%)	Servicio de consulta externa (%)			
Dentro de la zona de influencia de la instalación ^a	95.8	96.1	97.3	97.0	57.6	67.9	84.3
Fuera de la zona de influencia de la instalación	4.2	3.9	2.7	3.0	42.4	32.1	15.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número de usuarios	834	804	547	631	998	725	343

^a La zona de influencia de cada instalación está determinada administrativamente.

CUADRO 4—Intensidad de uso de los servicios de atención ambulatoria de Cali, que muestra el promedio de visitas a las instituciones por pacientes de hospitales y centros de salud, y por integrantes de la comunidad durante un período de seis meses.

Servicio	Promedio de visitas por persona
Hospital universitario: ^a	
Servicio de consulta externa	4.4
Servicio de urgencia	2.8
Hospital general: ^a	
Servicio de consulta externa	4.8
Servicio de urgencia	2.8
Centro de salud ^b	3.4
Comunidad ^b	0.7

^a Los promedios de hospital que se presentan duplican el índice de utilización observado en los tres meses anteriores a la reunión de datos para la encuesta.

^b Los promedios correspondientes al centro de salud y a la comunidad que se presentan se basan en la utilización de los servicios durante los seis meses anteriores a la reunión de datos para la encuesta.

mente al mismo.

El cuadro 5 revela con claridad que existen grandes probabilidades de que los usuarios actuales de un servicio hayan concurrido al mismo poco tiempo antes. Las cifras correspondientes a los servicios de urgencia son especialmente notables ya que no se espera que en un servicio que atiende casos de urgencia especializados o compli-

cados, se repitan muchas visitas de los mismos pacientes.

La comparación de la intensidad con la extensión de uso (cuadros 3 y 5) indica que la falta de extensión de los servicios del hospital universitario es causada en parte por la utilización repetida de esos servicios por los mismos pacientes. En consecuencia, la intensidad parece limitar la extensión. Esa limitación se presenta como un gran problema especialmente en lugares como Cali, donde el número de consultas posibles está restringido por los recursos con que se cuenta.

Cobertura de la comunidad

La cobertura de personas que necesitan atención médica se midió considerando todas las enfermedades que los sujetos entrevistados habían sufrido durante el mes anterior a la entrevista, junto con todo el uso de los servicios de salud por sujetos enfermos. En total, el 26% de los integrantes entrevistados de la comunidad comunicaron por lo menos un episodio de enfermedad en el mes precedente. Entre los que informaron que habían estado enfermos, el 83% dijo que había necesitado atención médica pero solo el 42% de ellos habían recibido atención profesional de un médico, un centro de salud u hospital (cuadro 6). En general (en el

CUADRO 5—Intensidad de uso repetido de los servicios de atención ambulatoria de Cali.

Servicio utilizado	% de pacientes que usaron el mismo servicio el mes anterior	% de pacientes que usaron el mismo servicio en los tres últimos meses
Servicio de consulta externa del:		
Hospital universitario	55.3	67.8
Hospital general	58.5	65.1
Servicio de urgencia del:		
Hospital universitario	20.0	28.8
Hospital general	20.6	27.1
Centro de salud	36.7	51.1

CUADRO 6—Tipos de atención de salud recibida por integrantes entrevistados de la comunidad que declararon haber estado enfermos el mes anterior a la entrevista.

Categoría de atención de salud	% de 785 sujetos enfermos que recibieron el tipo de atención indicado
Atención médica profesional ^a	42.4
Atención tradicional ^b	8.0
Autotratamiento	54.9

^a La atención profesional comprende la suministrada por médicos, hospitales, centros de salud y clínicas.

^b La atención tradicional es la suministrada por farmacéuticos, curanderos, herbolarios y comadronas.

55% de los casos), el recurso más frecuente había sido el autotratamiento.

En total, el 28% de los que informaron haber estado enfermos utilizaron los servi-

cios de consulta externa, el 3% los servicios de urgencia, y el 13% concurrió a los centros de salud (cuadro 7). Fue mayor el porcentaje de sujetos enfermos que recibió

CUADRO 7—Cobertura de los servicios de atención ambulatoria proporcionada a integrantes entrevistados de la comunidad que declararon haber estado enfermos el mes anterior a la entrevista.

Servicios	% de los enfermos que utilizaron las instalaciones indicadas	
	Servicios de consulta externa	Servicios de urgencia
Unidades, centros y puestos de salud	12.5	—
Hospital universitario	0.7	1.5
Hospital general	0.5	0.5
Total (todos los servicios públicos de atención ambulatoria)	15.7	2.0
Otros servicios ^a	9.7	—
Sistema de seguro social (atención pagada de antemano) ^b	49.9	15.2
Total de servicios de atención médica ambulatoria ^c	28.4	2.5

^a Los otros servicios comprenden los proporcionados por planes de atención médica para grupos (por ej., servicios para policías, ferroviarios, etc.) y los de los hospitales privados.

^b Este cálculo se basa únicamente en las personas con derecho a los beneficios del seguro social, que rara vez utilizan los servicios públicos de atención médica. El denominador (población total de la comunidad) usado para calcular los otros porcentajes presentados no incluye a los asociados al sistema de seguro social.

^c Se incluyen todos los servicios públicos, privados y otros; también los servicios del seguro social.

atención profesional entre los protegidos por el sistema de seguro social, que entre los que no tenían derecho a esos beneficios. Esto puede haber sido en parte el resultado de la ausencia de obstáculos económicos para los asociados a dicho sistema.

Uso apropiado y falta de cobertura

Como es obvio, no todas las personas enfermas necesitan atención médica profesional. Muchas afecciones se curan espontáneamente y son leves, de tal modo que con frecuencia es correcta la decisión de no solicitar atención. Sin embargo, se llega a un punto en que esa decisión no resulta apropiada. En general se espera que aumenten la incapacidad y la necesidad de atención médica a medida que crece la gravedad de la enfermedad. También parece cierto que, casi siempre, las personas tan enfermas que han de permanecer en cama la mayor parte del día tienden a estar más graves y necesitan más atención que aquellas que están incapacitadas pero no guardan cama.

Del 26% de todos los sujetos entrevistados que habían informado que estuvieron enfer-

mos el mes anterior, el 33% dijo que permaneció en cama a causa de la enfermedad. Como muestra el cuadro 8, el 43% de los que guardaron cama recurrió a servicios médicos, lo que indica que el nivel de uso apropiado llegó al 43%. El hecho de que solo el 34% de los que no permanecieron en cama hiciera uso de servicios médicos, revela que era más probable que los sujetos solicitaran atención cuando la necesitaban que cuando dicha atención no era necesaria. No obstante, la falta de cobertura para los necesitados fue alta (57%), y no pareció disminuir mucho al aumentar la necesidad.

La figura 2 muestra que cuando la necesidad aumentaba, la falta de cobertura por servicios profesionales disminuía con rapidez algo menor que la falta de cobertura por "todos" los servicios (incluidos los no profesionales y tradicionales).

Esto indicaría que, al crecer la necesidad, los sujetos tendían cada vez más a recurrir a la atención no profesional y tradicional, antes que a los servicios médicos.

Atención maternoinfantil

Era evidente que algunos lactantes carecían de cobertura de atención preven-

CUADRO 8—Uso apropiado y no apropiado de los servicios de salud por integrantes de la comunidad que declararon haber estado enfermos el mes anterior a la entrevista.

Grado de necesidad de los servicios ^a	Utilización de los servicios médicos por los sujetos entrevistados				
	Usaron los servicios (%)	No usaron los servicios (%)	Total		
			%	No. de casos	% Total de casos
Enfermos y necesitados	42.9	57.1	100.0	(266)	33.4
Enfermos pero no necesitados	33.9	66.1	100.0	(530)	66.6
<i>No. de casos</i>	<i>294</i>	<i>502</i>		<i>796</i>	<i>100.0</i>

^a Se consideró que los sujetos enfermos habían tenido necesidad de los servicios de salud si permanecieron en cama a causa de la enfermedad.

^b $\chi^2 = 6.02$, $p < 0.05$.

tiva. Por ejemplo, se encontró que el 37% de los lactantes (niños menores de un año) de las comunidades involucradas nunca habían sido vacunados, y el 26% no había sido sometido a ningún examen para vigilar su salud ni había sido asistido por un médico a causa de enfermedad.

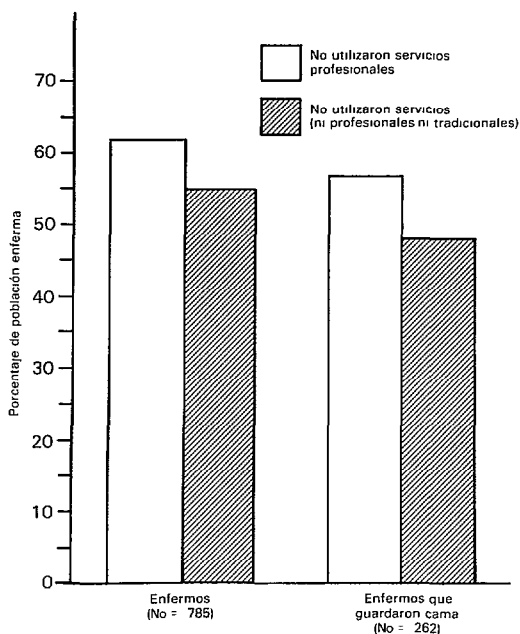
También era deficiente la cobertura para las embarazadas. Si bien el promedio de visitas prenatales por embarazada fue de 2.3, el 32% de las embarazadas entrevistadas no recibió atención prenatal durante los seis meses anteriores a la entrevista. Estaba aún más descuidada la atención después del parto; el 70% de las entrevistadas que habían tenido hijos dijeron que no habían concurrido a ningún servicio para exámenes posteriores al parto.

Intensidad de uso frente a cobertura

Un índice de la intensidad de uso ayuda a juzgar la capacidad de una instalación para atender a un número determinado de personas, pero no puede evaluar el grado de cobertura alcanzado. Para poder evaluar la extensión de la cobertura, es necesario contar con información sobre la comunidad atendida, concerniente a la demanda y utilización (o no utilización) de los servicios.

Por ejemplo, los datos presentados antes revelan una diferencia notable entre la intensidad con que algunas mujeres utilizaron los servicios de atención prenatal y la medida en que esos servicios brindaron cobertura a todas. Si se consideran aisladamente las cifras del promedio de visitas por embarazo, podría interpretarse que significan que casi todas las mujeres recibieron atención prenatal en dos ocasiones, lo cual, al tener en cuenta los recursos disponibles, podría constituir una cobertura aceptable. Sin embargo, sabemos que algunas mujeres hicieron hasta siete visitas a los servicios, mientras que otras jamás concurrieron a los mismos. En consecuencia, parece que algunas mujeres utilizaban en demasía el servi-

FIGURA 2—Falta de cobertura de los servicios médicos profesionales y tradicionales para los sujetos que declararon haber estado enfermos el mes anterior a la entrevista.



cio; también sabemos que el 32% del grupo entrevistado no fue sometido a exámenes de vigilancia del embarazo, al menos durante los seis meses anteriores a la entrevista. En situaciones como esta, la utilización intensiva de algunas personas puede prevenir la cobertura adecuada para todas.

Del mismo modo, entre aquellos que informaron que habían estado enfermos, el promedio de contactos mensuales con servicios médicos profesionales había sido de 2.3; pero el 57% de los enfermos que habían tenido que guardar cama no había recibido atención de ningún tipo de los servicios médicos profesionales. Nuevamente, puesto que algunos enfermos habían recibido atención en varias oportunidades y otros en ninguna, el "promedio" de la intensidad de uso obtenido mediante el número total de visitas podría dar una imagen distorsionada de la cobertura en la comunidad.

Niveles mínimos de atención

El índice de NMA proporciona una dimensión cualitativa a las mediciones de la cobertura y la intensidad, necesaria para evaluar las modalidades actuales de utilización de los servicios médicos. Se juzgaron el diagnóstico y la gravedad del estado del paciente según los criterios elaborados por los médicos antes mencionados. Al comparar el nivel real de atención utilizado con el nivel mínimo apropiado (es decir, el que debería haber sido utilizado), se pudo determinar en qué medida se hacía uso apropiado o inapropiado de cada servicio ambulatorio.

Los datos del cuadro 9 indican que tanto en los servicios de consulta externa como en los de urgencia del hospital universitario, un 65% de los pacientes usaron un nivel inadecuado a sus necesidades; fue menos frecuente la utilización inapropiada de los centros de salud estudiados. Si empleamos criterios bastante amplios (considerando solamente que los hospitales deben propor-

cionar atención en un nivel y las unidades, centros y puestos de salud, en otro), las cifras en bastardilla muestran el porcentaje de personas que aparentemente recibían atención en un nivel razonablemente adecuado a la naturaleza y gravedad de su estado. No obstante, si aplicamos criterios más estrictos, parecería que solo entre el 7 y el 8% de las personas que concurrían al hospital universitario recibían en realidad atención en el nivel mínimo apropiado. En suma, parece que el hospital universitario funcionaba fundamentalmente como un centro de atención primaria.

Este aspecto se hace más evidente cuando se considera la zona de residencia del paciente. Como muestra el cuadro 10, el 74% de los pacientes provenientes de la ciudad utilizaban inapropiadamente el hospital universitario, mientras que esto ocurría solo con el 62% de los enfermos que venía desde más lejos. La misma modalidad se presentaba en el hospital general. También, en términos exactos, el 8% de los pacientes del hospital general pro-

CUADRO 9—Porcentajes de usuarios de los servicios médicos ambulatorios que recibieron atención en niveles considerados apropiados (cifras en bastardilla) o inapropiados.

Instalaciones (niveles de atención) apropiadas para los casos estudiados en el hospital universitario y centro de salud. Las cifras en bastardilla indican los casos que recibieron atención en un nivel mínimo apropiado

Instalación utilizada	Hospital universitario (%)	Hospital general (%)	Unidad de salud (%)	Centro de salud (%)	Puesto de salud (%)	Total (%)	No. ponderado de usuarios ^a
Servicio de urgencia del hospital universitario	6.9	27.7	30.1	30.4	4.9	100.0	4,440
Servicio de consultas externas del hospital universitario	8.3	26.5	27.4	32.4	5.4	100.0	4,818
Unidades, centros y puestos de salud	1.4	12.4	17.1	45.6	23.5	100.0	4,867

^a Los números se ponderan según la fracción de muestreo usada. Por ejemplo, se seleccionaba para el estudio una de cada seis personas que concurrían al servicio de consulta externa del hospital universitario. El número de sujetos estudiados fue 803, multiplicado por (ponderado por) 6 = 4,818.

CUADRO 10—Porcentajes de usuarios de los servicios ambulatorios de salud de la ciudad de Cali y zonas circundantes que recibieron atención en niveles considerados apropiados (en bastardilla) o inapropiados.

Servicio utilizado y lugar de residencia	Instalaciones (niveles de atención) apropiadas para los casos hospitalarios estudiados. Las cifras en bastardilla señalan casos que recibieron atención en un nivel apropiado			Total de casos estudiados	
	Hospital universitario (%)	Hospital general (%)	Unidades, centros o puestos de salud (%)	%	No. de casos
Servicio de consulta externa del hospital universitario:					
Casos de la ciudad	6.7	19.4	73.9	100.0	417
Casos de zonas circundantes	8.9	28.9	62.2	100.0	90
Servicio de consulta externa del hospital general:					
Casos de la ciudad	4.4	24.1	71.5	100.0	228
Casos de zonas circundantes	7.9	28.9	63.2	100.0	38

venientes de los alrededores de la ciudad y el 4% de los que vivían en ella, deberían haber sido atendidos en el hospital universitario. En síntesis, si el hospital universitario brindara atención a toda la región de Cali (una zona mayor a la de la ciudad en sí), entonces la mayoría de los usuarios provenientes de los alrededores deberían haber concurrido a ese hospital para recibir atención muy especializada. Sin embargo, es obvio que el hospital universitario atraía a más pacientes de atención primaria de los que le correspondían administrativamente.

Servicios de remisión

En teoría, la regionalización del sistema implica que una gran parte de los pacientes que concurrieron al hospital universitario deberían haber sido remitidos desde niveles más bajos, a través del sistema, a ese hospital. Así, esperaríamos encontrar que la

gran mayoría de los usuarios de los servicios de salud concurren primero a los puestos, centros y unidades de salud; también, que una gran parte de los pacientes del hospital universitario hubieran sido referidos a ese lugar desde otras instalaciones.

Como muestra el cuadro 11, los datos disponibles no revelan esa modalidad. En cambio, en todos los niveles, gran parte de los usuarios (especialmente los de los servicios de urgencia) concurría por su propia decisión a los servicios en cuestión. Es interesante que entre el 16 y el 25% de los pacientes de los puestos, centros y unidades de salud, dijera que habían concurrido a ese servicio siguiendo el consejo de farmacéuticos u otras fuentes de información particular (generalmente amigos y parientes). Evidentemente, en la comunidad se estaba originando una demanda considerable de los servicios de salud en los niveles más bajos. Puesto que los pacientes que acudían espontáneamente y los enviados por fuentes

CUADRO 11—Fuentes de remisión de los usuarios de los servicios de salud referidos al hospital universitario y a las unidades, centros y puestos de salud.

Fuente de remisión de los casos	Instalación utilizada				
	Servicio de urgencia del hospital universitario (%)	Servicio de consulta externa del hospital universitario (%)	Unidad de salud (%)	Centro de salud (%)	Puesto de salud (%)
El propio paciente	82.1	51.9	77.7	67.3	77.8
Casos de referencia interna ^a	1.8	31.8	3.4	6.2	2.8
Hospital	4.5	5.7	1.4	0.5	0.3
Centro de salud	5.8	5.2	1.3	1.5	3.2
Fuentes particulares o farmacéuticos	5.8	5.4	16.3	24.5	15.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<i>No. de pacientes estudiados</i>	<i>825</i>	<i>804</i>	<i>6,551</i>	<i>1,426</i>	<i>655</i>

^a Los casos de referencia interna comprenden a los pacientes que, cuando concurren a un determinado servicio de salud, se les dijo que regresaran al mismo servicio en una fecha ulterior.

particulares constituirían la abrumadora mayoría de los casos atendidos en los puestos, centros y unidades de salud, parece que el nivel más bajo del sistema ha funcionado aproximadamente como se esperaba.

Sin embargo, un porcentaje importante de los usuarios del servicio de consulta externa del hospital universitario (32%) fueron referidos a dicho servicio por médicos de la misma institución. Los cuadros 4 y 5 revelan que fue intenso el uso del servicio y el cuadro 9 muestra que gran parte de esa utilización fue inapropiada. Se plantea entonces la pregunta: ¿Quién fue responsable de esa utilización intensa e inapropiada? Al revisar el tratamiento ulterior que los médicos del servicio de consulta externa recomendaron a los pacientes incluidos en nuestro estudio, encontramos que al 86% de esos pacientes se les dijo que regresaran a dicho servicio en una fecha futura (cuadro 12). Resulta evidente que muchos de los médicos de la institución producían gran

parte de la utilización intensa observada. Por el contrario, casi la mitad de los pacientes del centro de salud regresaban a sus hogares sin recomendación de estudios ulteriores, lo cual se acerca más a lo que se podría esperar de ese nivel de atención.

Al observar con mayor cuidado los datos concernientes al servicio de consulta externa del hospital universitario (cuadro 13), se aprecia que alrededor del 72% de los casos referidos nuevamente al hospital por los médicos del servicio de consulta externa eran inapropiados. Además, parece que también eran inapropiados alrededor del 67% de los casos referidos al hospital (en su mayoría al servicio de consulta externa) por los médicos del servicio de urgencia. Esa utilización inapropiada recomendada fue menor en los centros de salud, si bien alrededor del 11% de los casos remitidos nuevamente a la misma institución deberían haber sido enviados al hospital general o al universitario.

CUADRO 12—Observación ulterior indicada por los médicos que atendieron a los sujetos en el hospital universitario y en los centros de salud.

Recomendación en cuanto a la observación ulterior hecha al paciente	Hospital universitario		
	Servicio de urgencia (%)	Servicio de consulta externa (%)	Centros de salud (%)
Se recomienda que vuelvan a la misma institución	62.1	85.6	44.3
Enviados a su hogar sin instrucciones para el futuro	26.7	6.5	48.8
Se recomienda que más adelante acudan a otra institución	11.2	7.9	6.9
Total	100.0	100.0	100.0
No. ponderado de pacientes ^a	4,602	4,488	4,836

^a El número de sujetos incluidos en la muestra se multiplica por la fracción de muestreo usada.

Discusión

Consideramos que el Índice de Niveles Mínimos de Atención sirve mejor nuestros propósitos que el sistema de clasificación según la urgencia usado por Weinerman *et al.* (7) y Lavenhar *et al.* (10). Este último sis-

tema determina la gravedad del problema y el lapso dentro del cual es preciso suministrar la atención. Por ejemplo, la clasificación como "urgencia" indica que se debe atender rápidamente el problema o puede resultar en la muerte. La clasificación no incluye un juicio sobre el lugar donde

CUADRO 13—Porcentajes de pacientes devueltos a los niveles de atención apropiados por el médico que los asistió.

Instalaciones (niveles de atención) apropiadas para los casos estudiados remitidos por el hospital universitario y los centros de salud. Las cifras en bastardilla indican porcentajes de pacientes referidos al nivel mínimo de atención.

Instalación utilizada	Hospital universitario (%)	Hospital general (%)	Unidad de salud (%)	Centro de salud (%)	Puesto de salud (%)	Total (%)	No. ponderado de pacientes ^a
Servicio de urgencia del hospital universitario	5.7	26.8	33.8	29.8	3.8	100.0	1,368
Servicio de consulta externa del hospital universitario	8.7	19.8	29.7	35.4	6.4	100.0	3,642
Unidades, centros y puestos de salud	1.4	9.2	18.4	47.7	23.3	100.0	2,087

^a El número de sujetos incluidos en la muestra se multiplica por la fracción de muestreo usada.

puede brindarse mejor atención a cada estado, si bien considera que el servicio de urgencia es el lugar más apropiado para los casos de "emergencia" o de "urgencia" (10: pág. 369).

El Índice de NMA incluye algunos aspectos del sistema de evaluación según la urgencia cuando considera los grados de gravedad, pero también emite un juicio acerca del lugar donde debe prestarse la atención.

Lavenhar, *et al.* (10) establecieron que el 59% de las personas que concurrían a los servicios de urgencia estudiados en Estados Unidos estaba utilizando inapropiadamente los servicios. En Cali, encontramos que el 65% de las personas estudiadas recibían atención en un nivel inapropiado (véase el cuadro 9). Al principio esperábamos que el uso inapropiado de los servicios de urgencia fuera mayor en Estados Unidos. La inesperada situación inversa puede ser el resultado de los distintos proyectos de estudio y de los índices diferentes que se emplearon. Sin embargo, si aceptamos la hipótesis de que la población de Cali sufre una morbilidad mayor, especialmente morbilidad aguda, de la que se presenta en Estados Unidos, la necesidad de utilizar los servicios de urgencia sería más aguda en aquella población. Si tomamos en cuenta que la mayoría de los habitantes de Cali tiene menos fuentes posibles de atención, un nivel de vida más bajo y capacidad menos desarrollada para juzgar las necesidades de atención médica, puede explicarse la proporción más elevada de uso inapropiado. De cualquier manera, lo importante es que, a pesar de los índices y sitios diferentes, la utilización de los servicios de urgencia resultó en gran parte inapropiada en ambos países.

La cobertura (según la definición anterior) solo puede evaluarse mediante datos obtenidos en toda la población involucrada, pues únicamente esos datos reflejan las necesidades de la generalidad de la población. Para los propósitos de este estudio, establecimos una equivalencia entre la necesidad de servicios de salud (por una enfer-

medad sufrida el mes anterior a la entrevista) y la necesidad de guardar cama; también determinamos la utilización de una instalación médica a partir de la utilización de un servicio profesional de salud para atención de esa enfermedad durante el mismo mes. Luego evaluamos el grado de uso apropiado (cuadro 8) dividiendo el total de personas necesitadas (las que guardaron cama) por la cantidad total de personas necesitadas que recurrieron a los servicios profesionales de salud.

Aday (11) ha obtenido un indicador de la atención en relación con la necesidad, que se conoce como el coeficiente de utilización e incapacidad. El coeficiente equivale a la relación entre el promedio de visitas médicas y el promedio de días de incapacidad en un período determinado. El concepto de días de incapacidad, que ha probado ser un buen indicador de la necesidad, incluye los días de inactividad y los días en cama. Como, de acuerdo con Hulka (12), consideramos que el cómputo de los días de inactividad se presta más a confusiones, usamos solo los días de cama para obtener nuestro índice de uso apropiado. El coeficiente de utilización e incapacidad de Aday (11) no llega tampoco a establecer la distinción entre intensidad y extensión de la utilización. Por estas razones, pensamos que nuestro índice de uso apropiado constituye un método mejor para evaluar la cobertura de la comunidad.

Taylor *et al.* (13) han elaborado un coeficiente de síntomas y respuestas para comparar las necesidades con el uso. Su índice, que, como el nuestro, depende de datos obtenidos en la población, señala que la población en general de Estados Unidos no solicita atención médica con más o menos frecuencia de lo apropiado. El índice se basa en el juicio de un grupo de expertos respecto al porcentaje de todas las personas con un síntoma determinado que se podría esperar que utilizaran los servicios de salud. Dicho índice no evalúa la necesidad y utilización individuales de los niveles más apro-

piados para suministrar atención médica, ni el grado de uso inapropiado por la población en general. No era posible aplicar con precisión ese índice en nuestro estudio, ya que la definición de lo que se consideraba "apropiado" se basaba en las expectativas estadounidenses.

Al emplear nuestros propios datos obtenidos en la población, encontramos que el 61% de todos los usuarios de los servicios médicos ambulatorios los utilizaba en forma inapropiada; es decir, hacían uso del servicio cuando estaban enfermos, pero no necesitaban atención médica. Esta situación es similar a la que prevalecía en los servicios de urgencia y de consulta externa de los hospitales de Cali (cuadro 9). Al mismo tiempo, la cifra del 61% difiere mucho de la correspondiente a la utilización inapropiada (14%) encontrada entre los pacientes de los centros de salud. Sin embargo, es preciso señalar que estas dos cifras no son exactamente comparables, pues existen diferencias entre los criterios de utilización apropiada aplicados. En la encuesta de la población, se consideró como usuario apropiado a toda persona enferma que tenía que guardar cama y recurría a la atención médica. En consecuencia, las personas con síntomas menores que tal vez anunciaban una enfermedad futura estaban excluidas de la categoría de utilización apropiada. No obstante, al clasificar los niveles mínimos de atención con el Índice NMA, a menudo se incluyó a los pacientes con esos síntomas entre los casos de utilización apropiada de los servicios involucrados. Al reunir la información de la población en general, tampoco se hicieron distinciones entre los niveles de atención en las diversas instalaciones; es decir, toda atención médica profesional recibida por quienes la necesitaban (ya fuera en puestos de salud o servicios de urgencia) se consideró apropiada.

Además, puesto que se juzgó la necesidad de una persona que recibiera atención médica según la opinión de los médicos con respecto al diagnóstico y gravedad de su es-

tado, tal vez existieran más probabilidades de que se considerara "necesitadas" a las personas cuando concurrían a los servicios médicos que cuando se encontraban en la comunidad.

Como resultado de estos problemas, el Índice de NMA según se aplica a los usuarios de servicios médicos no sirve como indicador de utilización apropiada por la comunidad en general; tampoco pueden aplicarse los datos de utilización apropiada por la comunidad, a las personas que recibieron atención médica. Es evidente que sería provechoso elaborar un Índice de NMA que pudiera aplicarse a los datos obtenidos en la comunidad.

Los datos reunidos en la comunidad señalan que el problema de la falta de cobertura era mayor que el del uso inapropiado. Sin embargo, los datos de los hospitales revelaron que la utilización inapropiada constituía una gran parte de la utilización total. Esto indica nuevamente que la utilización inapropiada e intensa de las instalaciones disponibles obstaculizaba la utilización por otros que las necesitaban y que hay necesidad de dirigir a las personas enfermas en la comunidad a los servicios apropiados. En suma, parece que no era suficiente el número de personas necesitadas que solicitaban atención y que aquellas que lo hacían llegaron al nivel de atención inapropiado. También se puede observar que era muy probable que los médicos que asistían a los pacientes, les dijeran que debían volver a un nivel inapropiado de atención (cuadro 12).

Según todo lo expresado, el sistema de atención de la salud requiere un mecanismo para extender la cobertura a los que necesitan dicha atención. Ese mecanismo no puede actuar únicamente en el interior del servicio de salud, pues esperar que las personas necesitadas de atención acudan a él, no resolverá el problema. El personal de salud debe establecer contacto con esas personas e incitarlas a requerir atención. En la actualidad, ese contacto con la comunidad parece constituir el método más eficaz para

llegar a los no usuarios que necesitan atención.

El problema adicional de uso inapropiado puede enfrentarse tanto dentro como fuera de las instalaciones de salud involucradas. Fuera, en la comunidad, los contactos iniciales con trabajadores de la salud contribuirán a que los pacientes se envíen a los niveles mínimos de atención (5). Dentro, en los servicios de salud, a los usuarios que concurren al lugar inapropiado se les remitirá al nivel de atención que corresponda; los médicos de los servicios, especialmente en los de más alto nivel, no deben vacilar en remitir a los pacientes a niveles menos complicados donde reciban la atención apropiada a su estado.

Modificaciones del sistema

Nuestra información nos permite deducir varias formas de mejorar el sistema de atención. En el momento del estudio, el hospital universitario tenía que rechazar pacientes que solicitaban atención allí, muchos de los cuales podrían haber sido atendidos apropiadamente en ese nivel. Es obvio que la institución estaba atestada de pacientes que recibían atención en un nivel inapropiado, traídos en muchos casos por los médicos del hospital; muchos pacientes volvían a utilizar inapropiadamente los servicios en repetidas ocasiones. Si no se podían ampliar los recursos para satisfacer la demanda en el nivel del hospital universitario, la única solución posible era la redistribución de los pacientes en los niveles de atención apropiados. Era también evidente que la expansión del hospital universitario constituiría una forma costosa de resolver el problema.

A partir del momento del estudio, el servicio de consulta externa del hospital universitario ha puesto en práctica un programa de redistribución de pacientes. Se presta servicio solo a los pacientes enviados por el nivel de centros de salud (unidades, cen-

tros y puestos de salud), y también por otras instituciones y médicos particulares. A las personas que llegan sin haber sido remitidas, se les proporciona amplia orientación respecto a los centros de salud existentes en las zonas donde viven y un trabajador social las remite a esos centros. En el servicio de consulta externa se mantiene un equilibrio entre pacientes conocidos y nuevos. Los médicos del hospital universitario han sido informados acerca del sistema regionalizado y su funcionamiento. Ahora refieren nuevamente a los pacientes al nivel de centros de salud en lugar de citarlos otra vez al hospital, con lo que disminuye la utilización de este por pacientes conocidos.

También se están produciendo cambios en el nivel de centros de salud. Se reconoce que es preciso modificar la política concerniente al personal y se está planificando una atención más orientada hacia la comunidad, mediante la participación de voluntarios y personas interesadas en los problemas de la salud.

En general, resulta evidente que la mejor forma de llegar a aquellos integrantes de la comunidad que necesitan atención pero no utilizan los servicios, es por medio del contacto en la comunidad. Se debe dar prioridad a la educación de la comunidad respecto al cuidado de la propia salud y la utilización de las unidades, centros y puestos de salud, para evitar el congestionamiento de ciertos servicios cuando quienes no los utilizan se conviertan en usuarios. Es preciso evitar un nuevo aumento de la utilización inapropiada.

Conclusiones

El concepto de Índice de NMA puede aplicarse a cualquier sistema cuyo objetivo sea suministrar atención regionalizada en la que se dé especial importancia a ofrecer atención primaria cerca del lugar donde residen los integrantes de la comunidad y a remitir los casos a servicios más especializa-

dos. Sin embargo, al estudiar un sistema de atención médica en particular, es preciso elaborar un índice específicamente adaptado a los objetivos y hábitos del sistema.

Al comparar los sistemas de atención de la salud existentes con un modelo regionalizado, el Índice NMA permite a los administradores identificar las diferencias entre el modelo y el sistema en práctica, y determinar las causas de esas diferencias. Además del índice, las evaluaciones mediante encuestas de la extensión, cobertura e intensidad de uso de los servicios de salud en relación con la población en general pueden proporcionar información sobre la dinámica del sistema dentro de la comunidad. Por supuesto, existen muchas alternativas en las relaciones entre extensión de los servicios de salud e intensidad de uso, y entre esta última y cobertura. En consecuencia, cuando los recursos son limitados y el objetivo es ampliar la cobertura, es preciso disminuir el uso intensivo y el no apropiado.

Resumen

Los planificadores de la salud de Cali, Colombia, desde hacía mucho tiempo se daban cuenta de los bajos índices de cobertura de los servicios de salud de su región, así como del congestionamiento de algunos servicios y la escasa concurrencia a algunos centros de salud. Para buscar una forma de mejorar la situación, se efectuó una investigación de los servicios públicos de atención ambulatoria y de las necesidades de salud de la población.

El principal instrumento para realizar esa labor fue un índice que enumeraba los niveles mínimos de atención para determinados problemas de salud, sobre la base de la gravedad y del diagnóstico particular de cada problema. Se empleó el índice para determinar si en la realidad cada caso se estaba tratando en el nivel apropiado de atención. Además, se llevó a cabo una en-

cuesta general de los integrantes de la población para averiguar cuántas personas no hacían uso de los servicios de salud y contribuir a definir la extensión de la cobertura de esos servicios.

Entre otras cosas, los resultados indicaron que el hospital universitario de Cali, la instalación médica más compleja de la región, era utilizada inapropiadamente por al menos el 65% de los pacientes que concurrían a los servicios de consulta externa y de urgencia. En síntesis, el hospital universitario parecía cumplir las funciones de un centro de atención primaria. Una proporción considerable de los pacientes del servicio de consulta externa del hospital universitario habían sido remitidos a ese servicio por médicos del mismo hospital. Aun más, al 86% de los pacientes entrevistados que concurrían al servicio de consulta externa, los médicos les habían indicado que regresarían al servicio en una fecha futura; este hecho contribuye a explicar por qué era frecuente la utilización inapropiada y repetida por los mismos sujetos.

Estos y otros datos permitieron deducir varias formas posibles para mejorar al sistema de atención de la salud en Cali. Desde el momento en que se efectuó el estudio, el servicio de consulta externa del hospital universitario ha puesto en práctica un programa de redistribución de los pacientes. Los pacientes nuevos que concurren a ese servicio deben ser referidos, y se mantiene un equilibrio entre pacientes conocidos y nuevos. Los médicos del hospital universitario ahora envían nuevamente a los pacientes a los centros, unidades o puestos de salud que originalmente los remitieron, no al mismo hospital; disminuye así la utilización del hospital por los mismos pacientes.

La información sobre la cobertura de la comunidad indica que esta no había alcanzado al 57% de los entrevistados. Entre las embarazadas, el 32% no había recibido atención prenatal; el 37% de los lactantes no habían sido inmunizados. En consecuencia, también se han introducido modi-

ficaciones en los niveles más bajos del sistema de salud, especialmente en lo concerniente a las políticas del personal y a estimular una atención más orientada hacia la comunidad mediante la intervención de trabajadores de la salud y voluntarios.

Los métodos básicos de análisis empleados en este caso son aplicables a cualquier sistema cuyo objetivo sea examinar los servicios "regionalizados", es decir, aquellos

que brindan atención primaria cerca del lugar de residencia de los integrantes de la comunidad, y a niveles más elevados de atención en instalaciones más especializadas para los casos remitidos. Sin embargo, el estudio de cualquier sistema de atención médica debe basarse en un índice de niveles de atención adaptado a los objetivos y hábitos de ese sistema particular. ■

REFERENCIAS

- (1) Agualimpia, C. y B. J. Selwyn. *Project Proposal for the Study of Use of Medical Ambulatory Care Services in Cali*. PRIDES: Programa de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Salud. Cali, Colombia, 1973. Documento mimeografiado.
- (2) Selwyn, B. J. y M. Miller. Patterns and Determinants of Health Service Use/Nonuse among Colombian Children. Trabajo presentado en la 106ª Reunión Anual de la Asociación Americana de Salud Pública. Los Angeles, California, 15-19 de octubre de 1978.
- (3) Organización Panamericana de la Salud. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Documento Oficial 118. Washington, D.C., 1973. Pág. 17.
- (4) Behem, H., H. Gutiérrez y M. Requena. Demographic trends health and medical care in Latin America. *Int J Health Serv* 2:13-22, 1972.
- (5) Castellanos Robayo, J. Improved health coverage: Coordination of health care levels and primary health care. *Bull Pan Am Health Organ* 11(3):195-205, 1977.
- (6) White, K. L. Life and death and medicine. *Sci Am* 229:23-33, 1973.
- (7) Weinerman, E. R., R. S. Ratner, A. Robbins y M. Lavenhar. Yale studies in ambulatory medical care: V. Determinants of use of hospital emergency services. *Am J Public Health* 56:1037-1056, 1966.
- (8) Alpert, J. J., J. Kosa, R. J. Haggerty, L. Robertson y M. Heagarty. The types of families that use an emergency clinic. *Med Care* 7:55-61, 1969.
- (9) Estados Unidos de América. Centro Nacional de Estadísticas para la Salud. *National Ambulatory Medical Care Survey: Background and Methodology, United States, 1967-72*. Estadísticas Vitales y de la Salud, Serie 2, No. 61. Publicación DHEW (HRA) 74-1335. Washington, D.C., 1974.
- (10) Lavenhar, M. A., R. S. Ratner y E. R. Weinerman. Social class and medical care: Indices of nonurgency in use of hospital emergency services. *Med Care* 6:368-380, 1968.
- (11) Aday, L. A. Economic and noneconomic barriers to the use of needed medical services. *Med Care* 12:447-456, 1975.
- (12) Hulka, B. Epidemiologic Basis of Health Services Research. Trabajo presentado en la 104ª Reunión Anual de la Asociación Americana de Salud Pública. Miami, Florida, 20 de octubre de 1976.
- (13) Taylor, D. G., L. A. Aday y R. Andersen. A social indicator of access to medical care. *J Health Soc Behav* 16:39-49, 1975.

Ambulatory medical care services: Are they being used appropriately? (Summary)

Health planners in Cali, Colombia, had long been aware of low rates of health service coverage in their area, as well as overcrowding of

some services and underattendance at some health centers. To find out how the situation might be improved, an investigation of public

ambulatory care services and the population's health needs was carried out.

The main tool used to perform this work was an index listing the appropriate care levels for any particular health problem—based on the problem's severity and the particular diagnosis involved. This index was used to determine whether actual cases were being treated at appropriate levels of care. In addition, a general survey of community members was conducted to learn about people who were not using the health services and to help define the extent of health service coverage.

Among other things, the resulting data indicated that Cali's university hospital, the most sophisticated medical facility in the area, was being used inappropriately by at least 65 per cent of the patients arriving at its outpatient department and emergency room. All in all, it appears that the university hospital was serving mainly as a primary care center. A substantial share of those using the university hospital outpatient department had been referred to that department by university hospital physicians. What is more, 86 per cent of the outpatients surveyed were told by the physicians to return to the outpatient department at some future date, a fact that helps to explain why repeated inappropriate use of the department by the same individuals was commonplace.

These and other data suggested several ways

in which Cali's health delivery system could be improved. Since the time of the study, the university hospital outpatient department has implemented a program of patient redistribution. New patients coming to the outpatient department must be referred, and a balance is maintained between known and new patients. Physicians at the university hospital now refer most patients back to health centers, units, or posts instead of to the hospital, thereby reducing use of the hospital by known patients.

Information on community coverage indicates that 57 per cent of the interviewed did not receive it. Among pregnant women, 32 per cent received no prenatal care and among infants 37 per cent had not been immunized. Therefore, changes have also been occurring at the health system's lower levels, especially with regard to personnel policies and encouragement of more community-oriented care by health workers and volunteers.

The basis analytical methods employed in this case are applicable to any system where the goal is to examine "regionalized" services, i.e., services providing primary care close to community residents' homes and higher levels of care at more specialized referral facilities. However, study of any given medical care system should be based on a level of care index geared to the goals and customs of the particular system involved.

Serviços de atendimento médico ambulatorio: usam-se de maneira adequada? (Resumo)

Os planejadores de saúde de Cali, Colômbia, vinham percebendo há muito tempo, que os índices de cobertura dos serviços de saúde de sua região eram baixos, que havia congestionamento de alguns serviços e carente comparecimento de interessados aos centros de saúde. Procurando melhorar a situação fez-se uma investigação tanto dos serviços públicos de atendimento ambulatorio como das necessidades de saúde da população.

Serviu como principal instrumento para realizar o trabalho, um índice que tabelava os níveis mínimos de atendimento a determinados problemas de saúde, partindo da base da gravidade e do diagnóstico particular de cada problema. Usou-se o índice afim de determinar se cada caso realmente estava sendo tratado dentro do nível adequado de atendimento.

Realizou-se, além disso, um inquérito geral entre os membros da população para descobrir quantas pessoas não aproveitavam os serviços de saúde e assim procurar de alguma maneira definir a extensão da cobertura desses serviços.

Os resultados obtidos indicaram, entre outras coisas, que o hospital universitário de Cali, a instalação médica mais complexa da região, era inapropriadamente usado por pelo menos 65% dos doentes para serviços de consulta externa e de urgência. Numa palavra, o hospital universitário parecia exercer as funções de um centro de atendimento primário. Uma considerável proporção dos doentes de consulta externa do hospital universitário tinham sido encaminhados a esse serviço por médicos do próprio hospital. Acrescente-se a

isso que 86% dos doentes entrevistados que aproveitavam os serviços de consulta externa tinham recebido instruções dos mesmos médicos para que voltassem à consulta numa data futura. Tudo isso contribui para poder-se explicar a freqüente, inapropriada e repetida utilização desses serviços feita pelos mesmos indivíduos.

Esses dados e ainda outros mais permitiram-nos planejar várias formas possíveis de serem usadas para melhorar o sistema de atendimento de saúde em Cali. Partindo do momento em que se terminou o estudo, o serviço de consulta externa do hospital universitário pôs em andamento um programa de redistribuição de doentes. Os pacientes novos que chegam ao serviço devem ser encaminhados para onde corresponda e se mantem equilíbrio entre os doentes já conhecidos e os novos. Os médicos do hospital universitário enviam os doentes agora, novamente aos centros, unidades ou postos de saúde que originalmente remeteram-nos ao hospital; dessa maneira diminui a utilização do hospital pelos mesmos doentes.

A informação sobre a cobertura da comu-

nidade indica que não se havia chegado a abranger 57% dos entrevistados. Entre as mulheres grávidas, 32% não tinha recebido atendimento pré-natal; 37% dos lactentes não tinham sido imunizados. Em consequência disso, introduziram-se modificações nos níveis mais baixos do sistema de saúde, especialmente no que se refere a políticas de pessoal e a encorajar um atendimento de saúde mais orientado à comunidade por parte de trabalhadores no campo da saúde e voluntários.

Os métodos analíticos básicos empregados nesse caso são aplicáveis a qualquer sistema onde a meta é examinar os serviços "regionalizados"; em outras palavras, os serviços que dão atendimento primário perto dos lares dos moradores das comunidades, e níveis mais elevados de atendimento em instalações de encaminhamento mais altamente especializadas. No entretanto, o estudo de qualquer sistema de atendimento médico deveria partir da base de um índice de nível de atendimento ajustado adequadamente às metas e costumes do sistema específico do qual se trate.

Services de soins médicaux ambulatoires: les utilise-t-on de façon appropriée? (Résumé)

Les responsables de la planification de la santé de Cali, en Colombie, se rendaient compte depuis déjà longtemps des faibles indices de couverture des services de santé de leur région, de l'encombrement de certains services et du faible nombre de visites de patients dans certains centres de santé. Afin de trouver une façon d'améliorer la situation, on effectua une enquête des services publics de soins pour patients ambulatoires et des besoins en santé de la population.

L'instrument principal pour la réalisation de cette tâche fut un index qui énumérait les niveaux minima de soins pour certains problèmes de santé, sur la base de la gravité et du diagnostic particulier pour chaque problème. On employa l'index pour déterminer si, en fait, chaque cas était traité au niveau approprié des soins. De plus, on entreprit une enquête générale parmi les membres de la population afin de savoir combien de personnes n'utilisaient pas les services de santé, pour chercher ainsi à définir l'amplitude de cou-

verture de ces services.

Les résultats montrerent, entre autres choses, que l'hôpital universitaire de Cali, l'installation médicale la plus complexe de la région, était utilisé de façon inappropriée par au moins 65% des patients qui se présentaient aux services de consultations externes et au service d'urgence. Bref, l'hôpital universitaire semblait remplir les fonctions d'un centre de soins primaires.

Une proportion considérable des patients du service de consultations externes de l'hôpital universitaire avait été envoyée à ces services par des médecins de l'hôpital lui-même. Et plus encore, les médecins avaient conseillé à 86% des patients interrogés pendant l'enquête, et qui s'étaient présentés au service de consultations externes, de revenir à ce service à une date future; ce seul fait contribue à expliquer pourquoi il y avait une utilisation non appropriée fréquente et répétée de ce service par les mêmes patients.

Ces données, et d'autres données supplé-

mentaires, permirent de déduire plusieurs moyens possibles d'amélioration du système de soins médicaux de Cali. Depuis le moment où cette étude fut effectuée, le service de consultations externes de l'hôpital universitaire mit en pratique un programme de répartition nouvelle des patients. Les nouveaux patients qui se présentent à ce service doivent y être spécifiquement envoyés, et l'on maintient un équilibre entre patients connus et nouveaux patients. Maintenant les médecins de l'hôpital universitaire envoient de nouveau les patients aux divers centres, unités ou postes de santé qui, au départ, les avaient dirigés à l'hôpital universitaire et ne leur demandent pas de revenir à l'hôpital lui-même; ainsi l'utilisation de l'hôpital par les mêmes patients diminue.

L'information recueillie quant aux soins parvenant à la population indique que 57% des personnes interrogées lors de l'enquête n'avaient pas été couvertes. Parmi les femmes enceintes, 32% n'avaient pas reçu de soins

pré-nataux; 37% des nourrissons au sein n'avaient pas été immunisés. On a donc introduit aussi des modifications aux niveaux plus bas du système de santé, spécialement en ce qui concerne les politiques générales s'appliquant au personnel, et l'on stimule des soins mieux orientés vers la collectivité grâce à l'intervention des travailleurs du secteur de santé et des volontaires.

Les méthodes fondamentales d'analyse employées dans ce cas sont applicables à n'importe quel système dont l'objectif serait d'examiner les services "régionalisés", c'est-à-dire ceux qui offrent les soins primaires près du lieu de résidence des membres de la population, et, à des niveaux plus élevés, d'examiner les installations plus spécialisées pour les cas de patients recommandés. Cependant, l'étude de tout système de soins médicaux doit se baser sur un index des niveaux de soins adapté aux objectifs et habitudes du système particulier.

PREMIO OPS EN ADMINISTRACION 1981

La Organización Panamericana de la Salud ha anunciado la convocatoria de su Premio en Administración para 1981. Este premio data de 1969 y con él se galardona a quienes han trabajado por el mejoramiento de la gestión administrativa en el sector salud.

Para mayores informes, las personas e instituciones interesadas en la propuesta de candidatos deben dirigirse a: OPS, 525 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, EUA.