

ERRORES DE RESPUESTA Y OTROS PROBLEMAS DE LAS ENCUESTAS DE SALUD MEDIANTE ENTREVISTA EN LOS PAISES EN DESARROLLO¹

Axel Kroeger²

INTRODUCCION

Los instrumentos para las encuestas de salud mediante entrevista fueron creados en los países industrializados y luego adoptados por el mundo en desarrollo. Apenas en años recientes estos últimos han tratado de adaptar la metodología a sus propias condiciones específicas de sociedades pluriétnicas, la mayor parte de ellas en proceso de rápido cambio social y cultural, con gran variedad de niveles socioeconómicos entre los diferentes estratos de la población y dotadas de varios tipos de servicios médicos tradicionales y modernos.

El marco conceptual para el análisis del uso de los servicios formales e informales de salud (figura 1) puede servir como ejemplo de un intento por modificar los modelos de los países industrializados y adaptarlos a las necesidades de los países en desarrollo. Dicho es-

quema procede de la clasificación de las variables explicativas del uso de la atención médica en tres grupos (factores predisponentes, características de la enfermedad y factores relacionados con el sistema de servicios médicos), propuesta por Andersen (1) y Kohn y White (2). La red de variables explicativas (independientes) y dependientes (figura 1) refleja mejor la situación en un país en desarrollo donde, por ejemplo, un campesino o un obrero enfermo debe elegir entre diversas opciones terapéuticas (3).

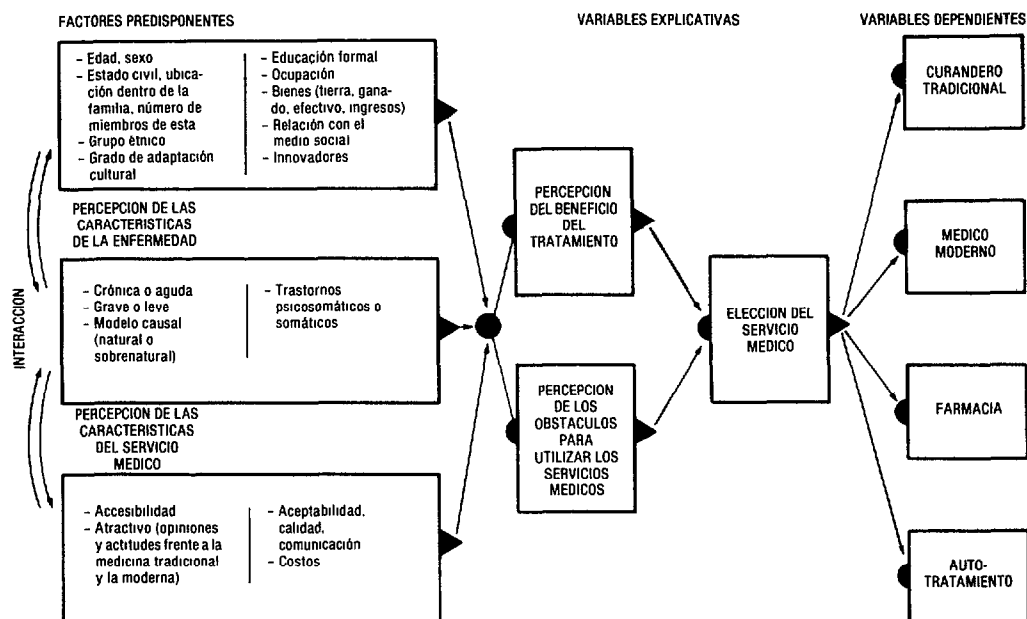
Este artículo presenta ciertos adelantos metodológicos de las encuestas sanitarias mediante entrevista en cuanto al control de los errores de respuesta³ en los países industrializados y aborda la cuestión de sus limitaciones en lo relativo a declaración de enfermedades, informe de la utilización de servicios médicos y

³ Los errores de respuesta son los que "ocurren en la fase de acopio de datos de una encuesta. El resultado del proceso de obtención de datos depende de las personas que intervienen en él a partir de la preparación de los formularios, manuales y procedimientos para reunir la información, e incluidos entrevistadores, instructores y supervisores de campo, así como los propios entrevistados" (83).

¹ Se publica en inglés y francés en el *World Health Statistics Quarterly* 38(1):15-37, 1985.

² Universidad de Heidelberg, Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical y Salud Pública. Dirección postal: Higiene Tropical, Im Neuenheimer Feld 324, 6900 Heidelberg, República Federal de Alemania.

FIGURA 1. Marco conceptual para analizar el proceso de demanda de atención médica en los países en desarrollo.



otros problemas, cuando se aplican en países en desarrollo.

No se incluyen otras encuestas relacionadas con la salud, por ejemplo, de nutrición, fecundidad o mortalidad.

DECLARACION DE ENFERMEDADES EN LAS ENCUESTAS DE SALUD MEDIANTE ENTREVISTA

Pruebas de validez y de concordancia de la declaración de enfermedades

Por lo común, es difícil comprobar la validez de las respuestas a las entrevistas debido a la falta de pruebas de referencia fidedignas. Sin embargo,

en lo que concierne a las entrevistas de salud se podría aducir que un examen clínico constituiría una verificación suficientemente exacta de la validez de la declaración de una enfermedad. Así se ha tratado de hacer en el medio rural de Africa (4), en el sector rural de Corea (5) y en países industrializados (6-11). Son variables las discrepancias entre los datos obtenidos en la entrevista y los exámenes físicos o bioquímicos, lo cual depende en gran parte de la metodología empleada en las entrevistas y los exámenes, el tipo de padecimientos y las definiciones equiparables (12). Asimismo, el empleo del *Cornell Medical Index*, un cuestionario sobre el estado de salud que consta de 195 preguntas de respuesta afirmativa o negativa (sí/no), ha demostrado ser mejor para medir el estado general de salud,

en particular la salud emocional, que para descubrir la presencia de determinados padecimientos en individuos o poblaciones (13, 14). Algunos autores han puesto en tela de juicio la validez transcultural de este instrumento, particularmente cuando el indagador no posee un conocimiento minucioso de las actitudes, conceptos y terminología del grupo étnico estudiado (15-20).

Hay que reconocer que el diagnóstico médico propiamente dicho suele basarse en la descripción de los síntomas facilitada por las personas;⁴ dolor lumbar, angina de pecho, diarrea o exudado vaginal constituyen algunos de los ejemplos más simples a este respecto. En este y otros muchos casos, la diferencia entre la descripción de la enfermedad en una entrevista típica y durante el examen clínico en condiciones prácticas, se reduce a la diferencia entre el interrogatorio y la interpretación de las respuestas hechos por entrevistadores no profesionales o por profesionales de la salud. Se ha demostrado que el grado de concordancia entre médicos y personal no profesional llega al máximo cuando se trata de padecimientos específicos, fáciles de identificar y para los cuales ambos grupos tienen los mismos conceptos y la misma terminología (8, 11, 21). Únicamente en estos casos pueden asignarse categorías de diagnóstico profesional a afecciones subjetivas. Hay que reconocer también que la descripción de enfermedades es, en parte, una norma culturalmente aprendida y que en muchos casos es limitada la capacidad del individuo para traducir las formas tradicionales de

presentación de síntomas a un lenguaje conceptual y lingüísticamente comprensible para los profesionales médicos (véase la sección referente a síntomas orientadores). Así, pues, los exámenes de salud pueden servir como pruebas de referencia para la declaración de enfermedades determinadas como diabetes, hipertensión, neumonía, parasitosis⁵ o afecciones cutáneas manifiestas, pero otras dolencias, las más frecuentes, deben validarse de manera distinta.

Se ha tratado de verificar la concordancia de las respuestas a las preguntas de la entrevista mediante la repetición completa de esta (22-26). Sin embargo, las influencias de un interrogatorio sobre el siguiente (efectos condicionantes, efectos de residuo) pueden ser considerables. Por añadidura, es difícil convencer al interrogado para que acepte otra entrevista, ni siquiera diciéndole que se ha extraviado la primera ficha. Por lo tanto, esta técnica ha sido puesta en duda (27).⁶

En Kenya (28) y en los Estados Unidos de América (29) se observó que la repetición de entrevistas en una población ocasionó un descenso significativo de la morbilidad declarada, en comparación con un grupo testigo. Por el contrario, en el medio rural de la India los interrogatorios repetidos cada dos semanas durante 12 meses dieron una proporción media ligeramente mayor de episodios

⁵ En el caso de las enfermedades parasitarias el examen de heces o de sangre ofrece mayor sensibilidad que la percepción subjetiva. No obstante, para la decisión del tratamiento esta última suele ser más importante (ej., en esquistosomiasis o filariasis).

⁶ En una submuestra de la Encuesta Nacional de salud de EUA se empleó un método más refinado en el que el nuevo entrevistador trataba, con la ayuda del entrevistado, de obtener la respuesta apropiada (51). Las mayores diferencias se observaron en los aspectos "en que el elemento subjetivo es el más importante y —en caso de declaración por un tercero— que son más difíciles de observar para la familia; es decir, padecimientos crónicos y días de limitación de la actividad" (84).

⁴ Incluso en un hospital universitario de la República Federal de Alemania se observó que la historia clínica fue la que más ayudó a establecer el diagnóstico definitivo (84).

de enfermedad que un estudio transversal hecho en la misma región (30).

En el medio rural de Grecia (22) y en Nigeria (23) se observó que las entrevistas hechas por personas no profesionales y luego repetidas por médicos obtenían respuestas distintas (véanse las observaciones sobre el examen comparado con la entrevista).

Las entrevistas repetidas tienen sus propios defectos pero son útiles para descubrir cierta clase de errores de respuesta. En el estudio longitudinal de una submuestra de una encuesta de salud provincial hecha en el norte de la Argentina se llevaron a cabo tres encuestas en el término de 12 meses (31). Los cuadros 1 y 2 muestran la concordancia/discrepancia de las respuestas según la edad y años de escolaridad en ese estudio. La concordancia de la edad declarada es mayor en los grupos socioeconómicos altos que en los bajos y aumenta según el intervalo entre un interrogatorio y el siguiente. Esto último puede expli-

carse en parte por "cansancio" de entrevistadores y entrevistados al llegar a la tercera sesión de preguntas. La tendencia de la declaración de los años de escolaridad depende al parecer del grado de educación formal y del "deseo de aprecio social"; es decir, las personas de nivel educativo bajo tienden a dar respuestas discrepantes particularmente cuando pertenecen a clases socioeconómicas altas. Otras causas más comunes de respuestas discrepantes son la declaración por una tercera persona, la imprecisión de los entrevistadores al anotar las respuestas y los errores al codificar los datos.

Una forma más apropiada de comprobar de manera indirecta la validez de los episodios de enfermedad declarados sería verificar la probabilidad de que las enfermedades mencionadas se presenten en diferentes estratos de la población y en ciertos grupos de edad.

CUADRO 1. Concordancia de la declaración sobre la edad en tres interrogatorios diferentes: norte de la Argentina (31).

Características de los entrevistados	n	% de concordancia ^a de la declaración de la edad entre interrogatorios	
		1º y 2º interrogatorios ^b	1º y 3º interrogatorios ^c
Condición socioeconómica			
Alta ^d	486	96,7	91,8
Baja ^e	621	90,2	80,7
Grupo de edad (años)			
0-4	169	95,3	91,1
5-14	306	95,8	91,2
15-24	190	93,7	84,2
25-64	423	90,0	79,7
Total	1 088	93,1	85,5
		% de discrepancia elevada	
Total de respuestas muy discrepantes	1 088	2,3	4,5

^a Concordancia = diferencia entre respuestas < 1 año. Respuestas muy discrepantes con diferencias de > 3 años.

^b Intervalo entre los interrogatorios 1º y 2º = 5 meses (el segundo fue durante la cosecha de algodón)

^c Intervalo entre los interrogatorios 1º y 3º = 12 meses

^d Descendientes de europeos.

^e Habitantes autóctonos de la zona (criollos e indígenas), no se incluyó a 19 personas de otro origen étnico

CUADRO 2. Concordancia de la declaración sobre años de escolaridad (personas mayores de 14 años): norte de la Argentina (31).

Características de los entrevistados ^a	n	% de concordancia de la declaración entre interrogatorios	
		1° y 2° interrogatorios ^b	1° y 3° interrogatorios ^c
Condición socioeconómica			
Alta	274	85,8	75,5
Baja	212	78,3	78,3
Años de escolaridad			
0 = analfabetos	12	58,3	25,0
1-7 = escuela primaria	342	82,2 ^d	82,2 ^d
> 7 = educación superior	151	84,8	— ^e
Total	505	82,4	76,6
		% de discrepancia	
Total de respuestas muy discrepantes	505	4,4	4,8

^a Información complementaria = no hubo diferencias notables de declaración entre los grupos de edad

^b Intervalo entre los interrogatorios 1° y 2° = 5 meses (el segundo fue durante la cosecha de algodón).

^c Intervalo entre los interrogatorios 1° y 3° = 12 meses.

^d Las discrepancias entre los interrogatorios eran particularmente acentuadas en los individuos de la clase socioeconómica alta

^e La definición de "nivel superior" fue modificada en el tercer interrogatorio.

En el medio rural del Ecuador (32, 33) y en el norte de la Argentina (31) se observó una concordancia asombrosamente elevada y evidente entre la prevalencia de enfermedades específicas con probabilidad de manifestarse en grupos particulares por edad, sexo y ubicación geográfica (ej., sarampión, tos ferina, diarrea, traumatismos, anemia) por un lado, y las encuestas mediante exámenes de salud (ej., tuberculosis) por el otro. Esto hace confiar en cierto modo en que la declaración de enfermedades (particularmente cuando se emplean los métodos descritos más adelante) no es una mezcla de datos facilitados al azar sino que refleja la percepción que la gente tiene de la enfermedad, la cual por lo general puede traducirse a un lenguaje comprensible para los profesionales de la salud.

Es distinto el caso de las enfermedades socialmente estigmatizadas (véase más adelante) y las afecciones crónicas, en las que el paciente ha dejado de tener conciencia de su estado.

Cómo mejorar la validez de la declaración de enfermedades

Utilización de una lista de síntomas orientadores. Ya se ha hecho referencia a las discrepancias que cabe esperar entre la notificación de enfermedades hecha por personal no profesional y el diagnóstico hecho por profesionales. Investigaciones realizadas en países industrializados han revelado que el empleo de una lista apropiada de síntomas orientadores⁷ constituye un medio eficaz de reducir esas diferencias (34-37). Ahora bien, en los países en desarrollo la discrepancia entre el diagnóstico del médico y el del personal no médico suele ser mayor que en los países industrializados. Los individuos pertenecientes a sociedades tradi-

⁷ El entrevistador lee una lista de síntomas y pregunta al entrevistado cuáles ha presentado durante un tiempo definido.

cionales y en transición del mundo en desarrollo tienden a exponer los síntomas de una manera que a menudo resulta extraña para el personal de salud moderno. A veces, la descripción de los síntomas guarda muy poca relación con lo que la medicina moderna tiene previsto para un determinado padecimiento (32, 38-41). Hay muchas pruebas de que la expresión de las enfermedades en función de síntomas constituye hasta cierto punto una norma culturalmente aprendida que se adquiere durante la niñez y se refuerza en el curso de cada enfermedad por la acción recíproca del sujeto con la red social y el curandero tradicional.⁸ Esta irregularidad de la descripción de las dolencias en distintas sociedades podría dar por resultado, teóricamente, una declaración confusa e incomprensible de tales problemas en las encuestas mediante entrevista. No obstante, cuando se le pregunta por la presentación de afecciones concretas (ej., diarrea, tos, fiebre) o de ciertos trastornos con nombre tradicional (ej., susto, mal de ojo) o se le pide, además, que describa los síntomas con una interpretación local (como anemia por debilidad, reumatismo por cualquier dolor de articulaciones o huesos), la gente suele manifestar una capacidad extraordinaria para dar respuestas que concuerdan con las descripciones de la medicina moderna.

Por esta razón se recomienda mucho el empleo de una lista apropiada de síntomas orientadores, particular-

mente en los países en desarrollo.⁹ Si durante la entrevista se consulta una lista de esta naturaleza, el número de enfermedades identificadas, en particular las de tipo benigno, es indudablemente más elevado que cuando no se usa.¹⁰ Por consiguiente, cuando se recurre a los síntomas orientadores hay que añadir alguna medida de la gravedad del padecimiento. Para elaborar una lista de este tipo, el equipo de investigación tiene que identificar las enfermedades más susceptibles de ser modificadas por intervenciones de salud pública (es decir, las más frecuentes y graves que pueden ser influidas por medidas de este tipo) y las que constituyen los problemas de salud que la población percibe más profundamente. (La dificultad para integrar entidades nosológicas a partir de un conjunto de síntomas declarados se examinará al referirse a la utilización de servicios médicos y su relación con episodios de enfermedad.)

Períodos de rememoración breves. En la mayor parte de las encuestas de salud mediante entrevista en los países industrializados se ha aceptado que un período de dos semanas entre el acaecimiento de las enfermedades y los contactos con el médico permite un "equilibrio entre la obtención de información suficiente sobre los padecimientos y lesiones en curso y la pérdida de exactitud debida a fallas de la memoria" (42). Los períodos de rememoración más prolongados general-

⁸ En muchos lugares del mundo, los curanderos tradicionales por lo común no necesitan la descripción de los síntomas por el paciente, o prescinden de ella, para identificar la causa de la enfermedad; en vez de ello recurren a técnicas de adivinación o invocan a los espíritus.

⁹ En una revisión de 28 estudios de entrevistas de salud en países en desarrollo se observó que solo tres habían utilizado una lista de síntomas orientadores; en cambio, dicha lista fue usada en 10 de 13 estudios realizados en países industrializados (3, 82).

¹⁰ Por ejemplo, cuando se preguntó por los efectos colaterales de la cloroquina, 11% de los niños del medio rural de Tanzania mencionaron la comezón; cuando otros chicos respondieron por sí mismos un cuestionario, en el que la comezón era una opción que debían marcar, 56% la señalaron (73).

mente rebasan la capacidad de recordar de las personas entrevistadas, y los más cortos subestiman las enfermedades raras y las agudas de breve duración.

Poco se sabe acerca del período de rememoración óptimo en los países en desarrollo. En el medio rural de Guatemala se observó que, con un período de rememoración de dos semanas, la subnotificación de los síntomas de los niños por la madre guardaba relación inversa con la duración de los síntomas y relación directa con el intervalo transcurrido desde la aparición de los síntomas hasta el día de la entrevista (43). No obstante, los autores no utilizaron síntomas orientadores específicos ni explicaron con detalle el plan de su investigación. Lo mismo rige para un estudio realizado en el medio urbano de Etiopía; los autores compararon las entrevistas diarias sobre morbilidad con las practicadas cada dos semanas, y hallaron que la sobrenotificación (de acontecimientos recientes) y la subnotificación (de sucesos más anteriores) se anulaban mutuamente (44).

En el estudio piloto de la encuesta llevado a cabo en el norte de la Argentina (31), el número de episodios de enfermedad declarados se comparó cuando tres grupos de 25 familias cada uno (en total, 412 personas) fueron entrevistados:

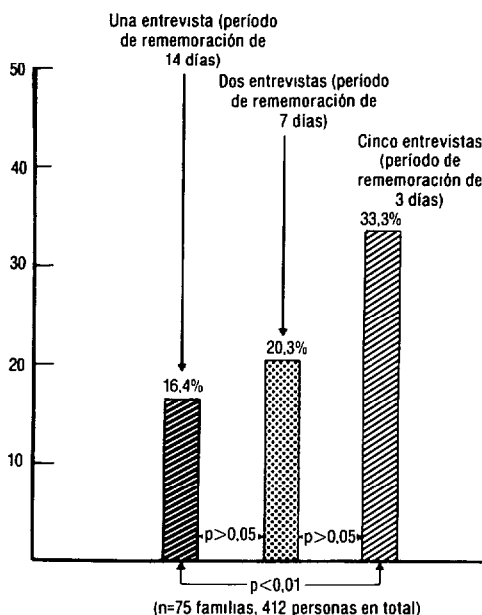
- una sola vez, con un período de rememoración de 14 días;
- dos veces, con un período de rememoración de siete días, y
- cuatro veces, con un período de rememoración de tres días, más una vez con un período de rememoración de dos días.

Debido a la frecuente repetición de interrogatorios en el grupo *c* no

fue factible utilizar una lista de síntomas orientadores. En la figura 2 se presentan las diferencias entre la prevalencia correspondiente al período de 14 días de personas con por lo menos una enfermedad o afección. Tal vez hubo sobrenotificación en el grupo *c* con cinco entrevistas, debido a la insistencia de los entrevistadores o al hecho de que los entrevistados se dieron cuenta del interés de aquellos. La diferencia entre los grupos *a* y *b* es insignificante.

Los resultados de la encuesta principal en el norte de la Argentina (1 500 familias, 160 entrevistadores locales, una lista de 51 síntomas orientadores y un período de rememoración de dos semanas) proporcionaron mayor información. Se preguntó a los entrevistados cuándo comenzó cada uno de los epi-

FIGURA 2. Prevalencia de personas enfermas durante los últimos 14 días (según el número de entrevistas): norte de la Argentina (31).



sodios de enfermedad incluidos en el período de dos semanas, y se observó que era relativamente simétrica la declaración para la primera y segunda semanas de rememoración con respecto a comienzo de enfermedades graves, exacerbaciones de padecimientos crónicos o accidentes. A la inversa, la declaración de enfermedades leves (padecimientos dolorosos, infecciones y afecciones que llevan un nombre popular¹¹) manifestó clara asimetría entre una semana y otra, con notable énfasis en los acontecimientos recientes (cuadro 3). Esto indica que las personas tienden a olvidar rápidamente las afecciones de menor importancia, pero no las enfermedades graves.

¹¹ Las "enfermedades con denominación popular" corresponden a clasificaciones muy ligadas con la cultura, como susto, mal aire, colerín.

Cabe suponer que para la mayoría de los habitantes de países en desarrollo —y probablemente también para los de países industrializados— los últimos 14 días son algo así como el pasado reciente, con límites un tanto indefinidos, particularmente en lo que se refiere a afecciones leves. En las encuestas hay que tener en cuenta esta incertidumbre. Esto puede carecer de importancia cuando se comparan sucesos morbosos entre distintas capas socioeconómicas y dentro de estas mismas (aunque el tipo de declaración depende de factores sociales), pero puede resultar inadmisible cuando se trata de obtener cifras exactas de prevalencia. De todos modos, es prudente no pasar de dos semanas y, cuando hay interés en conseguir información exacta sobre acontecimientos poco manifiestos, como el uso de fármacos o plantas medicinales, reducir la duración del período de rememoración (ej., a dos días).

CUADRO 3. Distribución porcentual del comienzo de enfermedades incluidas en el período de rememoración de dos semanas, según el tipo de enfermedad: norte de la Argentina (31).

Tipo de enfermedad (% de cuadros graves) ^a	n (= 100%)	Inicio de síntomas/enfermedad		
		Una semana antes (%)	Dos semanas antes (%)	Más de dos semanas antes (%)
Traumatismos (35,3% = graves)	31	38,7	25,8	35,4
Padecimientos crónicos (27,0% = graves)	394	15,0	11,6	73,4
Afecciones dolorosas (14,0% = graves)	922	54,0	14,2	31,7
Enfermedades infecciosas (12,6% = graves)	854	52,1	21,2	26,7
Otras enfermedades (19,9% = graves)	364	24,0	9,8	66,2
Total (16,6% = graves)	2 565	44,7	16,4	38,9

^a Porcentaje de cuadros graves (según la percepción de los entrevistados), dentro de la respectiva categoría de enfermedad

Niveles de gravedad de los episodios de enfermedad. Las enfermedades graves se recuerdan más fácilmente que las leves. Por eso el análisis de los datos de morbilidad debe considerar diferentes niveles de gravedad, lo que reviste particular importancia cuando se relaciona la utilización de servicios médicos, el auto-tratamiento, el empleo de medicamentos, etc., con la enfermedad percibida.

La morbilidad puede clasificarse en distintos grados de gravedad por:

- a) la percepción subjetiva del paciente;
- b) el tipo de enfermedad (ej., la tuberculosis es más grave que la bronquitis);
- c) el número de síntomas (la diarrea con signos de deshidratación es más grave que la que no va acompañada de estos);
- d) las repercusiones sobre las actividades cotidianas (la necesidad de guardar cama o de ausentarse del trabajo es indicio de afección más grave), o
- e) la utilización de los servicios médicos (a los que se recurre cuando se presentan enfermedades más graves).

A menudo no es suficiente la utilización de solo una de estas distinciones entre "leve" y "grave". Por ejemplo, la "limitación de la actividad" o la "consulta médica efectiva" son requisitos para la definición de enfermedad en la Encuesta Nacional de Salud de EUA y en la encuesta repetida de Finlandia (45). Ahora bien, se ha demostrado que aun en los países industrializados muchas enfermedades "que molestaban mucho al sujeto" no ocasionaban limitación de las actividades durante varios días (34) ni su-

ponían prestación de asistencia médica (37). Ya desde 1959 se señalaba que el "criterio de actividad" tiene un significado muy distinto para el ama de casa con hijos pequeños, el anciano jubilado que vive solo, la adolescente que ha obtenido su primer trabajo, etc. (35).

Ello rige aun más para las sociedades campesinas, en las que la demanda de servicios médicos depende en gran parte de su disponibilidad, y en las que se necesita la mano de obra de todo el mundo (particularmente durante la cosecha), por lo cual la condición de enfermo está casi prohibida. Esto se confirmó en el caso de mujeres indígenas del medio rural del Ecuador, las cuales tenían más episodios de enfermedad que los hombres, pero no utilizaban más los servicios médicos (33).

Aunque no hay límites bien definidos entre las enfermedades graves y las leves, la combinación de algunos de los criterios mencionados permite cierta diferenciación.

Declaración personal comparada con la hecha por una tercera persona. En la mayor parte de las sociedades del mundo en desarrollo prevalece el paternalismo, lo que significa que los miembros más poderosos de la familia extensa son los que toman las decisiones más importantes, como la utilización de servicios médicos (33, 46, 47). Asimismo, en el proceso de identificación de la causa de una enfermedad determinada a menudo la gente elige entre las diversas causas posibles mediante un "arreglo" en el seno de su red social, la cual incluye personas que dominan las opiniones. Dentro de la familia los individuos no son unidades independientes representativas sino elementos integrantes del grupo familiar. Esta es una consideración

importante al planear una encuesta de salud en un país en desarrollo, y al decidir si las entrevistas deben ser individuales o familiares.

En los países industrializados se ha observado que la declaración por una tercera persona en nombre de otros miembros de la familia resulta menos fiable que el informe personal (7, 37, 48-51). Por ejemplo, las madres declaran algunas enfermedades de sus hijos y otras no (2, 52). Estudios realizados en los Estados Unidos han revelado que las diferencias entre declaración por un tercero y declaración personal fueron pequeñas cuando se trataba de enfermedades específicas, y grandes (alrededor de 10%) con respecto a padecimientos crónicos (51, 53). Aún no se tiene información suficiente de los países en desarrollo.

La práctica actual en los países en desarrollo consiste en entrevistar a la familia en lugar de los individuos (46, 54, 55). Además de las razones teóricas antes mencionadas hay una de carácter práctico: es casi imposible hacer una entrevista individual en privado cuando uno se encuentra en casa de una familia extensa.

En diferentes encuestas llevadas a cabo en el Ecuador, el Perú, la Argentina y la República Federal de Alemania (32, 41, 31, 63) se observó que la entrevista familiar era aceptable en las condiciones siguientes: I) utilización de síntomas orientadores; II) períodos de rememoración breves; III) entrevista en el seno de la familia cuando están presentes la mayoría de sus miembros; IV) declaración por terceros con respecto a otros miembros de la familia, pero únicamente cuando estos hayan estado presentes durante las dos últimas semanas; V) codificación del entrevistado directo con el fin de establecer una distinción en-

tre la declaración personal y la hecha por un tercero al analizar los datos, y VI) omisión de ciertas preguntas sobre los niños cuando la madre no estuvo presente durante la entrevista.

Omisión o tratamiento especial de cuestiones delicadas. Sabido es, por las encuestas de salud mediante entrevista llevadas a cabo en los países industrializados, que la sensibilidad de este instrumento es muy escasa en lo que se refiere a aspectos socialmente delicados (56). Es claro que la gente no habla fácilmente con un entrevistador acerca de problemas como enfermedades venéreas, alcoholismo, impotencia, lepra o posesión por espíritus. La declaración de estas afecciones y quejas es tan poco frecuente que es mejor no incluirlas en un interrogatorio formal. (Los cuestionarios que contesta por sí mismo el sujeto serían más apropiados, pero su empleo no es factible en los países en desarrollo. Las preguntas de selección y las técnicas de proyección se examinan más adelante.)¹² Los estudios a fondo en pequeña escala son mejores para obtener información válida sobre estos problemas. Antes de emprender una encuesta hay que recoger, mediante un estudio de observación, datos sobre el estigma social de ciertas enfermedades en la localidad. Por ejemplo, hay que determinar si las mujeres están dispuestas a informar de sus problemas a un entrevistador varón, sobre todo en presencia de extraños. (Más adelante se mencionan otros ejemplos cuando se hace referencia a la utilización de servicios médicos.)

¹² La técnica de respuesta aleatoria (85) fue concebida para que el entrevistador descubra la respuesta del entrevistado en caso de cuestiones delicadas (ej., aborto provocado (86)). Sin embargo, el procedimiento es muy complejo y los resultados son difíciles de validar. "Se necesitan nuevas investigaciones sobre la aplicación de la técnica antes de determinar firmemente su utilidad" (87).

Omisión de cuestiones difíciles. La declaración de enfermedades es particularmente inexacta cuando la persona interrogada es apenas consciente de su problema. Pueden citarse como ejemplos los grados moderados de sordera, desnutrición o nictalopía. Es muy poco probable que la mayoría de los habitantes rurales y urbanos de un país en desarrollo entiendan debidamente preguntas como la siguiente, tomada de una encuesta mediante entrevista efectuada en África: "Si usted puede ver los objetos tan bien como las personas que tienen buena vista durante el día, cuando hay luz suficiente, ¿tiene usted dificultades para verlos durante la noche, cuando la luz es insuficiente?" Hubiera sido mejor formular una pregunta indirecta adaptada a la situación local como: "Si usted entra en su casa al amanecer, ¿tiene alguna dificultad para distinguir los objetos?" Las respuestas a esta pregunta pueden ser validadas con personas de visión normal o que sufren nictalopía.

Una elevada proporción de respuestas a preguntas difíciles se explica principalmente por el orgullo de parte del entrevistador y del entrevistado: la gente se resiste a admitir una falta de conocimiento y de entendimiento y contesta o llena el cuestionario sin captar el sentido de la pregunta (57).

Entrevistadores profesionales y no profesionales. Las ventajas y los inconvenientes de los entrevistadores no profesionales se examinarán más adelante al hacer referencia a las entrevistas sobre la utilización de servicios médicos. En cuanto a la declaración de enfermedades, sigue sin saberse si para determinar el estado de salud percibido por una población es mejor el personal de salud o los individuos sin prejuicios profesionales. Probablemente, los entrevistadores con cierta formación en cuestiones de salud son mejores al insistir en

diagnósticos profesionales aceptables, mientras que los no profesionales quizás entiendan mejor y puedan reproducir con más exactitud las expresiones empleadas por los entrevistados para describir sus males. En párrafos anteriores se han examinado los problemas conceptuales que plantean los diagnósticos comunes y los profesionales. Sigue habiendo necesidad de investigaciones empíricas sobre este tema, particularmente en los países en desarrollo.

DECLARACION CON RESPECTO AL USO DE SERVICIOS MEDICOS

Prueba de la validez de la declaración con respecto al uso de servicios médicos

Parece relativamente fácil comprobar la utilización de servicios médicos porque el uso efectivo de un establecimiento médico determinado puede servir como patrón absoluto. Así se ha hecho principalmente en los países industrializados. Se han encontrado discrepancias variables al comparar los datos de las entrevistas de salud con los que figuran en expedientes de hospitales, de médicos o de compañías de seguros médicos (58-60). Incluso en EUA se observó una diferencia de 10% entre la utilización declarada y los registros hospitalarios después de un período de rememoración de seis meses, y una diferencia de 30% al cabo de 12 meses (10).

Sin embargo, es posible que en muchos de estos estudios el grupo de pacientes entrevistados fuera distinto del incluido en los registros oficiales (61). Otros inconvenientes de las verificaciones

en los registros son los siguientes: no todos los establecimientos mencionados llevan un registro apropiado ni todos permiten al investigador el acceso a los archivos confidenciales; son relativamente pocas las personas que recurren a los hospitales, razón por la cual se requiere una muestra grande; los enfermos pueden haber acudido a establecimientos médicos de otra ciudad para proteger su vida privada o porque tienen en mayor estima los servicios médicos más alejados; las personas se sienten muy cohibidas cuando en una entrevista confidencial les preguntan la dirección de su médico particular.

En la Encuesta Nacional de Salud de EUA se han empleado distintas técnicas de interrogatorio repetido para comprobar la concordancia de los datos declarados sobre la utilización de servicios médicos (véase también la sección sobre declaración de enfermedades). Las diferencias con respecto a la utilización de hospitales eran mínimas o insignificantes, aun cuando —en el caso de períodos de rememoración limitados— las respuestas fueron facilitadas por una tercera persona (51). Todavía no se tienen datos de los países en desarrollo.

En el campo de la declaración sobre uso de servicios médicos se producen dos tipos principales de errores de respuesta: fallas de la memoria y obstáculos para la declaración sobre uso del sistema médico informal. La pérdida de memoria se revisó al tratar la declaración de la morbilidad. Con respecto a la manera de comprobar la validez de la declaración referente al uso de servicios médicos se pueden citar dos ejemplos: en el medio rural de la India se ha intentado una prueba indirecta de la validez de una consulta declarada a establecimientos médicos (30); el número de consultas por quincena, conocido por entrevistas re-

petidas, se confrontó con el obtenido en un estudio transversal. En este último caso, el número de consultas por quincena resultó un poco más elevado. Esto hace pensar que las familias entrevistadas una sola vez pueden haberse inclinado a declarar consultas anteriores al período de rememoración de dos semanas o quizá no mencionaron problemas de menor importancia que no exigían consulta (30); cabe señalar que en este estudio no se utilizaron los síntomas orientadores. A la inversa, en el norte de la Argentina se observó que en un grupo de 23 familias en las que uno de sus miembros había consultado a un médico en el curso de los 14 días anteriores, dos (9%) no lo habían indicado en la entrevista formal. Naturalmente, este tipo de verificación no permite identificar a las personas que hubieran indicado un número de consultas superior a la realidad al rebasarse el período de rememoración (31).

En este punto es conveniente revisar la reacción de las personas en una entrevista formal al preguntarles acerca de la utilización reciente de servicios médicos informales como curanderos tradicionales, charlatanes, yerberos, hueseros o farmacias no autorizadas. La disposición de estas personas para hablar de este tema depende sin duda alguna de la buena reputación o el rechazo de estas opciones, así como del amor propio, el prestigio y la categoría social del individuo y de su seguridad de poder resistir la influencia de la opinión pública.¹³ Por ejemplo, en el medio urbano del norte de la Argentina (31), lo mismo que en comunidades indígenas rurales del Ecuador (33), las respuestas a las preguntas de la entrevista sobre utilización de curanderos se validaron de la manera si-

¹³ Una pregunta puede resultar embarazosa si se refiere a actitudes o comportamiento que la sociedad desaprueba, encierra cuestiones muy íntimas o requiere respuestas que desacreditan a la misma persona (57).

guiente: se entrevistó a familias en que uno de sus miembros había consultado recientemente a un curandero tradicional. Las direcciones de estas familias fueron proporcionadas por algunos curanderos cooperadores. Ni las familias ni la mayoría de los entrevistadores sabían que se conocía el comportamiento real de las personas.

El cuadro 4 muestra que en el medio urbano de la Argentina, donde los curanderos tradicionales fueron perseguidos públicamente, las personas estaban muy poco dispuestas a admitir que habían recurrido a ellos, a pesar de que se emplearon medios especiales como preguntas indirectas o técnicas de proyección. En la selva amazónica del Ecuador, donde el chamanismo está muy extendido y es aceptado por la población indígena como una forma de atención médica, no había razón alguna para ocultar su utilización a los entrevistadores locales. Sin embargo, en los Andes ecuatorianos aumenta la tendencia a considerar ilegal la práctica de la medicina tradicional. En todos los casos en que fue posible repetir las entrevistas con familias que no habían dicho la verdad, la razón fue siempre el temor de delatar al curandero o de exponerse a cometer una infracción o ser objeto de burla. Se es-

peraba encontrar en sus respuestas a las preguntas sobre opiniones y actitudes una disposición positiva y de confianza con respecto a los servicios médicos informales, pero no fue así. Se llegó a la conclusión de que a menudo las encuestas de salud formales mediante entrevista no son lo suficientemente sensibles para obtener información válida sobre cuestiones delicadas, como el uso de la medicina tradicional, cuando hay una atmósfera de rechazo o persecución pública.

Cómo mejorar la validez de la declaración sobre uso de servicios médicos

El período de rememoración con respecto al uso de servicios médicos. La memoria suele ser mejor en el caso de la utilización de servicios médicos que, por ejemplo, en el de enfermedades leves (49). Por eso se han utilizado períodos de rememoración de dos semanas a seis meses para la consulta con el médico, y de 6 a 12 meses para la hospitalización. Ya se mencionaron las diferencias entre la declaración sobre frecuencia de hospitalización y los registros hospitalarios (10),

CUADRO 4. Porcentaje de respuestas verdaderas a la pregunta sobre consulta con curanderos tradicionales por familias que realmente habían recurrido a ellos: norte de la Argentina (31) y medio rural del Ecuador (33).

Región	n ^a	Admitieron la utilización del curandero	
		n	%
Norte de la Argentina (ciudades y pueblos)	30	3	10,0
Medio rural del Ecuador (indígenas de los Andes)	32	24	75,0
Medio rural del Ecuador (indígenas del Alto Amazonas)	30	29	96,7

^a Familias en que por lo menos uno de sus miembros había recurrido al curandero en el curso de las dos últimas semanas (según la información facilitada por los propios curanderos).

las cuales resultaron particularmente pronunciadas cuando las respuestas fueron facilitadas por terceras personas; aun así, se volvieron casi insignificantes cuando se redujo a dos semanas el período de rememoración con respecto a la hospitalización (51). En los países en desarrollo no se dispone todavía de datos al respecto.

Se recomienda relacionar el comienzo del período de rememoración con un acontecimiento destacado, como el principio del año u otra festividad importante, o bien no rebasar un lapso de 6 a 12 meses cuando se trata de preguntas sobre hospitalización.

El empleo de distintos períodos de rememoración en el mismo cuestionario puede crear dificultades a la persona interrogada. No obstante, el autor ha observado en sus encuestas que dos y hasta tres períodos de rememoración diferentes en distintas partes del mismo cuestionario están dentro de la capacidad de comprensión de los sujetos interrogados. Pero existe el problema de vincular la utilización de servicios médicos con aspectos para los que dicho intervalo es evidentemente más breve, como costos, episodios de enfermedad y grado de satisfacción del usuario.

Relación entre uso de los servicios médicos y enfermedad percibida. Una revisión reciente de la literatura medico-antropológica ha revelado que el tipo de enfermedad y el concepto de causalidad respectivo figuran entre las variables explicativas más importantes de la elección del individuo frente a las opciones terapéuticas (3). Por eso la utilización de un servicio particular no puede considerarse por separado del episodio de enfermedad respectivo.

Puede ser atrayente la idea de medir el uso de los servicios médicos sin

tomar en cuenta la declaración de enfermedades específicas, debido a la brevedad de los períodos de rememoración con respecto a estas últimas. Pero en la práctica no parece aceptable más que cuando hay interés en ciertos datos descriptivos sobre la frecuencia de utilización de, por ejemplo, servicios médicos modernos. No obstante, al relacionar la utilización de los servicios médicos con otros aspectos que necesitan períodos de rememoración mucho más breves (como honorarios, autotratamiento, gastos por transporte, quejas específicas, experiencia con ciertos servicios y opiniones al respecto) no se puede rebasar el lapso de dos semanas. La solución habitual a ese dilema consiste en utilizar períodos de rememoración de dos semanas para la morbilidad y otros más prolongados para el uso de los servicios médicos en relación con el mismo episodio de enfermedad.

Si el cuestionario aún no está sobrecargado se pueden formular las dos preguntas por separado: con respecto a los episodios de enfermedad durante las dos últimas semanas, incluidas las estrategias respectivas de tratamiento, y en relación con la consulta con el médico u otro servicio durante los últimos seis meses. En este caso se obtienen dos tipos de información que deben analizarse por separado. En los países en desarrollo todavía se carece de investigaciones metodológicas sobre esta cuestión.

El análisis de la relación entre el uso de los servicios médicos y el episodio de enfermedad plantea por lo común ciertas cuestiones metodológicas difíciles. Si se desea obtener información acerca de las acciones de salud suscitadas por una determinada enfermedad, a menudo resulta difícil identificar, entre el cúmulo de síntomas declarados, el signo principal o la entidad nosológica con la que se relaciona la acción ulterior. Puede muy bien ocurrir que una persona padezca dos o más episodios de enfermedad en

un momento determinado (ej., dolor de muelas, hemorragia y bronquitis), los cuales motivan diferentes acciones médicas.

Así pues, no hay soluciones sencillas para este problema. Algunos autores han definido el episodio de enfermedad como un período ininterrumpido de enfermedad o traumatismo declarado, con independencia del número de síntomas o trastornos presentes al mismo tiempo (30), lo que significa que solo admiten una enfermedad en un momento determinado. Otros han codificado por separado los diferentes síntomas de un episodio de enfermedad (62). Hemos ensayado diferentes posibilidades y observamos que cada una posee sus ventajas e inconvenientes.

En el Ecuador se codificaron las acciones de salud ulteriores para cada síntoma, incluso en la misma persona. De esta manera se pudo relacionar el uso de la atención médica con las personas enfermas y con los síntomas específicos como si ocurrieran independientemente (32). El problema estriba en que algunas de estas quejas habían aparecido por separado, es decir, en distintas personas, mientras que otras iban acompañadas de otros síntomas en la misma persona. Una posible solución en este último caso sería la de tomar al azar un síntoma de cada persona o, mejor aún, preguntar a los individuos cuál fue el síntoma principal y basar exclusivamente en este el análisis del uso correspondiente de la atención médica.

En un estudio sobre inmigrantes turcos efectuado en la República Federal de Alemania se codificaron todos los síntomas y enfermedades declarados, pero solo se registró la acción médica relativa a la enfermedad más importante, tal como la percibió el individuo (63).

En la Argentina y el Perú se empleó un método combinado (31). Se pidió a los entrevistados que, en la medida de lo posible, agruparan los sínto-

mas con las enfermedades correspondientes y estos grupos constituyeron la base del análisis de la utilización de los servicios médicos.

En otros estudios se utilizaron listas de asociaciones de síntomas para establecer un diagnóstico posible; tal sucedió, por ejemplo, en la encuesta de salud de Etiopía (64). Esta lista ha sido preparada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (65) como guía para la notificación de información sanitaria por personal no médico. Sin embargo, en realidad es frecuente que las personas entrevistadas, los entrevistadores no profesionales y aun los profesionales no puedan clasificar los grupos de síntomas al instante y sin examen adicional en categorías específicas de enfermedades.

La cuantificación del autotratamiento. El problema de obtener respuestas válidas se acentúa de manera particular con respecto al autotratamiento, sin duda la forma más frecuente de curación. Al comparar el grado de autotratamiento en los países industrializados y en los que se encuentran en vías de desarrollo, según lo declarado en encuestas de salud, sorprende comprobar que al parecer es menos frecuente en aquellos países que en estos últimos (3). Ello se debe probablemente a:

□ Uso de métodos de investigación diferentes; por ejemplo, en los países industrializados se empleó con frecuencia una lista de síntomas orientadores, pero en los que están en proceso de desarrollo se usó solo excepcionalmente.

□ Límites particularmente mal definidos entre afecciones leves y ausencia de padecimiento y entre intervenciones medicinales y no medicinales; por ejemplo, ¿deben incluirse en la categoría

de autotratamiento el uso de anticonceptivos, pomadas protectoras de la piel, infusiones de hierbas, las dietas contra la obesidad, los trapos apretados en la cabeza contra la cefalalgia y el soplido o masaje contra el dolor de estómago?

□ Olvido de las medidas menos destacadas del tratamiento.

Para obtener información válida sobre el autotratamiento es preciso tomar en consideración estos detalles. Se recomienda relacionarlo con las enfermedades específicas, los distintos niveles de gravedad y los diferentes intervalos dentro del episodio de enfermedad. En lo que se refiere al acopio de información sobre el intervalo entre inicio de los síntomas y utilización de los servicios médicos, los estudios hechos en los servicios suelen ser más productivos que los que se hacen en la comunidad. Aunque puede ser difícil obtener información válida mediante una entrevista efectuada en un establecimiento médico.

Cuantificación del uso múltiple de servicios médicos (pluralismo médico). En los países en desarrollo una gran variedad de sistemas curativos coexiste con los servicios médicos modernos "cosmopolitas". Según la región de que se trate, se encuentran curanderos tradicionales como yerberos, hueseros o sobadores, chamanes, adivinos; en otras regiones hay los antiguos sistemas asiáticos como la medicina china, el ayurvedismo, el siddhaísmo, el unanismo, y los curanderos de tipo más reciente como espiritistas, parapsicólogos, curanderos del vudú y un gran número de personas que venden y administran productos farmacéuticos modernos. La mayoría de estos sistemas médicos informales no son estáticos sino que se hallan en un proceso dinámi-

co de influencia tanto mutua como del sector médico moderno. El uso simultáneo o sucesivo de distintos sistemas curativos parece ser una característica distintiva de las sociedades en transición de los países en desarrollo.

Una de las tareas más difíciles de las encuestas de salud mediante entrevista es la cuantificación de este uso múltiple de servicios. Para ello hay que resolver ciertos problemas de metodología:

□ En muchas regiones, particularmente en el medio urbano, gran parte de la gente no quiere declarar que ha recurrido a los servicios médicos informales (véase antes).

□ Los estudios transversales solo identifican en forma retrospectiva y parcialmente las distintas etapas de la demanda de atención médica.

□ Las preguntas relativas al uso múltiple de servicios médicos deben estar relacionadas con un período de rememoración limitado y con un episodio de enfermedad determinado.

Cuando se pregunta a las personas cuáles fueron sus decisiones sobre tratamiento en el curso de un episodio de enfermedad, es probable que un enfoque longitudinal a lo largo de todo el episodio garantice los resultados más exactos. Sin embargo, además de la influencia del observador sobre las personas interrogadas, este tipo de estudio es factible solo en pequeña escala y resulta más apropiado para la investigación cualitativa que para la cuantitativa.

Cuando se utiliza el tipo de investigación retrospectiva el período de rememoración debe estar limitado por la pérdida de memoria de las personas (véase antes).

Ya se ha examinado la relación entre un episodio de enfermedad ocurrido en las dos últimas semanas y las distin-

tas decisiones en cuanto al tratamiento correspondiente. En las encuestas en Latinoamérica (31, 32, 41) se preguntó por las dos últimas formas de tratamiento durante un episodio de enfermedad. En el estudio sobre inmigrantes turcos (63) se pidió a los individuos, mediante una pregunta de respuesta libre, que indicaran las distintas estrategias terapéuticas utilizadas; los entrevistadores tenían que codificar las tres medidas principales, por ejemplo, autotratamiento—uso de medicamentos no prescritos—consulta con el médico.

Del mismo modo, otros autores usaron períodos de rememoración de una o dos semanas para cuantificar la búsqueda de un sanador tras otro,¹⁴ por ejemplo, en el medio rural de Malasia (66) o de México (67). Los períodos prolongados de rememoración de 12 meses (68, 69) o incluso los ilimitados (54, 70, 71) ofrecen resultados dudosos. Conveniría cuantificar esta búsqueda de un sanador tras otro como expresión de la incertidumbre de la gente frente a uno u otro sistema médico. No obstante, se deberían llevar a cabo investigaciones cualitativas, particularmente estudios de casos, que constituirían ricas fuentes de información sobre los pormenores y las razones del comportamiento de las personas en caso de enfermedad.

Enfoques indirectos de preguntas delicadas. Se puede observar, en distintos países o en diferentes estratos sociales, que la misma pregunta puede ser muy embarazosa en un lugar y completamente inofensiva en otro. Por ejemplo, la población indígena del Ecuador se resistía a hablar de sus propiedades debido

a la disputa sobre la propiedad de la tierra que tenían con pobladores no indígenas. Por el contrario, en el medio rural de la Argentina la pregunta sobre los bienes raramente constituía un problema. En cambio, en la clase media de las ciudades eran irregulares las respuestas a las preguntas con respecto a ingresos, bienes y nivel de escolaridad, particularmente si este último era bajo (cuadro 4).

En párrafos anteriores se revisaron los obstáculos a la declaración sobre uso de servicios médicos informales y otros aspectos delicados. Tales barreras pueden reducirse en parte mediante el uso de pruebas de proyección y preguntas indirectas. El ejemplo que se describe a continuación está tomado de un estudio efectuado en la Argentina y citado anteriormente (31). En primer lugar, se pidió a los entrevistados interpretar una ilustración que mostraba la diferencia que a menudo se supone entre la relación médico-paciente y la de curandero-paciente. Luego se les mostró otra en la que figuraban dos personas delante de una tienda de comestibles quienes formulaban una serie de comentarios, primero sobre los curanderos y después —en una nueva lámina, junto con una tercera persona— sobre los médicos. En seguida se preguntó a los entrevistados si en la provincia todo el mundo conocía a los curanderos tradicionales y, por último, cuál era su opinión acerca de una serie de seis categorías determinadas de curanderos. Las preguntas sobre la utilización efectiva de esos servicios se formularon después al referirse a las enfermedades percibidas. Aunque se observó una sólida correlación entre la interpretación de las imágenes mostradas y la respuesta a preguntas relacionadas con las actitudes, este método no fue suficiente para distinguir entre

¹⁴ Se entiende por búsqueda de un sanador (médico, curandero, etc.) tras otro (*healer shopping*) a la consulta con otro curandero sin haber sido enviado por el primero durante el mismo episodio de enfermedad.

usuarios verdaderos y no usuarios de la medicina informal. Por el contrario, entre las personas que acudían a los curanderos se observó una tendencia a compensar excesivamente u ocultar esta conducta concediendo calificaciones muy altas a los médicos más bien que a los curanderos. Más adelante, en entrevistas personales se confirmó que ello no significaba decepción con respecto a los curanderos.

Este caso muestra las limitaciones de las encuestas formales mediante entrevista y la necesidad de llevar a cabo estudios cualitativos profundos sobre el tema. Un ejemplo menos claro es la indagación de honorarios y costos. Incluso cuando se identifican los diferentes elementos de los costos por servicio (incluidos transporte, pérdida de horas de trabajo, honorarios, pago de los medicamentos), tarea a menudo inexacta y muy tardada, las encuestas no suelen prestar atención a otras posibles formas de remuneración (ej., en víveres) y el significado simbólico del pago de honorarios. Esto puede ser lo más importante para el consumidor como se observó en el Perú y el Ecuador, y como se demostró en la India (72).

Otro ejemplo de cuestiones delicadas es el de las normas culturales, como la abstención de ciertos alimentos. En este caso, el entrevistador forastero obtendrá respuestas racionalizadas como "No tiene buen sabor", en lugar de "Contiene malos espíritus".

En los países industrializados los cuestionarios que el sujeto contesta por sí solo parecen dar mejor resultado que las entrevistas personales en cuanto a obtener respuesta a preguntas embarazosas. Sin embargo, esta técnica rara vez se ha empleado en los países en desarrollo

(71, 73) porque introduce un gran sesgo en favor de las personas alfabetizadas y las mejor instruidas.

Selección y supervisión de los entrevistadores. En la literatura internacional sobre estudios de entrevistas de salud se ha concedido poca atención a la selección, capacitación, supervisión, remuneración y control del entrevistador. Pueden citarse tres ejemplos:

□ Un estudio identificó importantes sesgos relacionados con el entrevistador al interrogar a portorriqueños de Nueva York acerca de la utilización de servicios de salud no formales. "La proporción de respuestas afirmativas osciló desde cero para un entrevistador español peninsular hasta 80% para una entrevistadora portorriqueña" (74).

□ Al utilizar personal de salud como entrevistadores en el medio rural de Kenya, se observó considerable subnotificación del uso de los servicios de curanderos tradicionales (28).

□ En el medio rural de Etiopía "se notó con frecuencia que los entrevistadores (estudiantes) eran identificados directamente con la política estudiantil, y resultó difícil convencer a la población de que había una diferencia entre una cosa y la otra" (24).

Por razones económicas y de organización a menudo se ha utilizado como entrevistadores a personal de salud, incluidos estudiantes de medicina.

Pero esto parece ser particularmente desventajoso cuando se trata de preguntas acerca del uso de los servicios médicos, autotratamiento, empleo de fármacos, acatamiento de las instrucciones terapéuticas, actitudes frente a los servicios y necesidad de estos. Con base en una experiencia limitada con entrevistadores estudiantes, consideramos que en general no conviene utilizarlos para

encuestas de salud en sociedades campesinas, pues tropiezan con dificultades particulares para crear un ambiente de confianza y de igualdad durante el interrogatorio y suelen apresurarse o influir mucho al entrevistado.

Muchos errores pueden evitarse si se emplean entrevistadores del mismo origen étnico y social que la población objeto de estudio. Así pueden reducirse posibles equivocaciones lingüísticas y conceptuales (75). No obstante, si los habitantes de las aldeas conocen muy bien al entrevistador, pueden darse cuenta de la incapacidad de este para lograr un cambio en la situación de ellos. Así, pues, pueden darle respuestas superficiales o incluso mentirle si aborda temas delicados. Por tanto, es muy importante aclararle al entrevistado que su colaboración para la entrevista tendrá repercusiones en la futura planificación sanitaria y no directamente en la salud de su familia.

Los entrevistadores no profesionales deben sentirse parte de un equipo y no simplemente como trabajadores remunerados; es indispensable que comprendan la utilidad de la encuesta.

Los entrevistadores se cansan no solo de la entrevista (que no debe durar más de 60 a 90 minutos) sino también de un interrogatorio tras otro. Según nuestras experiencias, la proporción óptima es de 10 a 15 entrevistas por entrevistador, espaciadas en dos a tres semanas. El entrevistador no debe visitar más de una o dos familias por tarde. En diferentes encuestas hemos empleado hasta 150 entrevistadores, que fueron adiestrados en grupos de 10 a 15. Por lo común, antes del adiestramiento, que duraba un día¹⁵, ya habían leído el manual del entrevistador y habían hecho

una entrevista de prueba en su propia familia; después del adiestramiento formal tenían que hacer otro ensayo en una familia desconocida. Esta manera de proceder supone la preparación de un cuestionario sencillo. Muchos entrevistadores tropiezan con dificultades al utilizar claves numéricas. Los ensayos muy completos del cuestionario y un estudio piloto son aun más importantes en los países en desarrollo que en los industrializados.

La supervisión estrecha de las dos primeras entrevistas ha resultado muy útil para otras correcciones. Además, se recomienda la repetición informal de una entrevista de cada entrevistador. Durante el análisis de datos pueden efectuarse otras verificaciones de la labor de este.

El empleo de entrevistadores locales permite economizar en gastos de viaje. Un gran número de entrevistadores no solo ahorra tiempo sino que contribuye a nivelar el sesgo. Según dos estudios de los Estados Unidos los entrevistadores nuevos obtuvieron proporciones más altas de respuestas que los experimentados (76) y "fueron más cuidadosos al iniciar y concluir la entrevista, mientras que los experimentados lo fueron en el registro y transcripción de la información solicitada" y las notas (77). Esto confirma las impresiones del autor y su equipo de trabajo durante sus propias encuestas en Sudamérica.

La supervisión exige viajar mucho, lo cual es sumamente incómodo y difícil en la mayor parte de las zonas rurales de los países en desarrollo. Hay que hallar soluciones intermedias entre la intensidad de la supervisión y la factibilidad de viajar. Con frecuencia será prudente reducir el tamaño de la muestra en beneficio de una encuesta más

¹⁵ Los entrevistadores con dificultad para leer y escribir necesitan un adiestramiento mucho más largo.

intensiva en menor escala; esto puede hacerse en ciertas regiones "representativas" de un país, sin proponerse realizar una encuesta nacional.

ALGUNOS PROBLEMAS GENERALES DE LOS ESTUDIOS DE SALUD MEDIANTE ENTREVISTA EN LOS PAISES EN DESARROLLO

La dificultad de determinar el ámbito y la magnitud de la encuesta

Las oficinas gubernamentales de estadística, apoyadas por la Oficina de Estadística de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales, se inclinan por las encuestas de muestras nacionales y no por los estudios locales en pequeña escala (78). A pesar de ello, las dificultades que entraña encontrar entrevistadores apropiados y supervisarlos, la existencia de formas de presentación y de clasificación de las enfermedades propias de una cultura, así como la variación étnica por la cual ciertas preguntas se perciben como embarazosas, hacen muy difícil que las encuestas nacionales puedan conseguir datos lo bastante precisos para poder hacer interpretaciones socialmente significativas. Una posible solución consiste en añadir a un censo demográfico nacional algunas preguntas sobre salud (incluidos, por ejemplo, los tres síntomas orientadores más importantes o, si fuera necesario, preguntas sobre ciertos padecimientos raros), dejando las preguntas más minuciosas para una serie de estudios en pequeña escala pero muy inten-

sivos. Estos deberían llevarse a cabo en distintas zonas geográficas y grupos étnicos de un país.

La dificultad de definir los niveles socioeconómicos y los ingresos en los países en desarrollo

Los investigadores de las ciencias sociales con experiencia en países industrializados se sorprenderán de la gran diversidad existente en los países en desarrollo en cuanto a ingresos, condición económica y niveles de riqueza y pobreza. Es una gama sumamente extensa que va desde el campesino dedicado a la agricultura de subsistencia, pasando por el jornalero sin tierra, el vendedor de billetes de lotería en el pueblo, el albañil desempleado que trabaja ocasionalmente, pero cuya mujer tiene un ingreso fijo como sirvienta y cuyo hijo trabaja como limpiabotas, hasta el gran terrateniente o empresario industrial. Las variaciones estacionales de los ingresos agrícolas vienen a complicar la evaluación del nivel socioeconómico. A menudo es casi imposible calcular los ingresos familiares medios. Puede ser mejor averiguar las variables que reflejan diferentes grados de ingresos como ocupación, escolaridad, posesión de tierras, grupo étnico, origen de los alimentos, medios de transporte, etc. Las encuestas de salud que relacionan el estado de salud y el comportamiento con la condición social tienen que enfrentar todos esos problemas (79).

La dificultad de medir las necesidades de salud y de servicios

Las encuestas mediante entrevista ofrecen información sobre las necesidades de salud evaluadas profesionalmente (con base en los datos notificados sobre estado de salud, utilización de los servicios, presencia de instalaciones sanitarias, etc.) y sobre las necesidades de sa-

lud percibidas por la población. Hay que comprender claramente este último término que se emplea con frecuencia en la planificación sanitaria contemporánea. Vale más hablar de necesidades de servicios de salud o acciones de salud que de necesidades de salud, lo cual no expresa más que la aspiración humana muy general de lograr un mejor estado de salud.

Las necesidades percibidas de mejores servicios de salud pueden expresarse como la diferencia entre el estado real y el estado aceptable. La figura 3 muestra las diferencias entre necesidades profesionalmente definidas y percibidas de servicios, según una encuesta del Ecuador (33). La percepción de las necesidades puede medirse en una encuesta de la siguiente manera: la diferencia entre la utilización real o la falta de utilización de un determinado establecimiento de salud, para una afección específica y el servicio idealmente deseado para el tratamiento de ese problema, concepto este último a menudo difícil de entender para los campesinos; la satisfacción o la insatisfacción efectiva de la gente con los servicios de salud en particular, y las opiniones y actitudes generales frente a los servicios existentes.

Si bien las encuestas de salud mediante entrevista son un instrumento de gran valor para identificar las necesidades percibidas por la población, cabe advertir que la percepción de las necesidades no es estable —aun menos que la prescripción de necesidades por los profesionales— sino que depende del conocimiento efectivo que tiene la gente de otras opciones en materia de salud y de la experiencia con los servicios existentes. Para evaluar y vigilar continuamente las percepciones cambiantes de la población, los métodos más flexibles de investigación cualitativa parecen ser más apro-

piados que las entrevistas formales repetidas (80). También en este caso hay cierta superposición entre los enfoques cualitativos y los cuantitativos.

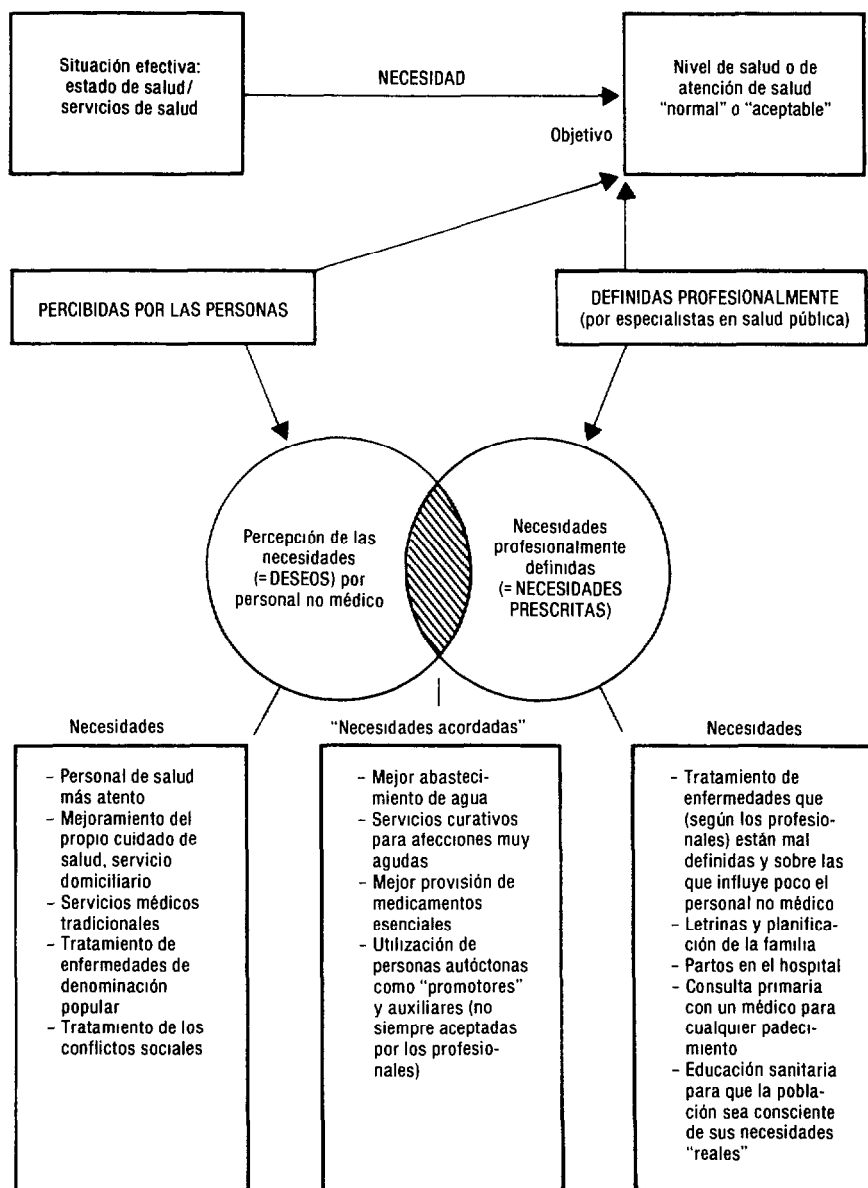
En pocas palabras, ni las necesidades profesionalmente prescritas ni las percibidas por la población con respecto a servicios y acciones especiales de salud son entidades estables. Más bien cabe esperar una extensa superposición entre ambas. Uno de los instrumentos para medir la percepción de las necesidades son las encuestas de salud mediante entrevista. Por medio de ellas se puede interrogar a las personas de manera general —mediante preguntas de respuesta ilimitada en lugar de las de respuesta limitada— sobre sus opiniones y deseos y, en el caso de enfermedad reciente, cuál es el servicio médico preferido en comparación con el que utilizaron en realidad.

Problemas particulares de las encuestas mediante entrevistas repetidas

A lo largo del presente artículo se ha hecho mención de los problemas particulares que plantean las encuestas mediante entrevistas repetidas: los efectos de un interrogatorio sobre el siguiente, el cansancio de entrevistadores y entrevistados, el descontento de las personas interrogadas ante la falta de consecuencias prácticas y la gran abundancia de datos que reciben los planificadores de salud y los políticos. Si las encuestas mediante entrevistas continuas se van a utilizar con fines de vigilancia y monitorización de la morbilidad, uso de los servicios médicos y percepción de las necesidades, hay que tomar en cuenta estas sugerencias:

□ Dar preferencia a las encuestas en muestras pequeñas y de distintos estratos de la población, que permiten la debida supervisión de los entrevistadores.

FIGURA 3. Necesidades percibidas y prescritas de mejores servicios y acciones de salud, determinadas por una encuesta sanitaria mediante entrevista en el medio rural del Ecuador (33).



☐ Limitar el número de entrevistas por entrevistador.

☐ Seleccionar unas cuantas enfermedades comunes que se presten a intervenciones de salud.

☐ Modificar constantemente la población de muestra, para evitar los efectos condicionantes y el cansancio.¹⁶

☐ Incluir preguntas de respuesta abierta o ilimitada que estimulen a los entrevistados a formular sus quejas acerca de la situación existente.

Dificultades para la utilización de los datos

Estadísticos y epidemiólogos tienden a creer que su misión ha terminado en cuanto se han analizado los datos y se presenta el informe final al gobierno. Con todo, los que están más familiarizados con los datos y los medios de obtenerlos deberían sentirse responsables, particularmente con respecto a la población objeto de estudio, de presentar los resultados de modo tal que facilite su uso óptimo. "Una enorme cantidad de información nunca sirve a un propósito útil porque no hay ningún sistema que permita ponerla a disposición de las personas idóneas, en el momento oportuno y en una forma fácil de comprender" (81). Ello se debe en parte al hecho de que muchos científicos no quieren o no pueden presentar sus informes en un lenguaje sencillo, con gráficos fáciles de entender y haciendo hincapié en las cuestiones más importantes. Si bien una unidad de información de salud no debe politizarse (82), el científico debe preparar documentos claros y centrados en los pro-

blemas, a fin de facilitar la decisiones políticas. Si se piensa en la base de la pirámide de la atención de la salud, parece una cuestión de justicia y moral científica hacer llegar los resultados de la encuesta a las respectivas poblaciones objeto de estudio o a sus representantes. Ello puede hacerse en forma de una evaluación participativa de los resultados (82) o por lo menos mediante folletos o una extensa divulgación por los medios de información pública.

En la fase de planeación de la encuesta deberían destinarse tiempo y fondos suficientes para la presentación y comunicación de los resultados.

RESUMEN

Los errores de respuesta a una entrevista son los que ocurren en la fase de acopio de datos y dependen de planificadores, entrevistadores, instructores, supervisores y entrevistados. Con base en una revisión bibliográfica y la experiencia del autor, se exponen algunos adelantos metodológicos para el control de tales errores y se analizan en particular las limitaciones de la entrevista sanitaria en los países en desarrollo, tomando como ejemplo la declaración de enfermedades y del uso de servicios médicos, así como algunos problemas generales inherentes a este método. Se hace hincapié en la falta de estudios sobre el tema en tales países.

Para comprobar la validez de las enfermedades declaradas se mencionan ciertas medidas como los exámenes físicos o bioquímicos, la repetición de la entrevista y la verificación de la probabilidad de que los padecimientos declarados se presenten en la población estudiada;

¹⁶ En el medio rural de Etiopía "hubo muchas quejas acerca de la inutilidad de ser tomado en cuenta una y otra vez si ello no modifica la situación" (24). O bien, "parece razonable prever que los miembros de las familias se cansen de ser molestados casi constantemente durante tanto tiempo con cuestiones que no tienen ningún interés inmediato para ellos" (64).

se examinan las ventajas y desventajas de cada una. Para acrecentar la validez de las declaraciones se aconseja, entre otras cosas, recurrir a períodos de rememoración breves, usar una lista de síntomas orientadores como apoyo, incluir alguna medida de la gravedad del padecimiento e identificar las enfermedades más susceptibles de ser modificadas por intervenciones sanitarias.

Por otra parte, la declaración sobre el uso de servicios médicos tropieza con dos tipos de errores de respuesta: pérdida de memoria y renuencia a aceptar que se recurre a servicios curativos informales, por ejemplo, curanderos y similares. Para evitarlos se recomienda usar períodos de rememoración breves, relacionar las dolencias con fechas comunes muy importantes, recurrir a enfoques indirectos al abordar temas delicados y tener muy en cuenta que el concepto de causalidad de la enfermedad determina la elección terapéutica del individuo. En esta parte se examina el tema de la selección, capacitación, supervisión, remuneración y control de los entrevistadores, que hasta hoy ha sido muy poco estudiado.

Entre los problemas generales de las encuestas de salud mediante entrevista en los países en desarrollo sobresalen las dificultades para determinar el ámbito y la magnitud de la encuesta, para definir la condición social y los ingresos y para medir las necesidades de servicios de salud. Se estudian también los problemas particulares de los interrogatorios repetidos, como el cansancio de entrevistadores y entrevistados y el descontento de estos por la falta de consecuencias prácticas. Por último, se señala que, para ser verdaderamente útil, la información recabada debe llegar a las personas idóneas, en el momento oportuno y en forma comprensible; además, por

una cuestión de justicia y ética científica, hay que hacer llegar los resultados de las encuestas a las poblaciones estudiadas. Por tal motivo, al planear las encuestas deben destinarse tiempo y fondos suficientes a la presentación y comunicación adecuadas de los resultados. □

AGRADECIMIENTO

El autor manifiesta su reconocimiento a las valiosas aportaciones de sus colaboradores en el proyecto argentino, doctores Alfredo Zurita, Heinrich Berg, Carmen Pérez-Samaniego, Luciano Gherra y Hans Jochen Diesfeld.

REFERENCIAS

- 1 Andersen, R. *A behavioral model of families' use of health services*. Chicago, University of Chicago, Center for Health Administration, 1968. (Research Services No. 25.)
- 2 Kohn, R. y White, K. L. eds. *Health Care: An International Study*. London, New York, Toronto, Oxford University Press, 1976.
- 3 Kroeger, A. Anthropological and sociomedical health care research in developing countries. *Soc Sci Med* 17:147-161, 1983.
- 4 Belcher, D. W., Neumann, A. K., Wurapa, F. K. y Lourie, I. M. Comparison of morbidity interviews with a health examination survey in rural Africa. *Am J Trop Med Hyg* 23:751-758, 1976.
- 5 Lee, S. K., Kim, D. H., Jung, J. H., Chung, K. S., Park, S. B., Choy, L. H., Hong, S. H. y Rah, J. H. A study concerning health needs in rural Korea. *Kor J Prev Med* 7(supl.):1-66, 1974.
- 6 Elison, J. y Trussel, R. F. Some factors relating to the degree of correspondence for diagnostic informations as obtained by household interviews and clinical examinations. *Am J Public Health* 47:311-321, 1957.

- 7 Krueger, D. E. Measurement of prevalence of chronic disease by household interviews and clinical evaluations. *Am J Public Health* 47:953-960, 1957.
- 8 Sanders, B. S. Have morbidity surveys been oversold? *Am J Public Health* 52:1648-1659, 1962.
- 9 Trussel, R. E., Elinson, J. y Levin, M. L. Comparison of various methods of estimating the prevalence of chronic disease in a community. The Hunterdon country study. *Am J Public Health* 46:173-182, 1956.
- 10 US Department of Health, Education and Welfare. US National Health Survey. *Health Interview Responses Compared with Medical Records*. Washington, DC, USDHEW, 1961. (Public Health Service Publication, Series D, No. 5.)
- 11 Woolsey, T. D., Lawrence, P. S. y Balamuth, E. An evaluation of chronic disease prevalence data from the health interview survey. *Am J Public Health* 52:1631-1637, 1962.
- 12 Breslow, L. Uses and limitations of the California Health Survey for studying the epidemiology of chronic disease. *Am J Public Health* 47:168-172, 1957.
- 13 Abramson, J. H. The Cornell Medical Index as an epidemiological tool. *Am J Public Health* 56:287-298, 1966.
- 14 Culpan, R. H., Davies, B. M. y Oppenheim, A. N. Incidence of psychiatric illness among hospital outpatients. An application of the Cornell Medical Index. *Br Med J* 19:855-857, 1960.
- 15 Chance, N. A. Conceptual and methodological problems in cross-cultural health research. *Am J Public Health* 52:410-417, 1962.
- 16 Croog, S. H. Ethnic origins, educational level, and responses to a health questionnaire. *Hum Organ* 20:65-69, 1961.
- 17 Eyton, J. y Neuwirth, G. Cross cultural validity: ethnocentrism in health studies with special reference to the Vietnamese. *Soc Sci Med* 18:447-453, 1984.
- 18 Kalimo, E. y Brice, T. W. Cross-cultural analysis of selected emotional questions from the Cornell Medical Index. *Br J Prev Soc Med* 24:229-240, 1970.
- 19 Laufer, L. G. Cultural problems encountered in use of the Cornell Medical Index among Okinawan natives. *Am J Psychiatr* 109:861-864, 1953.
- 20 Scotch, N. A. y Geiger, H. I. An index of symptom and disease in Zulu culture. *Hum Organ* 22:304-311, 1963-1964.
- 21 Ferber, L. Von [*Diagnósticos de médicos generales con base en la información suministrada por el paciente.*] Stuttgart, Gentner Verlag, 1971. (En alemán.)
- 22 Blum, R. y Blum, E. *Health and Healing in Rural Greece. A Study of Three Communities*. Stanford (CA), Stanford University Press, 1965.
- 23 Gesler, W. M. Morbidity measurement in household surveys in developing areas. *Soc Sci Med* 13d:223-226, 1979.
- 24 Pausewang, S. *Methods and Concepts of Social Research in a Rural Developing Society*. Munich, Weltforum Verlag, 1973.
- 25 Watkins, C. J. y Burton, P. Doctor diagnosis and maternal recall of lower respiratory illness. *Int J Epidemiol* 11:62-66, 1982.
- 26 White, K. L., Nadjelkovic, D., Pearson, R. J. C., Mabru, J. H., Ross, A. y Sagen, D. K. International comparisons of medical care utilization. *N Engl J Med* 277:516-522, 1967.
- 27 Cochrane, A. L., Chapman, P. J. y Oldham, P. P. Observer's error in taking medical histories. *Lancet* 1:1007-1009, 1951.
- 28 Schulpén, T. W. J. y Swinkels, W. J. Machakos project studies XIX. The utilization of health services in a rural area of Kenya. *Trop Geogr Med* 32:340-349, 1980.
- 29 Stamler, J. Epidemiology as an investigative method for the study of human atherosclerosis. *J Natl Med Assoc* 50:161-200, 1958.
- 30 Johns Hopkins University. Department of International Health. *The Functional Analysis of Health Needs and Services*. Bombay y New York, Asia Publishing House, 1976.
- 31 Kroeger, A., Zurita, A., Berg, H. y Pérez-Samaniego, C. Hacia un mejoramiento de la salud. Una investigación de la percepción de la enfermedad y de la utilización de los recursos de salud en el Chaco de Argentina. Heidelberg-Resistencia, 1985. (Documento de trabajo.)
- 32 Kroeger, A. Los indígenas sudamericanos ante una alternativa: servicios de salud tradicionales o modernos, en las zonas rurales de Ecuador. *Bol Of Sanit Panam* 93(4):300-340, 1982.

- 33 Kroeger, A. y Barbira-Freedman, F. Doctors, curanderos and rural societies: health care providers and consumers in the Andes and Upper Amazon. (En preparación.)
- 34 Butler, J. R. Illness and the sick role—an evaluation in three communities. *Br J Sociol* 21:241–261, 1970.
- 35 Cartwright, A. Some problems in the collection and analysis of morbidity data obtained from sample surveys. *Milbank Mem Fund Q* 37:33–48, 1959.
- 36 Kroeger, A. Health interview surveys in developing countries: a review of the methods and results. *Int J Epidemiol* 12:465–481, 1983.
- 37 Linder, F. E. Encuestas sanitarias nacionales por interrogatorio. In: Curiel, D., Wynne Griffith, G., Linder, F. E., Logan, R. F. L., Logan, W. P. D., Marinesco, V., Muresan, P., Puffer, R. R., Seal, S. C., Soda, T., Stocks, P., Taylor, I., Vacek, M. y Weber, A. *Tendencias Actuales en los Estudios sobre Morbilidad y Mortalidad*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1965. (Cuadernos de Salud Pública No. 27), pp. 83–99.
- 38 Heller, G. [Modelos y síntomas de enfermedad. Una encuesta empírica entre la tribu Tamang de Caurara, Nepal, acerca de las influencias culturales de los fenómenos de enfermedad.] Discurso inaugural. Medizinische Fakultät, Universität, Heidelberg, 1983. (En alemán.)
- 39 Kleinman, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, Los Angeles y London, University of California Press, 1980.
- 40 Stein, W. W. The folk illness: entity or nonentity? An essay on Vicos disease ideology. In: Bastien, J. W. y Donahue, J. M., eds. *Health in the Andes*. Washington, DC, 1981 (AAA Publications No. 12), pp. 50–67.
- 41 Kroeger, A., Harold, A. V. D., Hoogte, L. y Roersch, C. Las estrategias para curarse en los Andes Peruanos. (En preparación.)
- 42 Bridges-Webb, C. The Traralgon health and illness survey; method, organization and comparison with other Australian surveys. *Int J Epidemiol* 2:63–71, 1973.
- 43 Martorell, R., Habitch, J. P., Yarbrough, C., Lechtig, A. y Klein, R. Underreporting in fortnightly recall morbidity surveys. *J Trop Pediatr* 22:129–134, 1976.
- 44 Frel, L. y Wall, S. *Exploring Child Health and its Ecology. The Kirkos Study in Addis Ababa. An Evaluation of Procedures in the Measurement of Acute Morbidity and a Search for Causal Structure*. Suecia, University of Umea and Göteborg, 1977.
- 45 Puroola, T., Kalimo, E. y Nyman, K. *Health Services Use, and Health Status under National Sickness Insurance: An Evaluative Re-survey of Finland*. 1974. (Publication of the Social Insurance Institution, Finland A:11.)
- 46 Abasiokong, E. M. Familism and hospital admission in rural Nigeria—a case study. *Soc Sci Med* 15:45–50, 1981.
- 47 Janzen, J. M. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press, 1978.
- 48 Kovar, M. G. y Wilson, R. W. *Perceived Health Status—How Good is Proxy Reporting?* American Statistical Association, Proceedings of the Social Statistics Section, Part II, 1976. pp. 495–500.
- 49 Mechanic, D. y Newton, M. Some problems in the analysis of morbidity data. *J Chronic Dis* 18:569–580, 1965.
- 50 Napier, J. A., Metzner, H. y Johnson, C. Limitations of morbidity and mortality data obtained from family histories. A report from the Tecumseh community health study. *Am J Public Health* 62:30–35, 1972.
- 51 US National Center for Health Statistics: *Quality Control and Measurement of Non-Sampling Errors in the Health Interview Survey. Data Evaluation and Methods Research*. Washington, DC, US Department of Health, Education and Welfare, 1973. (Series 2, No. 54.)
- 52 Kosa, J., Alpert, J. J. y Haggerty, R. J. On the reliability of family health information. *Soc Sci Med* 1:165–181, 1967.
- 53 Enterline, P. E. y Capt, K. G. A validation of information provided by household respondents in health surveys. *Am J Public Health* 49:205–212, 1959.
- 54 Madan, T. N. Who chooses modern medicine and why. *Econ Polit Wkly* (Nueva Delhi), 13 de septiembre de 1969. pp. 1475–1484.
- 55 Mohseni, M. Attitudes towards modern and traditional medicine in an Iranian community. *Soc Sci Med* 13a:499–500, 1979.

- 56 Mulder, P. G. H. y Garretsen, H. F. L. Are epidemiological and sociological surveys a proper instrument for detecting true problem drinkers? (The low sensitivity of an alcohol survey in Rotterdam.) *Int J Epidemiol* 12:442-444, 1983.
- 57 Oppenheim, A. N. *Questionnaire Design and Attitude Measurement*. London, Heinemann, 1966.
- 58 Belloc, N. B. Validation of morbidity survey data by comparison with hospital records. *J Am Stat Assoc* 49:832-836, 1954.
- 59 Cartwright, A. Memory error in a morbidity survey. *Milbank Mem Fund Q* 41:5-24, 1963.
- 60 Simmons, W. R. y Bryant, E. E. An evaluation of hospitalization data from the health interview survey. *Am J Public Health* 52:1638-1647, 1962.
- 61 Schach, E., Bice, T. W., Haythorne, D. F., Kovacic, L., Matthews, V. L., Paganini, J. M. y Rabin, D. L. ed. Methodological results. In: Rabin, D. L. ed. International comparisons of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 50:65-80, 1972.
- 62 Fabrega, H. J. Perceived illness and its treatment: a naturalistic study in social medicine. *Br J Prev Soc Med* 31:213-219, 1977.
- 63 Kroeger, A., Weber, W., Streich, K. y Koen, E. [Experiencia de la enfermedad y conducta entre familias de obreros turcos y alemanes.] (En alemán.) (En preparación.)
- 64 Tekle-Haimanot, M. *Rural health interview survey in Ethiopia (1982-1983)*. Paper presented at the joint WHO/United Nations Environment Programme (UNEP) meeting "Lay Reporting of Health Information", Addis Abeba, 7-11 de marzo de 1983.
- 65 Organización Mundial de la Salud. *Lay Reporting of Health Information*. Ginebra, 1978.
- 66 Colson, A. The differential use of medical resources in developing countries. *J Health Soc Behav* 12:226-237, 1971.
- 67 Young, J. C. A model of illness treatment decisions in a Tarascan town. *Am Ethnol* 7:106-131, 1980.
- 68 Buschgens, W. F. L. y Slikkerveer, L. J. *Health Care in East Africa: Illness Behaviour of the Eastern Oromo in Hararge (Ethiopia)*. Assen, Van Gorcum, 1982.
- 69 Djurfeld, G. y Lindberg, S. *Pills Against Poverty. A Study of the Introduction of Western Medicine in a Tamed Town*. Indian Studentlitteratur. Curzon Press, Scandinavian Institute of Asian Studies, 1975. (Monograph Series No. 23.)
- 70 Bhardwaj, S. M. Attitude toward different systems of medicine: a survey of four villages in the Punjab-India. *Soc Sci Med* 9:603-612, 1975.
- 71 Nnadi, E. E. y Kabat, H. E. Nigerians use of native and western medicine for the same illness. *Public Health Rep* 99:93-98, 1984.
- 72 Nichter, M. Paying for what ails you: sociocultural issues influencing the ways and means of therapy payment in South India. *Soc Sci Med* 17:957-965, 1983.
- 73 MacCormack, C. P. y Lwihula, G. Failure to participate in a malaria chemosuppression programme: North Mara, Tanzania. *J Trop Med Hyg* 86:99-107, 1983.
- 74 Garrison, V. Doctor, espiritista or psychiatrist? Health seeking behavior in a Puerto Rican neighbourhood of New York City. *Med Anthropol* 1:65-191, 1977.
- 75 Bice, T. W. y Kalimo, E. Comparisons of health-related attitudes—a cross national, factor analytic study. *Soc Sci Med* 5:283-318, 1971.
- 76 Stevens, J. A. y Bailor, B. A. *The Relationship Between Various Interviewer Characteristics and the Collection of Income Data*. American Statistical Association, Proceedings of the Social Statistics Section, 1976. pp. 785-790.
- 77 Rustemeyer, A. *Measuring Interviewer Performance in Mock Interviews*. American Statistical Association, Proceedings of the Social Statistics Section, 1977. pp. 341-346.
- 78 Organización de las Naciones Unidas. Statistical Office. National Household Capability Programme. Selected issues of design and interpretation. Paper presented at the 44th session of the International Statistical Institute. Madrid, 1983.
- 79 De Walt, K. Income and dietary adequacy in an agricultural community. *Soc Sci Med* 17:1877-1886, 1983.
- 80 Pacey, A. Taking soundings for development and health. *World Health Forum* 3:38-47, 1982.

- 81 White, K. L. A new look at health information. *World Health Forum* 4:368-373, 1983.
- 82 Kroeger, A. Participatory evaluation of primary health care programmes: an experience with four Indian populations in Ecuador. *Trop Doct* 12:38-43, 1982.
- 83 Organización de las Naciones Unidas. *National Household Survey Capability Programme. Non-Sampling Errors in Household Surveys: Sources, Assessment and Control*. New York, UN Department of Technical Cooperation for Development and Statistical Office, 1982. (DP/UN/INT-81-041/2.)
- 84 Gross, R. [Falsos diagnósticos y sus causas en medicina interna.] *Med Welt* 34:877-882, 1983. (En alemán.)
- 85 Warner, S. L. Randomized response: a survey technique for eliminating evasive answer bias. *J Am Stat Assoc* 60:63-69, 1965.
- 86 Chow, L. P., Gruhn, W. y Wen, P. C. Feasibility of randomized response technique in rural Ethiopia. *Am J Public Health* 69:273-276, 1979.
- 87 Moser, C. A. y Kalton, G. *Survey Methods in Social Investigation*. London, Heinemann, 1971.

SUMMARY

RESPONSE ERRORS AND OTHER PROBLEMS OF HEALTH INTERVIEW SURVEYS IN DEVELOPING COUNTRIES

Response errors in interviews occur in the data collection phase and are committed by planners, interviewers, instructors, supervisors and respondents. On the basis of a bibliographical review and his own experience, the author describes a number of methodological improvements for the control of these errors and, in particular, considers the limitations of the health interview in developing countries on the examples of illness reporting and reporting on health services use, and several general problems inherent in this method. He notes a lack of studies on the subject in such countries.

To verify the validity of illness reporting, he cites such measures as physical examinations and biochemical tests, repeat interviews and verification of the probability that the reported illnesses will present in the population considered, and considers the advantages and disadvantages of each measure.

To enhance the validity of reports, he advises, among other things, recourse to short recall periods, the use of a list of tracer conditions for reference, the inclusion of some measurement of the severity of the illness episode, and identification of the diseases most responsive to public health measures.

Moreover, the reporting on health services use is subject to two types of response errors: recall errors and barriers towards reporting on use of informal health system (traditional healers, quacks, and the like). To avoid these errors the author recommends using short recall periods linking the illness episode to a conspicuous event, approaching with care to delicate subjects, and keeping very much in mind that the individual's choice of health service is determined by what he thinks caused the illness. This part considers the subject of the selection, training, supervision, remuneration and monitoring of interviewers, hitherto very little studied.

Notable among the general problems of interview health surveys in developing countries are the difficulties of determining the scope and size of the survey, for defining social status and income, and for measuring health needs and needs for services. The paper also studies the specific problems of repeated interview surveys, such as exhaustion of interviewers and respondents and the latter's dissatisfaction about

lack of practical consequences. Finally, it is pointed out that to be truly useful, the information obtained must reach the right people at the right time and in an intelligible form. Besides, as a matter of justice and scientific morality, the results of the survey must be made available to the populations surveyed. Hence, in designing surveys, enough time and funds must be allocated for the proper presentation and communication of the results.

RESUMO

ERROS DE RESPOSTA E OUTROS PROBLEMAS DAS PESQUISAS DE SAÚDE MEDIANTE ENTREVISTA NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Os erros de resposta a uma entrevista são os que ocorrem na fase de coleta de dados e dependem de planejadores, entrevistadores, instrutores, supervisores e entrevistados. Com base numa revisão bibliográfica e em sua própria experiência, o autor expõe alguns melhoramentos metodológicos para o controle de tais erros e analisa em particular as limitações da entrevista sanitária nos países em desenvolvimento, tomando como exemplo a declaração de enfermidades e do uso de serviços médicos, bem como alguns problemas gerais inerentes a esse método, e também insiste na falta de estudos sobre o tema nesses países.

Para comprovar a validade das enfermidades declaradas, mencionam-se certas medidas como os exames físicos ou bioquímicos, a repetição da entrevista e a verificação da probabilidade de que as doenças declaradas ocorram na população estudada, e examinam-se as vantagens e desvantagens de cada uma. Para aumentar a validade das declarações, aconselha-se, entre outras coisas, a recorrer a breves períodos de rememoração, usar uma lista de sintomas orientadores como apoio,

incluir alguma medida da gravidade da doença e identificar as enfermidades mais suscetíveis de serem modificadas por intervenções sanitárias.

Por outro lado, a declaração sobre o uso de serviços médicos tropeça em dois tipos de erros de resposta: perda de memória e relutância em aceitar que se recorre a serviços curativos informais (por exemplo, curandeiros e similares). Para evitá-los, recomenda-se usar breves períodos de rememoração, relacionar as doenças com datas comuns mais importantes, recorrer a enfoques indiretos ao abordar temas delicados e levar em conta que o conceito de causalidade da doença determina a escolha terapêutica do indivíduo. Nessa parte examina-se o tema da seleção, capacitação, supervisão, remuneração e controle dos entrevistadores, que até hoje foi muito pouco estudado.

Entre os problemas gerais das pesquisas de saúde mediante entrevistas nos países em desenvolvimento, destacam-se as dificuldades para determinar o âmbito e a magnitude de pesquisa, para definir a condição social e a renda e avaliar as necessidades de serviços de saúde. Estudam-se também os problemas particulares dos interrogatórios repetidos, como o cansaço dos entrevistadores e entrevistados e o descontentamento destes com a falta de conseqüências práticas. Por último, assinala-se que, para serem verdadeiramente úteis, as informações recolhidas devem chegar às pessoas idôneas, no momento oportuno e de forma compreensível; além do mais, por uma questão de justiça e ética científica, deve-se levar os resultados das pesquisas às populações estudadas. Por esse motivo, ao planejar as pesquisas, deve-se dedicar tempo e recursos suficientes à apresentação e comunicação adequada dos resultados.

RÉSUMÉ

ERREURS DE RÉPONSE ET AUTRES PROBLÈMES LIÉS AUX ENQUÊTES SANITAIRES PAR INTERROGATOIRE DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Les erreurs de réponse à un interrogatoire sont celles qui interviennent au cours de la phase de collecte des données et elles dépendent des planificateurs, des enquêteurs, des moniteurs, des superviseurs et des enquêtés. L'auteur, s'appuyant sur une étude bibliographique et sur sa propre expérience, présente certains progrès méthodologiques dans la lutte contre ce type d'erreurs et analyse en particulier la question des limites des enquêtes sanitaires dans les pays en développement, prenant pour exemple la notification des maladies et la notification de l'utilisation des services de santé, ainsi que certains problèmes généraux inhérents à cette méthode. Il fait ressortir le manque d'études sur la question dans ces pays.

Pour vérifier la validité des notifications de maladies, on propose certaines mesures: examens physiques ou biochimiques, réinterrogatoire, et vérification de la probabilité de la présence des affections déclarées dans la population étudiée; on examine les avantages et les inconvénients de chacune de ces mesures. Pour augmenter la validité des notifications, il est recommandé de s'en tenir à des périodes de remémoration limitées, de s'appuyer sur une liste de conditions d'orientation, de donner une mesure de la gravité du mal et d'identifier les maladies les plus susceptibles d'être modifiées par des interventions sanitaires.

D'autre part, la notification de l'utilisation des services de santé se heurte à deux types d'erreur de réponse: perte de mémoire et hésitation à admettre que l'on a recours à des services curatifs non officiels, par exemple des guérisseurs. Pour éviter ces erreurs, il est recommandé de s'en tenir à des périodes de remémoration limitées, de lier les maladies à des dates d'événements marquants, de recourir à des approches indirectes pour aborder des questions délicates, et de bien se rendre compte que la cause de la maladie, telle que la perçoit l'individu, détermine son choix en matière de thérapeutique. Cette section examine la question—très peu étudiée jusqu'à l'heure actuelle—de la sélection, de la formation, de la supervision, de la rémunération et du contrôle des enquêteurs.

Parmi les problèmes généraux que posent les enquêtes sanitaires par interrogatoire dans les pays en développement, on distingue particulièrement les difficultés à déterminer la portée et la taille de l'enquête, à définir la condition sociale et le revenu des sujets interrogés, et à mesurer les besoins de services de santé. On étudie également les problèmes particuliers posés par les interrogatoires répétés, comme la fatigue des enquêteurs et des enquêtés et l'insatisfaction éprouvée par ces derniers du fait de l'absence de conséquences pratiques. Enfin, on signale que pour que l'information recueillie soit véritablement utile, il faut qu'elle soit mise à la disposition du responsable voulu, au moment voulu et sous une forme qui est facile à comprendre; de plus, pour des raisons d'équité et de morale scientifique, il convient de faire parvenir les résultats des enquêtes aux populations étudiées. C'est pourquoi, dès le stade de la planification de l'enquête, il convient de consacrer assez de temps et de fonds à la présentation et à la notification des résultats.