

ORIGINALES**MORBILIDAD EN EL MEDIO RURAL. ESTUDIO COMPARADO DE DOS METODOS DE OBTENCION DE DATOS****M.^a del Carmen Sáenz Gonz alez, Rafael Gonz alez Celador, Luis F elix Valero Juan y José Antonio Mirón Canelo**

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina-Hospital Clínico Universitario. Universidad de Salamanca.

RESUMEN

Fundamento: La gran cantidad de información que se requiere para poder realizar oportuna y correctamente la planificación sanitaria ha hecho que aumente el interés por los Sistemas de Información sobre morbilidad, siendo el nivel primario donde más difícil resulta la obtención de datos precisos.

La fuente de datos es uno de los problemas básicos a resolver; las más frecuentemente utilizadas han sido las encuestas de salud y los registros de consulta. Ambas presentan discrepancias en sus resultados que vienen dadas básicamente por las diferencias entre la morbilidad sentida y la morbilidad asistida que establecen respectivamente cada una de ellas. El objetivo de nuestro trabajo es comparar la morbilidad sentida y la morbilidad asistida en el medio rural de la provincia de Salamanca.

Métodos: Se comparan los datos sobre morbilidad obtenidos por el sistema de registro en atención primaria de la Junta de Castilla y León en cinco zonas básicas de salud de la provincia de Salamanca, con los datos obtenidos mediante encuesta por entrevista en esas zonas durante el mismo período de tiempo.

Resultados: Las tres primeras causas de morbilidad fueron: Enfermedades del Aparato Respiratorio, del Aparato Digestivo y del Aparato Circulatorio según la encuesta domiciliaria y Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, Clasificación Suplementaria y Signos, Síntomas y Estados Morbosos mal Definidos según los registros.

Conclusiones: A la luz de los resultados obtenidos, las diferencias entre ambas fuentes fueron estadísticamente significativas y las mayores diferencias se encontraron en los grupos de Signos y síntomas mal definidos, Enfermedades infecciosas y en la Clasificación suplementaria.

Palabras clave: Medio Rural. Morbilidad. Fuentes de Datos. Estudio Comparativo.

ABSTRACT**Morbidity in Rural Environment. Comparative Study of Two Methods to Obtain Data**

Background: The great amount of information required to have the possibility of carrying out an opportune correct health planning has been the cause of an increased interest in the Information Systems about morbidity and it is primary level where the obtention of data becomes more difficult.

The source of data is one of the problems to be solved; health surveys and consultation registers have been the most frequently used. Both show differences in their results, mainly due to the differences between the perceived morbidity and the treated morbidity, respectively established by each one of them. The objective of our study is to compare perceived morbidity with treated morbidity in the rural environment of Salamanca Province.

Methods: Data on morbidity obtained by the system of register in primary health care of the Community of Castilla y León in five base health areas of Salamanca Province, are compared with data obtained by interview survey in those areas during the same period of time.

Results: The three first causes of morbidity were: Diseases of Respiratory System, Digestive System and Circulatory System according to the home survey and Infectious and Parasite Diseases, Supplementary Classification and Signs, Symptoms and improperly Defined Morbid Status, according to registers.

Conclusions: Taking into account the results obtained, the differences between both sources were statistically significant and the greatest differences were found in the group of Signs and improperly defined Morbid Status, Infections Diseases and the Supplementary Classification.

Key words: Rural Environment. Morbidity. Sources of Data. Comparative Study.

INTRODUCCION

En los  ltimos años se está produciendo en España una gran demanda de Información Sanitaria que se ha enfrentado con múltiples problemas estructurales y conceptuales en

Correspondencia:

M.^a del Carmen Sáenz González.

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Facultad de Medicina-Hospital Clínico Universitario.

Universidad de Salamanca.

Paseo de San Vicente n.  108-182.

37007. Salamanca

todos los niveles asistenciales; pero donde las carencias y dificultades resultan mayores es en el nivel de la asistencia primaria^{1,2}, siendo, por otro lado, en este nivel asistencial donde se hace necesaria en la actualidad una información más completa y fiable dado que es donde mayor demanda se va a generar³.

La puesta en marcha de los Equipos de Atención Primaria ha proporcionado un gran dinamismo en el campo de la Información Sanitaria, aunque a través de iniciativas puntuales y aisladas, siendo muchas las publicaciones que se pueden encontrar dedicadas a estudios de morbilidad y utilización de servicios en las Zonas Básicas de Salud⁴⁻¹⁴, que han sido realizadas generalmente a partir de datos procedentes de los libros de registro de consulta o de las historias clínicas de los pacientes.

La necesidad de una información longitudinal, continuada y más amplia, está llevando a las autoridades sanitarias a experimentar para establecer o instaurar sistemas estables y uniformes de obtención de datos, tanto en el ámbito local como autonómico o nacional. Para ello se han utilizado distintas fuentes, esencialmente registros y encuestas de salud. Algunos ejemplos son: La Encuesta Nacional de Salud^{15, 16}, la Encuesta de Salud de Barcelona¹⁷⁻²⁰ o el Sistema de Registro de la Junta de Castilla y León²¹.

La morbilidad de la población se puede conocer básicamente por tres grandes tipos de métodos^{22,23}: registros sanitarios, encuestas a la población y búsqueda del consenso entre profesionales. Los resultados obtenidos varían de forma considerable según la fuente que se utilice debido fundamentalmente a tres factores: primero, el umbral de tolerancia del paciente (morbilidad sentida o individualmente definida), segundo, el criterio del profesional médico (morbilidad asistida o clínicamente definida) y en tercer lugar, la unanimidad en la definición de los sucesos registrados. Por todo ello se considera que en la práctica sólo se podrá obtener una imagen parcial de la morbilidad real²⁴.

Las encuestas de salud pretenden establecer la morbilidad sentida, a pesar de que habitualmente ofrecen una medida también distorsionada que está influida por el uso de los servicios sanitarios²⁵.

El objetivo de este trabajo se centra en comparar la morbilidad sentida, obtenida a través de encuesta por entrevista personal, con la morbilidad atendida por los equipos de atención primaria del medio rural de la provincia de Salamanca y que es recogida mediante registro de consulta.

MATERIAL Y METODOS

Ambito del estudio:

La provincia de Salamanca, se encuentra dividida en 36 Zonas Básicas de Salud de las que 11 son urbanas y 25 rurales. Tiene una superficie de 12.336 Km², con una población de 380.740 personas, de ellas 177.253 viven en la capital y 203.487 en las zonas rurales y semiurbanas. La población rural se encuentra dispersa en 365 núcleos de población y dedicada básicamente a la agricultura y ganadería. Es una población envejecida, siendo mayores de 65 años el 20,4% de las mujeres y el 16,6% de los hombres, mientras que los menores de 18 años suponen el 28,2% de las mujeres y el 29,8% de los hombres.

Fuentes de datos sobre morbilidad

1. *Entrevista domiciliaria*

En la realización de la entrevista domiciliaria se establecieron las siguientes etapas²⁶⁻²⁹:

a.— Estudio demográfico de la provincia de Salamanca.

b.— Redacción y validación del cuestionario: Se establecieron en primer lugar las variables a estudiar y los indicadores de esas variables, a partir de ellas se redactó un borrador, utilizando preguntas ya aplicadas en

otras encuestas^{15, 17, 18}. La validación de este cuestionario se realizó mediante un estudio piloto previo a 80 familias con objeto de poner a prueba los distintos ítems de nuestra encuesta y adaptarlos a nuestro medio. A partir de este estudio piloto se modificó la redacción de algunas preguntas en sus posibilidades de respuesta y se eliminaron aquellas preguntas que daban lugar a interpretaciones múltiples y/o erróneas. Después de esta fase, el cuestionario definitivo quedó estructurado en cuatro grandes áreas de investigación: características socio-demográficas, morbilidad sentida, utilización de servicios sanitarios y estilos de vida. Se obtuvo así un cuestionario compuesto por 60 ítems, la mayoría cerrados, excepto seis, y categorizadas para simplificar la codificación y análisis posterior de los datos.

c.— Selección y tamaño de la muestra^{15, 17, 30}: para la obtención del tamaño de la muestra se tomó como unidad muestral el domicilio familiar, realizando el cálculo para un universo de 67.773 unidades familiares que, según el último censo, constituyen la población de la provincia de Salamanca. Se consideró un error del $\pm 4\%$ y un nivel de confianza del 96% obteniendo un tamaño muestral de 619 unidades.

La selección de la muestra se llevó a cabo de forma aleatoria por etapas, similar a la utilizada en la Encuesta Nacional de Salud¹⁵. Se realizó una estratificación proporcional por las 25 zonas de salud rurales de Salamanca, seleccionando la localidad de forma aleatoria dentro de la zona; por último la vivienda se localizó por el procedimiento de rutas aleatorias según cuotas de edad y sexo, obteniéndose la información del individuo, de los cabeza de la unidad familiar o de la mujer. Ante una ausencia en el domicilio seleccionado, se realizaban dos nuevos intentos, si tras ellos no se localizaba a la persona o esta se negaba a participar, se seleccionaba un nuevo domicilio por números aleatorios y se anotaba el lugar de la negativa o de la ausencia.

d.— Selección y entrenamiento de los entrevistadores: el trabajo de campo fue he-

cho por 15 entrevistadores (licenciados y estudiantes del último curso de Medicina) que, previamente habían sido seleccionados y preparados en varias sesiones con el fin de que conocieran el objetivo del trabajo, las características del cuestionario, el sentido y la finalidad de cada pregunta, la forma de realización de la entrevista y la clasificación de enfermedades ICHPPC-2 de la WONCA (World Organization of National Colleges and Academies)³¹.

e.— Trabajo de campo: la aplicación de la encuesta se hizo mediante el sistema de entrevista personal durante los meses de marzo, abril y mayo de 1988.

f.— Codificación, tabulación y validación de los resultados: los cuestionarios fueron revisados detalladamente eliminando aquellos en los que se apreciaron errores, se codificaron de forma alfa-numérica y se introdujeron en una base de datos Omnis-3 de Apple Macintosh a partir de la cual se obtuvieron los listados de resultados. Estos fueron expresados en porcentajes; además y con la finalidad de intentar aproximarnos al auténtico porcentaje de la población y hacer así más fiables nuestros datos se calculó para cada uno de los porcentajes expresados su intervalo de confianza³⁰. Por último, con el propósito de validar los resultados de la encuesta se compararon los resultados obtenidos en el cuestionario con los publicados por el Instituto Nacional de Estadística en dos características: edad de los cabezas de familia y profesión, no encontrándose diferencias significativas en ningún caso.

2. Registros de morbilidad

El sistema de registro de actividad-morbilidad en Atención Primaria fue establecido en la Comunidad Autónoma de Castilla-León en febrero de 1987²¹. La elaboración del mismo se realiza a partir de los datos que sobre morbilidad remiten mensualmente los centros de atención primaria a la Consejería de Bienestar Social y que se obtienen de una muestra constituida por todos los episodios

atendidos por cada médico a lo largo de una de las semanas de cada mes, seleccionada aleatoriamente por la Consejería para todos los Centros Salud de la Comunidad.

El registro de la morbilidad se lleva a cabo en un formulario en el que figuran los 17 grupos de la clasificación de enfermedades de la WONCA, más otros dos resultantes del desdoblamiento del grupo XVII. En cada proceso se anota además: sexo, edad, lugar donde se realiza la asistencia (centro o domicilio), remisión a especialista y características del caso (nuevo o antiguo). En un enfermo con varios procesos se anota el más importante o el que dio origen a los otros, según criterio del médico; así mismo se anotan puntualmente todas las consultas de un mismo enfermo.

Las Zonas Básicas de Salud participantes fueron, durante esa época inicial, 46 en toda la Comunidad Autónoma, 7 de estas zonas correspondieron a Salamanca, siendo 2 urbanas y 5 rurales (Alba de Tormes, La Alberca, Ciudad Rodrigo, Peñaranda de Bracamonte y Vitigudino).

Los resultados obtenidos en los registros de consulta se compararon con los obtenidos y publicados en otros registros de morbilidad en atención primaria⁴⁻¹⁴. Los resultados de la encuesta se compararon con la Encuesta Nacional de Salud de 1987^{15,16} y la Encuesta de Salud de Barcelona de 1983^{16,18,19}.

Para el estudio estadístico de los datos, se utilizó la prueba chi cuadrado y el análisis de residuales para tablas de contingencia^{30,32,33}. Este tipo de análisis permite conocer en tablas de contingencia múltiples qué elementos y en qué medida participan en la aparición de las diferencias estadísticas, cuantificando además si los resultados obtenidos son inferiores o superiores a los esperados.

RESULTADOS

Encuesta domiciliaria

A partir de las 619 familias de toda la provincia se obtuvo una submuestra corres-

pondiente a las cinco zonas de salud en las que en ese momento se había establecido registro de morbilidad-actividad, quedando formada por 208 familias constituidas por 789 personas y distribuidas de la siguiente manera: Zona de Alba de Tormes (165 personas), Zona de Ciudad Rodrigo (232 personas), Zona de La Alberca (41 personas), Zona de Peñaranda de Bracamonte (165 personas) y Zona de Vitigudino (181 personas).

— Morbilidad sentida: se declararon con algún tipo de enfermedad en los quince días anteriores a la encuesta 139 personas de la muestra (19,9%). El mayor número de enfermos se encontró en el grupo de mayores de 65 años con el 39,4%, en segundo lugar el grupo de 45-64 años con el 28,6%, en tercer lugar el grupo de 15-44 años con un 16,8% y en último lugar el grupo 0-14 años con un porcentaje del 15,2%. Por sus características, los procesos fueron agudos 41% (57 enfermos) y crónicos 59% (82 enfermos). Las enfermedades de más frecuente declaración en la entrevista fueron: Enfermedades del Aparato Respiratorio, Enfermedades del Aparato Circulatorio y Enfermedades del Aparato Digestivo (Tabla 1).

— Utilización de servicios: el número total de consultas médicas declaradas fue 216: 51 de ellas correspondieron a enfermos con procesos agudos, 103 a enfermos con procesos crónicos y 62 de las consultas se produjeron sin que en la entrevista se hubiera declarado anteriormente ningún enfermo.

Por otro lado, en 13 de los casos en que se había declarado una enfermedad aguda, ésta no se transformó en demanda de asistencia, lo cual ocurrió también en 33 de los enfermos que habían declarado algún proceso crónico. El 38,3% de las consultas correspondieron a personas mayores de 65 años, el 28,8% a personas con edades comprendidas entre 45 y 64 años, el 18,3% entre 15 y 44 años y el 14,6% a menores de 14 años.

Los principales motivos de consulta declarados en la entrevista fueron: la revisión de enfermedad ya diagnosticada y la petición

TABLA 1
Resultados de la encuesta domiciliaria
(Clasificación de la WONCA)

<i>Causas de morbilidad</i>	<i>Absolutos</i>	<i>Porcentajes (%)</i>	<i>I. Conf.</i>
I. —Enf. Infecciosas y Parasitarias	14	10,07	10 ± 5
II. —Neoplasias	1	0,71	1 ± 1
III. —Enf. Endocrinas Nutricionales y Metabólicas	5	3,59	4 ± 3
IV. —Enf. de la Sangre y Organos Hematopoyéticos	1	0,71	1 ± 1
V. —Enf. Mentales	3	2,15	2 ± 2
VI. —Enf. del Sistema Nervioso	10	7,19	7 ± 4
VII. —Enf. del Aparato Circulatorio	18	12,94	13 ± 6
VIII. —Enf. del Aparato Respiratorio	29	20,86	21 ± 7
IX. —Enf. del Aparato Digestivo	18	12,94	13 ± 6
X. —Enf. del Aparato Genitourinario	6	4,31	4 ± 3
XI. —Embarazo, Parto y Puerperio	0	0	0
XII. —Enf. de la Piel y Tejido Subcutáneo	6	4,31	4 ± 3
XIII. —Enf. del Aparato Locomotor y del Tejido Conectivo	13	9,35	9 ± 5
XIV. —Anomalías Congénitas	0	0	0
XV. —Morbimortalidad Perinatal	0	0	0
XVI. —Signos, Síntomas y Estados Patológicos mal Definidos	11	7,91	8 ± 4
XVII. —Envenenamientos, Accidentes y Lesiones por Violencia	3	2,15	2 ± 2
XVIII. —Clasificación Suplementaria	1	0,71	1 ± 1
TOTALES	139	99,90	—

de recetas, constituyendo más del 60% de las consultas realizadas. Las consultas preventivas supusieron el 3,24% y los asuntos burocráticos el 0,46% (Tabla 2).

Comparados los resultados obtenidos en estas 5 zonas de Salud con los obtenidos en el total de la provincia, no se encontraron diferencias significativas.

TABLA 2
Demanda asistencial. Entrevista domiciliaria

<i>Motivo de consulta</i>	<i>Absolutos</i>	<i>Porcentajes (%)</i>	<i>I. de confianza</i>
Diagnóstico y tratamiento no urgentes	63	29,16	33 ± 7
Revisión de enfermedad ya diagnosticada	72	33,33	29 ± 6
Consulta Preventiva	7	3,24	29 ± 6
Asistencia Urgente	10	4,62	5 ± 2
Petición de recetas	63	29,16	3 ± 3
Asuntos burocráticos	1	0,46	0 ± 1
TOTALES	216	99,97	—

Registros de atención primaria

Durante el período de tiempo considerado se registraron 54.361 procesos, el 92,4% se atendieron en consulta y el 7,60% en el domicilio del enfermo. Por sexos, el 53,2% correspondieron a mujeres y el 46,8% a hombres; la distribución por edades fue la siguiente: menores de 1 año 2,15%, entre 1 y 14 años 11,36%, entre 15 y 49 años 23,32%, entre 50 y 64 años 26,96% y mayores de 65 años 36,20%.

En cuanto al tipo de enfermedades, los grupos más frecuentes fueron: Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, Clasificación Suplementaria, Signos y Síntomas Mal Definidos y Enfermedades del Aparato Respiratorio (Tabla 3).

Las diferencias encontradas entre los datos de los registros y los obtenidos en la en-

cuesta domiciliaria se compararon mediante la prueba de χ^2 , encontrándose que eran estadísticamente significativas ($p=0,0001$).

DISCUSION

El establecimiento de sistemas de registro de actividad-morbilidad en la Comunidad Autónoma de Castilla y León en el año 1987, nos ofreció la oportunidad de comparar los datos de morbilidad obtenidos en el medio rural a partir de registros de consulta con los obtenidos por encuesta de salud y así llegar a una aproximación de las diferencias entre la morbilidad sentida y la morbilidad diagnosticada.

En nuestro estudio se obtuvo que el 27,37% de las personas habían consultado al médico por motivo propio o por el de otro miembro de la familia. El 38,3% de las consultas co-

TABLA 3
Resultados de los registros de atención primaria (Junta de Castilla y León)
(Clasificación de la WONCA)

<i>Causas de morbilidad</i>		<i>Absolutos</i>	<i>Porcentajes (%)</i>	<i>Int. Conf.</i>
I.	—Enf. Infecciosas y Parasitarias	10,859	19,96	20 ± 10
II.	—Neoplasias	149	0,27	0
III.	—Enf. Endocrinas Nutricionales y Metabólicas	891	1,63	2 ± 2
IV.	—Enf. de la Sangre y Organos Hematopoyéticos	774	1,31	1 ± 2
V.	—Enf. Mentales	808	1,48	1 ± 2
VI.	—Enf. del Sistema Nervioso	3,413	6,27	6 ± 5
VII.	—Enf. del Aparato Circulatorio	2,511	4,61	5 ± 4
VIII.	—Enf. del Aparato Respiratorio	5,922	10,89	11 ± 7
IX.	—Enf. del Aparato Digestivo	3,092	5,68	6 ± 5
X.	—Enf. del Aparato Genitourinario	2,046	3,76	4 ± 4
XI.	—Embarazo, Parto y Puerperio	317	0,58	1 ± 2
XII.	—Enf. de la Piel y Tejido Subcutáneo	3,099	5,70	6 ± 5
XIII.	—Enf. del Aparato Locomotor y del Tejido Conectivo	2,738	5,03	5 ± 4
XIV.	—Anomalías Congénitas	12	0,02	0
XV.	—Morbimortalidad Perinatal	69	0,12	0
XVI.	—Signos, Síntomas y Estados Patológicos mal Definidos	7,779	14,30	14 ± 9
XVII.	—Envenenamientos, Accidentes y Lesiones por Violencia	1,947	3,58	4 ± 4
XVIII.	—Clasificación Suplementaria	7,995	14,70	15 ± 7
TOTALES		54,361	99,99	—

rrespondieron a personas mayores de 65 años, el 28,8% a personas con edades comprendidas entre 45 y 64 años, el 18,3% entre 15 y 44 años y el 14,6% a menores de 14 años. Los principales motivos de consulta declarados fueron: revisión de enfermedad ya diagnosticada (33,33%), diagnóstico y tratamiento (29,16%), petición de recetas (29,15%), consulta urgente (4,62%), consulta preventiva (3,24%) y asuntos burocráticos (0,46%).

Según la Encuesta Nacional de Salud ¹⁶ el 28,6% de las personas mayores de 16 años de la Comunidad de Castilla-León consultaron a un médico en el mismo período por motivos propios o por otro miembro del hogar. En cuanto al grupo etáreo que más demandas produce es el de mayores de 65 años con un 32,2%, seguido del grupo de 45 a 64 con un 28,2% y el grupo de 16 a 44 años con un 27,6% ¹⁶. Los motivos de consulta fueron: 53,6% diagnóstico, 29,3% revisión, 11,5% dispensación de recetas, 0,9% partes de altas/bajas, 1,6% otros y no contestan el 3,1%. El número de menores de 16 años que consultaron por motivo propio fue del 15,2%. Los motivos de la consulta fueron: 59,1% diagnóstico, 34,1% revisión, 2,3% dispensación de recetas y 4,5% no contestan.

Con respecto a los resultados de la Encuesta de Barcelona ¹⁹ el 22,7% de las personas entrevistadas fue visitada por un médico al menos una vez, el grupo demandante más frecuente fue el de mujeres menores de 15 años (30,2%) y hombres mayores de 65 años y el grupo con menor frecuencia el de 15 a 44 años para ambos sexos. Las diferencias con nuestros datos parecen razonables, dado que estamos valorando la demanda de una población con tendencia al envejecimiento y con un alto porcentaje de enfermedades crónicas ³⁵.

En los registros de atención primaria de la Junta de Castilla y León se encontraron 19 consultas por 100 personas; el 92,4% se atendieron en consulta y el 7,60% en el domicilio del enfermo. Por sexos, el 53,2% correspondieron a mujeres y el 46,8% a hombres; la distribución por edades fue la siguiente:

menores de 1 año 2,15%, entre 1 y 14 años 11,36%, entre 15 y 49 años 23,32%, entre 50 y 64 años 26,96% y mayores de 65 años 36,20%.

Se observa una gran similitud entre los datos de nuestra encuesta y los datos de la Encuesta Nacional de Salud, mientras que las cifras del número de consultas son menores en la encuesta de salud de Barcelona y en los registros de la Junta de Castilla y León, si bien la distribución de las consultas por edades son muy similares en todos los estudios.

Las causas de morbilidad más frecuentes obtenidas en nuestra encuesta fueron: Enfermedades del Aparato Respiratorio, Enfermedades del Aparato Circulatorio y Enfermedades del Aparato Digestivo. La primera causa coincide con los resultados de la encuesta de Barcelona, no coincidiendo en las restantes, puesto que las causas de consulta más importantes encontradas en la encuesta de salud de Barcelona ²⁰ fueron: Enfermedades respiratorias, Procedimientos administrativos, Enfermedades digestivas, Síntomas, signos y estados mal definidos, Accidentes y traumatismos, Enfermedades del aparato locomotor y Enfermedades de los ojos y los oídos.

Los motivos de consulta de la Encuesta Nacional de Salud ¹⁶ no son comparables con los de nuestro estudio por estar basados en distinta clasificación.

En los registros de consulta de Castilla-León los grupos más frecuentes fueron: Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, Clasificación Suplementaria, Signos, síntomas y estados mal definidos y Enfermedades del Aparato Respiratorio (Tabla 3). Las diferencias con los datos obtenidos por nosotros fueron estadísticamente significativas.

En otros registros de consulta (Tabla 4) utilizados como comparación se encontró que los grupos de enfermedades más frecuentes fueron: Enfermedades Respiratorias (que oscilaron entre el 35% y el 9,4% según los estudios), Clasificación Suplementaria (del 1,73% al 42,91%); Enfermedades del

TABLA 4
Distribución porcentual de las causas de morbilidad encontradas en la bibliografía
(Clasificación de la WONCA)

<i>Referencias bibliográficas</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I. —Enf. Infecciosas y Parasitarias	4,1	1,65	2,63	9,8	5	—	6,75	2,77	4,7	3,58
II. —Neoplasias	0,1	0,09	0,71	0,4	—	—	1,74	0,86	2,35	0,48
III. —Enf. Endocrinas Nutricionales y Metabólicas	1,1	2,57	4,84	5,5	2	1,65	3,18	4,32	1,17	3,3
IV. —Enf. de la Sangre y Organos Hematopoyéticos	0,8	0,19	2,79	0,4	—	—	0,46	0,83	2,35	—
V. —Enf. Mentales	2,7	2,04	2,79	9,2	—	1,32	3,22	4,07	2,35	3,51
VI. —Enf. del Sistema Nervioso	1,6	5,61	3,89	5,6	—	1,76	7,29	4,55	3,52	4,77
VII. —Enf. del Aparato Circulatorio	3,7	6,38	15,21	9,7	6,09	8,4	18,09	15,68	17,64	9,56
VIII. —Enf. del Aparato Respiratorio	21,5	16,25	18,7	30,6	35	16,6	9,4	28,71	29,41	22,65
IX. —Enf. del Aparato Digestivo	5	7,13	5,24	7,3	7	3,42	5,72	8,99	16,47	6,45
X. —Enf. del Aparato Genitourinario	4,6	4,29	3,54	4,7	3	—	2,75	4,81	5,88	3,91
XI. —Embarazo, Parto y Puerperio	—	—	0,2	0,8	—	—	0,21	0,22	1,17	—
XII. —Enf. de la Piel y Tejido Subcutáneo	4,1	4,04	3,44	4,8	4	1,76	3,39	4,26	1,17	4,07
XIII. —Enf. del Aparato Locomotor y del Tejido Conectivo	3,4	7,03	7,23	8,7	11,2	5,75	5,38	9,86	—	7,48
XIV. —Anomalías Congénitas	0,1	—	0,17	—	—	—	0,01	0,11	—	—
XV. —Morbimortalidad Perinatal	—	—	—	—	—	—	—	0,01	—	—
XVI. —Signos, Síntomas y Estados Patológicos mal Definidos	15,8	2,92	8,99	—	—	—	9,23	6,55	8,23	7,21
XVII. —Envenenamientos, Accidentes y Lesiones por Violencia	9,7	0,91	3,55	2,5	—	—	4,6	2,35	—	3,03
XVIII. —Clasificación Suplementaria	21,7	1,73	13,69	—	18,9	42,91	18,61	6,97	3,52	—

(1) Gervás J J y cols.

(2) Alfonso Sánchez J L y cols.

(3) Alcántara Nicolás M y cols.

(4) Escolar Pujolar A y cols.

(5) Frade R. y cols.

(6) Junta de Castilla y León

(7) Estebanez M L y cols.

(8) Almenar F D y cols.

(9) Aguirrezabala J R y cols.

(10) Alonso Mayo E y cols.

* revisión de varios estudios.

Aparato Circulatorio (entre el 3,7% y el 18,09%); Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos (entre el 1,1% y el 15,8%); Enfermedades del Aparato Digestivo (entre el 5% y el 16,47%); Enfermedades del Aparato Locomotor (entre 3,4% y el 11,2%) y Enfermedades del Sistema Nervioso (entre el 1,6% y el 10,7%).

Para comparar las causas de morbilidad se llevó a cabo el estudio de los residuales, comparando los resultados encontrados en los registros de consulta de las cinco zonas de salud de la provincia de Salamanca y en nuestra encuesta con los de la bibliografía, así se observó (Tabla 5) que las diferencias entre los resultados de otros estudios y los de los registros de las cinco zonas de salud estu-

diadas eran significativas en todos los apartados salvo en las Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo (XII). Las cifras obtenidas fueron superiores a las esperadas (>1,96) en los apartados I, IV, XI, XV, XVI, y XVII mientras que fueron inferiores a las esperadas (<-1,96) en II, III, V, VI, VII, VIII, IX, X, XIII, XIV y XVII. Las diferencias más importantes se encontraron en los apartados de Clasificación Suplementaria (XVIII), Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos (XVI) y Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (I). Comparados los resultados de las entrevistas domiciliarias con los de la bibliografía, se encontraron diferencias significativas en dos apartados: Signos, Síntomas y estados Morbosos Mal Definidos (XVI) y Envenenamientos, Acci-

TABLA 5
Resultados obtenidos en el análisis de residuales
(Clasificación de la WONCA)

	<i>Encuesta</i>	<i>Registro</i>
I. —Enf. Infecciosas y Parasitarias	0,76	95,88
II. —Neoplasias	—0,41	—18,13
III. —Enf. Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	—0,43	—30,77
IV. —Enf. de la Sangre y Organos Hematopoyéticos	—0,32	10,04
V. —Enf. Mentales	—1,4	—35,01
VI. —Enf. del Sistema Nervioso	—1,1	—28,66
VII. —Enf. del Aparato Circulatorio	0,72	—47,51
VIII. —Enf. del Aparato Respiratorio	0,55	—48,06
IX. —Enf. del Aparato Digestivo	1,27	—31,72
X. —Enf. del Aparato Genitourinario	—1,12	—27,25
XI. —Embarazo, Parto y Puerperio	—0,81	3,78
XII. —Enf. de la Piel y Tejido Subcutáneo	—0,65	1,21
XIII. —Enf. del Aparato Locomotor y del Tejido Conectivo	1,54	—11,24
XIV. —Anomalías Congénitas	—0,51	—8,88
XV. —Morbimortalidad Perinatal	—0,03	46,55
XVI. —Signos, Síntomas y Estados Patológicos mal Definidos	5,53	203,6
XVII. —Envenenamientos, Accidentes y Lesiones por Violencia	—2,82	—43,96
XVIII. —Clasificación Suplementaria	—0,27	283,36

Diferencias significativas para valores esperados $> 1,96$ y $< -1,96$

dentes y Lesiones por Violencia (XVII), estando por encima de los valores esperados ($>1,96$) en el primero y por debajo ($<-1,96$) en el segundo. Tomando como referencia otros estudios publicados, las discrepancias eran mayores para los registros de actividad-morbilidad que para la encuesta por entrevista.

Creemos que estudios de este tipo, en el que se combinan los sistemas de registro de los diagnósticos efectuados en la atención primaria (o en otros niveles de la atención de salud) con encuestas por entrevista personal a la población, nos permiten valorar cómo son sentidos por la comunidad los diferentes problemas de salud (morbilidad sentida, demanda y satisfacción de la atención sanitaria) y contribuirán a conocer con mayor precisión las necesidades de salud de la misma.

BIBLIOGRAFIA

1. Varela Pedragosa J, Berenger Maimo J, Alonso Mayo E, Manzanera López R, Picas Vidal J M. Los sistemas de información en atención primaria. *Atenc Prim* 1988; 5:543-547.
2. Editorial. Sistemas de Información Sanitaria. *Revista de Salud Pública de Castilla y León* 1987; 1:195-196.
3. Gervas J J, Pérez M, García P. Normalización de la información en atención primaria: Presente y futuro. *Gac Sanit* 1988; 2:203-207.
4. Junta de Castilla y León, Consejería de Bienestar Social. Actividad asistencial del centro de salud San Juan de Salamanca. *Boletín Epidemiológico de Castilla y León* 1986; 2:135-138.

5. Alcantara Nicolás M, Sánchez De Toro J M, Raura Llamas J, Albadalejo Monreal E, Sánchez Sánchez J AL. Estudio sobre la demanda sanitaria y la morbilidad declarada en una pedanía de Murcia. *Rev San Hig Púb* 1984; 58: 681-714.
6. Frader R, Cabrera A, Niño F, Sarmiento F, Padrón A, Hidalgo M, Delgado J, Maldonado J. Estudio de la morbilidad asistida en un centro de salud: a propósito de 1370 consultas. *Rev San Hig Púb* 1987; 61: 499-507.
7. Alfonso Sánchez J L, Sanchís-Vayarri Vailant V. Atención primaria en el medio rural: Estudio comparativo con el medio urbano. *Med Clin* 1986; 86: 143-146.
8. Alonso Mayo E, Manzanera López R, Varela Pedragosa J, Picas Vidal J.M. Estudios observacionales de la demanda en asistencia primaria. *Atenc Prim* 1987; 4: 148-154.
9. Estébanez M L, Main A, Millán M J, Rodrigo M T, Tejerina M, Postigo T, Pascual A. Estudios de la demanda en atención primaria de una zona rural de Segovia. *Atenc Prim* 1986; 3: 246-249.
10. Almenar F D, Marti J F, García C, Martín M.^a J, Sanjuan L, Rosello M.^a L. Aproximación a la morbilidad atendida en asistencia primaria (S. Social) en la provincia de Valencia. *Atenc Prim* 1986; 3: 195-200.
11. Ibáñez J A, González Barrio I, Sánchez Ibáñez A, Labara M AM, Hernández García P. Estudio descriptivo de la morbilidad en la zona de salud de Miralbueno (Zaragoza). *Atenc Prim* 1987; 5: 399.
12. Moreno Iribas C, Sanjuan C, Barandiaran L, Indurain S, Martínez Arellano A, Jiménez M J. Evaluación de las consultas médicas del centro de salud de Barañáin (Navarra). *Atenc Prim* 1986; 4: 178.
13. Gervas L L, García Olmos L, Pérez Fernández M M, Abaira V. Asistencia médica ambulatoria: estudio estadístico de una consulta de medicina general de la Seguridad Social. *Med Clin*, 1984; 82: 479-483.
14. Agirrezabala J R, Antón X, Arrubarrena R. Análisis de la morbilidad a nivel de asistencia primaria en Rekaldeberri-Bilbao. *Gac Méd Bilbao* 1983; 80: 443-454.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Información Sanitaria y Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Información Sanitaria y Epidemiología. Estadísticas de Salud 1978-1987. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
17. Anto Boqué JM., Domingo Salvany A. Encuesta de Salud de Barcelona. Serie Salud Publica n.º 2. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona, 1985.
18. Anto Boque JM, Domingo Salvany A, Company Serrat A. Aspectos metodológicos de la encuesta de salud de Barcelona. Informe preliminar. *Gaseta Sanitaria*. 1983; Serie Monográfica 1: 50- 60.
19. Encuesta de Salud de Barcelona 1983 Resultados I (Noticias de Barcelona). *Gaseta Sanitaria* 1984; 3: 82-85.
20. Encuesta de Salud de Barcelona 1983 Resultados II (Noticias de Barcelona). *Gaseta Sanitaria* 1984; 3: 122-124.
21. Junta de Castilla y León. Consejería de Bienestar Social. Orden de 21 de enero de 1987 de la Consejería de Bienestar Social por la que se fija la documentación sanitaria correspondiente a centros y servicios de atención primaria. *Boletín Oficial de Castilla y León* 11 de febrero de 1987. Valladolid: Junta de Castilla y León, 1987.
22. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. 1.^a ed. Barcelona: Masson, 1987.
23. Dever G E A. Epidemiology in health services mangement. 1st ed. Rockville: Aspen Publications, 1984.
24. Regidor E. Fuentes de información de mortalidad y morbilidad. *Med Clin* 1992; 99: 183-187.
25. García Olmos E. Estudios de morbilidad atendida en atención primaria: Pacientes versus visitas. *Gac Sanit* 1991; 5: 34-39.
26. Abramson J H. Survey methods in community medicine. 2.^a ed. Edinburg: Churchill Livingstone, 1979.

27. Vázquez J M. Lecciones de técnicas de investigación social. Madrid: Instituto de Sociología Aplicada, 1982.
28. Sierra Bravo R. Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios. 3.^a ed. Madrid: Paraninfo, 1983.
29. Padua J, Ahman I, Apezchea H, Borsotti C. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. 1.^a ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1979.
30. Domenech Massons J M: Bioestadística. Métodos estadísticos para investigadores. 1.^a ed. Barcelona: Editorial Herder, 1980.
31. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of general practitioners/family physicians (WONCA): International classification of health problems in primary care (ICHPPC-2-DEFINED). 3.^a ed. Oxford: University Press, 1984.
32. Haberman S J. The analysis of residuals in cross-classified tables. *Biometrics* 1973; 29: 205-220.
33. Everitt B.S. The analysis of contingency tables. 1st ed. London: Chapman and Hall, 1977.
34. Junta de Castilla y León. Consejería de Cultura y Bienestar Social. Registro mensual de actividad-morbilidad. Valladolid: Junta de Castilla y León marzo, abril, mayo 1988.
35. Mirón J A. Diagnóstico de Salud Comunitaria: estudio descriptivo de la provincia de Salamanca. Salamanca: Excmo Diputación de Salamanca, 1992.
36. Escolar Pujolar A, Blanco González M, Corral Brihuega J, Gil Cano M, Valle González J, Prieto Vázquez R, Sánchez de Rojas C. Registros de morbilidad en asistencia primaria de salud. *Gac Sanit* 1983; 2: 221-226.