

ENCUESTAS DE MORBILIDAD Y ATENCION MEDICA COMO METODO DE ANALISIS DE SITUACION DE SALUD

*Ernesto Medina L.,¹ Ana María Kaempffer R.,¹
Francisco Cumsille G.¹ y Raquel Medina K.¹*

INTRODUCCION

Las características de la mortalidad pueden emplearse como indicador útil de la situación de salud (1, 2) cuando el riesgo de mortalidad de una comunidad es elevado, lo que sucede en buena parte del mundo en desarrollo. Pero, a medida que dicho riesgo disminuye, como está ocurriendo en la mayor parte de América Latina y el Caribe (3, 4), y particularmente cuando se llega a niveles de mortalidad muy bajos (5), resulta más necesario juzgar la situación de salud en función de la morbilidad más que de la mortalidad de la población (6-8). Sin embargo, la insuficiencia de recursos en muchos países de la Región determina que las consultas realizadas por la población sean, a menudo, solo una fracción de la incidencia de la enfermedad aguda y de la prevalencia de enfermedad crónica.

Las encuestas de población realizadas en muestras al azar de grupos familiares entregan una valiosa información con respecto a la percepción que la

población tiene de la existencia de enfermedad, pues de ella depende que se inicie el proceso de demanda de atención (9). Las encuestas permiten conocer diversos componentes de la salud, entre ellos: las características de la morbilidad y de la atención médica; los motivos por los cuales una persona consulta o deja de hacerlo; los sistemas de servicios oficiales y tradicionales empleados; el nivel de satisfacción por la atención recibida; la frecuencia de la automedicación; los costos y, en general, las características de la conducta de la población y de la atención primaria que se brinda (10).

El procedimiento de encuesta domiciliaria sistemática se ha usado con frecuencia en los Estados Unidos de América (11-13). En contraste, ha sido poco empleado en América Latina, tal vez con las excepciones de Colombia, Uruguay, Argentina y Chile (14-17), países en los que se ha realizado, especialmente en forma de estudios únicos, para apoyar sobre bases empíricas las necesidades de formación de recursos humanos. Igualmente puede citarse la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud

¹ Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública. Dirección postal: Casilla 6537, Correo 7, Santiago, Chile.

realizada en 1984 en el Perú, llevada a cabo por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística, y el estudio nacional de salud de Colombia.

La falta de encuestas de salud en América Latina posiblemente está asociada a la validez incierta de las respuestas de la población de algunas comunidades y, en otra línea, a la complejidad metodológica y al costo económico relativamente alto.

Este artículo se basa en trabajos realizados en Chile sobre recursos humanos (17, 18); en investigaciones llevadas a cabo por el Programa de Extensión de Servicios Maternoinfantiles y Bienestar Familiar en las áreas de este programa (19-21) y en estudios de algunos grupos especiales (22). En este trabajo se comunica el resultado de los estudios realizados por los autores en 1977 y 1983 sobre morbilidad y atención de salud en la ciudad de Santiago (23-28).

MATERIAL Y METODO

En los estudios citados (23-28) se empleó la técnica de encuestas en muestras aleatorias de hogares de la ciudad de Santiago. El tamaño de la muestra se había definido en estudios previos que dieron como resultado que, con muestras de población de 2 074 personas en 1977 y 2 820 personas en 1983, se obtenía un margen de error en la estimación de la incidencia de enfermedad durante una quincena, no superior a 1% con un nivel de confianza de 95%; la muestra equivale a un 1% de la población estimada. Su distribución por sexo y

edades es similar a la existente en Santiago, de acuerdo con los censos de 1970 y 1982.

Las variables dependientes han sido la enfermedad aguda, crónica y accidental; la demanda y satisfacción de atención médica (consulta por morbilidad, controles de salud, hospitalizaciones) y la atención dental observadas en un plazo de dos semanas, en un momento del año no influido por variaciones estacionales (primera quincena del mes de noviembre). Para precisar más las variables dependientes se exploraron los diagnósticos de enfermedad aguda y crónica, la incapacidad temporal o definitiva del paciente, los gastos de atención médica y farmacéutica, la magnitud de la demanda satisfecha e insatisfecha, las razones que explican la demanda insatisfecha y la percepción que la población tiene de la calidad de la atención recibida. Con el mismo objeto se investigó el número de fallecimientos en el grupo familiar en los 12 meses precedentes y la existencia, en las últimas dos semanas, de enfermedad aguda o de accidente; se preguntaba la causa, la conducta observada durante el episodio, las características de la atención recibida, junto con los gastos irrogados por la atención durante los quince días en estudio. En el estudio del gasto realizado se tropezó con la dificultad derivada del hecho que el episodio que provocó gastos durante la quincena puede no haber terminado, o que durante esa quincena se hubieran pagado atenciones prestadas anteriormente al período de la encuesta. Se identificó la presencia de enfermos crónicos, su nivel de incapacidad, relación con el trabajo, medicación, atención profesional y costos.

En la variable de atención dental se precisó el motivo, sitio y costo de los servicios.

Igualmente se exploró el número de controles de salud (planificación

familiar, embarazo, niño sano, adulto sano) y las características de estas atenciones.

Se investigaron como variables independientes la edad, sexo, ingreso familiar, escolaridad, régimen de previsión social y la pertenencia a diversos sistemas de atención médica. Las características demográficas constituyeron variables de control; en los grupos familiares se identificó la comuna (distrito municipal) de residencia, tamaño de la familia, edad y sexo, actividad del jefe del hogar y del cónyuge, así como las características de la vivienda y de los sistemas de agua potable y servicios sanitarios disponibles.

Se utilizaron dos formularios precodificados para computadorización de la información, uno con antecedentes generales de la familia y otro individual o personal, en el caso que alguna persona hubiera estado enferma o hubiera sido atendida por personal médico u odontológico.

Se sometió a la encuesta a la mujer o al hombre cabeza de familia; cuando había menores de 15 años en la vivienda, la información se obtuvo exclusivamente de la mujer cabeza de familia, o de la madre (si esta no tenía la condición de cabeza de familia). No se observaron diferencias significativas en las respuestas de hombres o mujeres cuando estaba solo uno de los miembros de la pareja en el hogar; si estaban ausentes se repetía la visita y, en caso de fracaso, se remplazaba la vivienda sorteada por otra de la misma cuadra y con características similares. En un 79% de los casos la entrevista se realizó en la casa originalmente sorteada. La entrevista fue rechazada en un 6,6% de los hogares es-

tudiados. Un supervisor controló los resultados obtenidos por los encuestadores mediante una doble encuesta en el 18% de los hogares.

Para estimar la frecuencia anual de los episodios de morbilidad se multiplicaron por 24,33 los hallazgos de los quince días de estudio. El problema de medir la frecuencia total de enfermedad, considerando tanto la incidencia de casos agudos como la prevalencia de enfermos crónicos, se resolvió transformando la prevalencia porcentual de estos últimos en "episodios anuales equivalentes", considerando la frecuencia de consulta realizada, también llamada demanda satisfecha, y agregando proporcionalmente la consulta no realizada. En la práctica, ello presupone que todos los enfermos crónicos se habrían originado en el último año, lo que no es real y abulta de alguna forma la frecuencia total de enfermedad que sufre la población. Los cálculos de significación estadística emplearon de preferencia la prueba χ^2 .

RESULTADOS

Entre 1977 y 1983 aumenta el número de enfermos registrados de 246 a 289 por 100 000 habitantes; este aumento del 14% se debe exclusivamente a los enfermos crónicos. En este mismo período, aumenta el número de consultas y la hospitalización.

El aumento del registro de los enfermos crónicos resulta difícilmente explicable por el envejecimiento de la población ocurrido en un lapso de solo seis años. Una de las causas podría ser la mayor información de salud que transmiten los medios de comunicación de masas, en particular, la televisión; en efecto, de 1970 a 1982 se ha duplicado el número de televisores y el porcentaje de hogares de Santiago que poseen uno ha

CUADRO 1. Frecuencia y distribución porcentual de enfermedad aguda percibida por la población de Santiago, Chile, 1977 y 1983

Enfermedad	Episodios anuales por habitante		Distribución porcentual	
	1977	1983	1977	1983
Respiratoria	0,74	0,85	43,2	47,2
Gastrointestinal	0,22	0,09	12,9	5,0
Hepatobiliar	0,15	0,10	8,6	5,6
Accidentes	0,15	0,18	8,5	10,0
Cutánea	0,14	0,05	8,2	2,8
Otras	0,37	0,53	18,6	29,4
Total	1,77	1,83	100,0	100,0

Fuente: Referencias 23 y 28.

CUADRO 2. Incidencia de morbilidad total por habitante por grupo de edad, 1977 y 1983

Edad (años)	Episodios anuales por habitante	
	1977	1983
Menores de 1	7,3	5,6
1 a 4	5,0	2,6
5 a 14	1,7	2,3
15 a 44	2,3	1,5
45 a 64	1,9	1,4
65 y más	2,5	3,2

Fuente: Referencias 23 y 28.

subido de 40 a 82%. La información ha despertado conciencia de la importancia de diversos problemas de salud y ha determinado una mayor percepción de la enfermedad. Estudios aún no publicados realizados por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile en la ciudad de Santiago sobre los problemas de cáncer y tabaquismo muestran que la principal fuente de información de la población proviene de los medios de comunicación de masas y, en particular, de la televisión. Es posible también que el incremento registrado en los problemas crónicos esté asociado al aumento de los problemas económicos y emocionales que hacen que la gente perciba o sienta un número mayor de problemas de salud.

El cuadro 1 presenta la frecuencia de diversos tipos de enfermedades agudas y el cuadro 2, la incidencia observada en distintos grupos de edad. Como en la mayor parte del mundo, las enfermedades agudas más frecuentes son las del aparato respiratorio, que determina casi la mitad de los episodios agudos, mientras las enfermedades gastrointestinales —mayoritariamente diarreas— y las cutáneas —especialmente infecciosas— han declinado en términos absolutos y relativos durante el sexenio que separa ambos estudios. La frecuencia de

enfermedades agudas ha disminuido especialmente en los menores de cinco años, lo que aparece asociado al incremento sostenido de la proporción de viviendas que disponen de agua potable y alcantarillado (en la actualidad más del 90%) y al efecto del Programa Ampliado de Inmunización que tiene una cobertura de cerca del 95% de los lactantes. La mayor disminución se ha registrado en la frecuencia de diarrea y de enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación.

La prevalencia de enfermedades crónicas percibidas por la población (cuadro 3) tiende a ser más baja que la registrada en estudios intencionados de algunos problemas como hipertensión arterial, bronquitis crónica, neurosis o úlcera péptica. Sin embargo, los valores de prevalencia encontrados en el estudio señalan la frecuencia con que la población percibe tener dichos problemas y, a partir de ello, puede iniciar el proceso de demanda y obtención de atención médica. La distribución porcentual de los diversos grupos de enfermedades —que ilustra sobre su importancia relativa— es coincidente con la observada en la atención médica habitual. La prevalencia de enfermedad crónica va aumentando con la edad, en ambos años. Se produce un salto cuantitativo entre el grupo de 15 a 44 años (8,2% en 1977 y 6,9% en 1983) y el de 45 a 64 años (33% en 1977 y 28,6% en 1983) y entre este último grupo y el de 65 años y más (40% en 1977 y 52,1% en 1983).

Con respecto a los problemas emocionales, se encuestó a la población de Santiago (26) en 1983, sobre la existencia de angustias y preocupaciones derivadas de situaciones familiares o conyugales, enfermedad, muertes, problemas

económicos, cesantía, jubilación, sistema de vida o combinaciones de lo anterior. El 50% declaró tener intensas preocupaciones y angustias, y de ellas, el 49%, problemas económicos. El nivel de angustia vinculado con estos problemas se incrementa progresivamente a medida que se baja en los estratos socioeconómicos.

En el año 1968, el Ministerio de Salud de Chile llevó a cabo una encuesta de salud y atención médica en el país (17). Los datos disponibles de ese estudio para la ciudad de Santiago permiten comparar la situación a lo largo de los últimos 15 años (cuadro 4).

Los datos no son completos para los tres años, 1968, 1977 y 1983. Tampoco son comparables los métodos ni el número de la población; sin embargo, ante esta situación de hecho de la información de salud en los países en desarrollo, un examen de los resultados permite observar que no hay diferencias significativas entre los tres años en los episodios anuales por habitante, y que en todos los

CUADRO 3. Prevalencia y distribución porcentual de enfermedad crónica en Santiago de acuerdo con la información suministrada por la población, 1977 y 1983

Enfermedad	Porcentaje de prevalencia		Distribución porcentual	
	1977	1983	1977	1983
Circulatoria	3,6	4,5	35,9	34,5
Reumática	1,2	1,8	11,8	13,7
Metabólica	1,1	1,7	11,3	12,9
Respiratoria	1,0	1,3	9,8	10,1
Mental	0,8	1,4	8,4	0,8
Otras	2,2	2,2	22,8	18,0
Total	9,8	12,9	100,0	100,0

CUADRO 4. Incidencia de enfermedad y atención médica en la población de Santiago, 1968, 1977 y 1983

Variables	Incidencia			Atención profesional		
	1968	1977	1983	1968	1977	1983
Enfermedad aguda y accidente	—	1,77	1,82	—	0,96	1,24
Enfermedad crónica	—	9,8	12,9	—	—	—
Total de enfermos	4,50	4,12	4,91	2,40	1,71	2,59
Chequeos	—	—	—	(53%) ^a	(42%) ^a	(53%) ^a
Chequeos	0,60	0,87	1,01	0,60	0,87	1,01
Atención médica (morbilidad + chequeo)						
Demanda potencial	5,10	4,99	5,92	—	—	—
Demanda satisfecha	—	—	—	3,00	2,58	3,60
Atención dental	—	—	—	—	1,12	1,24
Atención médica y dental	—	—	—	—	3,70	4,84

^a Porcentaje de enfermos que fueron atendidos.

Fuente: Referencias 17, 23 y 27.

años fue atendida la mitad de la población que percibía que lo necesitaba. También se observa que aumentó de manera absoluta y relativa el número de chequeos (en la acepción aceptada por la Real Academia Española de “reconocimiento médico general a que se somete una persona”); si a la morbilidad percibida por la población se le agrega la atención de personas sanas que consultan por chequeo, la demanda potencial total de consulta asciende a valores de 4,99 a 5,92.

De acuerdo con lo manifestado por la población (cuadro 5), algo

más de la mitad de los enfermos recibe atención médica curativa, la que se realiza en un 20% de los casos en servicios de urgencia y en el 80% restante en consultorios públicos o privados; aproximadamente un quinto usa medicamentos ya sea consultando en las farmacias o medicándose por indicación profesional previa; uno de cada 4 a 6 pacientes no fue atendido. Las razones para no haber recibido atención están registradas en las en-

CUADRO 5. Tipos de atención de las necesidades de salud de los enfermos en Santiago, 1977 y 1983

Tipo de atención	Distribución porcentual	
	1977 (No. de casos: 432)	1983 (No. de casos: 714)
Con atención médica	51,6	60,8
Solo con farmacia	22,5	21,6
(Usa medicamentos)	(16,0)	(21,4)
(Consulta en la farmacia) ^a	(6,5)	(0,2)
Sin atención	25,9	17,6

^a Visita a la farmacia privada para comprar algún medicamento para las molestias o síntomas presentes.

Fuente: Referencias 23 y 27.

cuestas de 1968 y 1983; en 1977 solo se consignaron las razones en el caso de las enfermedades agudas. En 1968, las consultas no efectuadas (las enfermedades percibidas que no llegaron a consulta) alcanzaron a 2,1 por persona-año; en un 55% de ellas ello se debió a la rápida evolución de la enfermedad, la condición satisfactoria de enfermos crónicos estables o a razones personales (falta de tiempo de las dueñas de casa por sus quehaceres domésticos, miedo, etc.); en el 45% restante se adujeron razones de incapacidad económica, rechazos, o demoras en la atención. En 1983, la frecuencia de consultas no efectuadas alcanzó a 2,3 por habitante explicándose un 62% de los casos por razones propias de la enfermedad o de las personas y un 38% a defectos del sistema de atención.

Las encuestas revelan que la mayor parte de la atención de salud de los habitantes de Santiago se presta en los establecimientos del Ministerio de Salud, mientras proporciones menores y comparables se reparten en otras instituciones públicas que sirven a entidades oficiales (ferrocarriles, fuerzas armadas, universidades, minería del cobre, etc.); en el sistema de atención de empleados, basado en una cotización personal de 6% de los salarios, y en la atención estrictamente privada. Las encuestas han revelado que

la información suministrada por la población es coincidente con los datos oficiales de las instituciones públicas de salud en cuanto a número de consultas; por otra parte, han permitido conocer el volumen aproximado de la consulta privada, de la cual no hay datos precisos (cuadro 6).

En la encuesta de 1983, la población fue consultada con respecto a la calidad de la atención profesional recibida; se recogieron 390 opiniones. La atención fue juzgada como muy buena en el 24% de los casos (15% en el sector público y 48% en el privado), como buena en 62% (66% y 52% en cada sector, respectivamente), como regular en 10% (14% del sector público y 0% en el privado) y como deficiente en un 4% de los casos (5% del sector público y 0% del privado). Las opiniones de las personas respecto a la baja calidad de la atención recibida derivan especialmente de la insatisfacción por los tiempos de espera y el rechazo en la solicitud de atención; solo excepcionalmente se registraron quejas respecto a la relación médico-paciente, los procedimientos diagnósticos o el resultado terapéutico.

CUADRO 6. Distribución de los casos por sistemas de atención de la población de Santiago, 1968, 1977 y 1983

Sistemas	Distribución porcentual		
	1968	1977	1983
Ministerio de Salud ^a	52,0	57,7	58,1
Otras instituciones públicas	15,0	11,5	13,4
Sistemas de atención de empleados ^b	3,0	12,2	11,7
Atención privada	30,0	18,6	16,8
Total	100,0	100,0	100,0

^a Servicio Nacional de Salud y, desde 1981, Sistema Nacional de Servicios de Salud.

^b Servicio Médico Nacional de Empleados y, desde 1981, Fondo Nacional de Salud.

Fuente: Referencias 17, 23 y 27.

Las personas encuestadas informaron sobre los gastos directos que tuvieron por problemas de salud durante la quincena de estudio (cuadro 7); se apreció que casi la mitad de estos gastos correspondían a servicios dentales, un cuarto a farmacia y el cuarto restante a cuentas médicas y hospitalarias. La estimación anual ha sido hecha multiplicando por 24,33 los valores observados durante la quincena de estudio. Para una mejor interpretación de estos hallazgos convendría destacar que los valores presentados corresponden a desembolsos directos de las familias. Como ya se dijo, la mayor parte de la atención médica chilena se financia con contribuciones estatales al Sistema Nacional de Servicios de Salud y con los aportes de 6% de sus salarios de todos los trabajadores chilenos; los sistemas, sin embargo, no dan servicio completo, por eso hay gastos directos de la población. La encuesta revela que el sistema nacional no cubre adecuadamente las necesidades de atención dental; aproximadamente dos tercios de la atención se realiza en consultorios dentales privados. El aumento del gasto dental depende mayoritariamente de un aumento en el valor de las tarifas más que de un incremento en el número de atenciones.

De los enfermos agudos o accidentados, un 35% (60/171) no realizó gastos personales con ocasión de la enfermedad o accidente en la quincena en estudio mientras que un 26,9% debió pagar su consulta y un 54,3% debió adquirir medicamentos. El promedio de gastos para aquellos que incurrieron en desembolsos fue de \$US 13,00 en consulta y otros \$US 13,00 en farmacia. Valores similares se observaron en enfermos crónicos entre los cuales un 39% no tuvieron gastos. La mayor parte de los cheques fueron gratuitos. Conviene señalar que la población atendida en los establecimientos del Ministerio de Salud (Sistema Nacional de Servicios de Salud) debió realizar algunos gastos en una proporción del orden de un tercio de los enfermos, pero en una cantidad equivalente a la cuarta parte del gasto promedio de la población total.

CUADRO 7. Gastos anuales directos en salud realizados por la población (en dólares de EUA)

Rubro de gastos	1977		1983	
	Monto (\$US)	%	Monto (\$US)	%
Dentista	24,9	42,3	62,9	47,5
Farmacia	18,7	31,9	34,7	26,2
Médicos y hospital	15,1	25,8	34,9 ^a	26,3
Total	58,7	100,0	132,5	100,0

^a Los honorarios médicos corresponden a \$US 14,50 y los gastos de hospital a \$US 20,40.

Fuente: Referencias 23 y 27.

COMENTARIO

Las encuestas de población de salud son un método que proporciona información respecto a áreas habitualmente poco conocidas en el proceso de la producción de una determinada enfermedad y de la atención médica. En efecto, en este proceso ocurren sucesivas etapas que pueden esquematizarse en: 1) aparición de la enfermedad, 2) percepción física, 3) interpretación cultural, 4) decisión de consultar o no consultar, 5) solicitud o demanda de consulta, 6) obtención de consultas profesionales, 7) posible hospitalización, 8) posible pero poco frecuente fallecimiento.

El conocimiento de la situación de salud de una comunidad se basa generalmente en información de las tres últimas etapas que representan solo una fracción de la morbilidad total. Para el conocimiento real de la enfermedad, seguramente el procedimiento más adecuado es el examen médico de la población; sin embargo, esto resulta impracticable por razones de costos financieros y de disponibilidad de médicos para realizarlos, excepto en muestras de población o para detectar problemas específicos (citología de cuello uterino, estado nutricional, caries dentarias, diabetes, etc.).

Las encuestas de población, como se advierte en las experiencias de Santiago, representan un sistema de costo intermedio y proveen información útil sobre cuatro aspectos: la enfermedad percibida por la población; la decisión de consultar o no consultar; las razones de la decisión y el resultado final del proceso desde el punto de vista del usuario.

El método ilustra sobre las características de la atención primaria en una comunidad, cuya prioridad e importancia para obtener resultados queda de manifiesto en las experiencias de otros países (11). Por otra parte, este tipo de estudios permite la comparación de subgrupos definidos de acuerdo con alguna variable independiente, la detección de asociación entre diversos factores y la frecuencia de enfermedad o de atención profesional. Esto último resulta particularmente importante por el extendido fenómeno de incremento progresivo de la demanda de atención médica que hace cada vez más necesario identificar con precisión los factores o características que influyen sobre ella.

Como en todo proceso de búsqueda de pruebas e indicios basado en la información proporcionada por personas en entrevistas, como son la historia clínica o los sondeos de opinión, los resultados dependen de la veracidad de la información suministrada, la que, a su vez, deriva de la percepción, conocimiento y recuerdo de los problemas por parte del entrevistado, del deseo de dar la información correspondiente y de las variaciones que pueden introducirse de acuerdo con el método empleado en las entrevistas.

El conocimiento de la enfermedad por parte de la población es variable. En la población de Santiago, las madres demuestran tener una buena percepción (87,5%) de las enfermedades que más frecuentemente producen la muerte del menor de un año, y reconocen los riesgos de la práctica del aborto o de las complicaciones del parto (21) y una elevada proporción de madres advirtieron síntomas variados en ellas mismas (45%) o en los hijos menores de cinco años (65%) (20).

Conviene considerar en la realización de encuestas algunos proble-

mas operativos que derivan de la definición de enfermedad que suele tener la gente y que obligan a un lenguaje preciso en el cuestionario de encuesta. En general, en la población chilena, la definición de enfermedad equivale a la necesidad de guardar reposo en cama (23). En este tipo de estudios aparecen igualmente subenumerados aquellos problemas médicos que la población no visualiza como tales, apreciándose, por ejemplo, prevalencias de desnutrición o de adicción alcohólica inferiores a las esperadas, de acuerdo con estudios de búsqueda intencionada de dichos problemas.

En la práctica de encuestas de salud los resultados están igualmente vinculados a la frecuencia con que se realizan y al período del cual se solicita información. Cuando existen importantes variaciones estacionales de la enfermedad o de la demanda de atención se requiere explorar con igual técnica diversos momentos del año con el consiguiente costo mayor de las repeticiones en comparación con la práctica de un solo estudio, el que necesariamente debe realizarse en un momento del año no afectado por las variaciones mensuales. No es indiferente tampoco el período de tiempo sobre el que se solicita información. Si se realiza un estudio de lo ocurrido en las 24 horas precedentes (29), se requiere encuestar grandes grupos de población y disponer de muchos encuestadores para lograr pruebas que permitan tratamiento estadístico. En la experiencia de los autores (23-27) existe en la población un recuerdo claro de hechos importantes como la muerte o la hospitalización ocurrida en los últimos 12 meses; pero, para identificar enfermedades frecuentes y ver el manejo de cada episodio, el período que

se consideró más conveniente es el de estudio de las dos semanas precedentes al momento de la encuesta, pues los hechos se recuerdan más que los del último semestre (30).

La situación de salud de una comunidad se suele juzgar utilizando informaciones de diverso origen. Cuando el riesgo de muerte es muy elevado, las estadísticas vitales y en particular los datos de mortalidad ilustran claramente con respecto a la situación. El conocimiento de la morbilidad suele ser incompleto, tanto por defectos en la notificación de enfermedades, como por el hecho frecuente de que solo una proporción de la patología llega al sistema de salud y se registra su consulta. Las encuestas de morbilidad y atención médica constituyen un sistema complementario de información que ilustra con razonable precisión sobre importantes facetas de la situación de salud que solo son posibles de conocer investigándolas intencionadamente en la población.

RESUMEN

Se comunica el resultado de los estudios realizados por los autores en 1977 y 1983 sobre morbilidad y atención de salud en la ciudad de Santiago, obtenidos por encuestas de salud en muestras al azar de grupos familiares. A través de esta técnica se conoció el total de la morbilidad aguda y crónica percibida por la población, la distribución de atención médica recibida, el tipo de atención recibida, los costos de atención y el nivel de calidad atribuido por las personas a los servicios prestados.

Se discuten igualmente las limitaciones del procedimiento derivadas de la complejidad metodológica y de la veracidad de la información suministrada por la población. Los resultados depen-

den igualmente de la frecuencia con que se practican las encuestas y del lapso en que se produjeron los hechos declarados en las entrevistas. □

REFERENCIAS

- 1 Medina, E. La certificación de defunción como antecedente para la política de salud. *Cuad Rect Univ Chil* 13:46-49, 1981.
- 2 Medina, E. *La mortalidad como índice de desarrollo social*. Santiago, Colección Estudios Públicos 16, 1984, p. 107.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington, DC, 1982. Publicación Científica 427.
- 4 Medina, E. Evolución de la salud pública en Chile en los últimos 25 años. *Rev Med Chil* 105:739-745, 1977.
- 5 Jaramillo Antillón, J. Los problemas de la salud en Costa Rica. San José, Litográfica Amboy, 1984.
- 6 Kaempffer R., A. M. y Medina, E. La salud infantil en Chile durante la década del setenta. *Rev Chil Pediatr* 53(5):468-480, 1982.
- 7 Medina, E. y Kaempffer R., A. M. Progresos en salud. Análisis de la situación en Chile. *Bol Of Sanit Panam* 95(1):21-34, 1983.
- 8 Medina, E. y Cruz Coke, R. Chilean medicine under social revolution. *N Engl J Med* 295(5):193-197, 1976.
- 9 Medina, E. El uso de encuestas en la medición del nivel de salud. *Cuad Med Soc* 19(2):5, 1978.
- 10 Medina, E. El nivel primario de atención de salud. *Rev Med Chil* 106(6):478-484, 1978.
- 11 EUA. Departamento de Salud, Educación y Servicios Sociales. Health interview responses compared with medical records. Washington, DC, 1965. Public Health Service Series 2, 7.
- 12 EUA. Departamento de Salud, Educación y Servicios Sociales. Health survey procedures. Washington, DC, 1964. Public Health Service Series 2.
- 13 EUA. Departamento de Salud, Educación y Servicios Sociales. Concepts and definitions in the health household interview survey. Washington, DC, 1965. Public Health Service Series 584-A3.
- 14 Colombia. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. *Estudio Nacional de Salud: Población y Morbilidad General*. Vol. 1: Morbilidad Sentida, 1977-1980. Bogotá, 1983.
- 15 Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Estudio del sistema de servicios de salud. Encuesta familiar de salud del PNUD. Montevideo, 1984. Proyecto URU 82-001.
- 16 White, K. L. Asignación de recursos: equilibrio entre necesidades, recursos y uso. In: W. W. Holland, ed. *Mediciones de los niveles de salud*. Barcelona, Salvat, 1982.
- 17 Chile. Ministerio de Salud. Recursos humanos en salud: un modelo de análisis. Santiago, Imprenta de los Talleres del Servicio Nacional de Salud, 1970.
- 18 Sepúlveda, O. *Algunos problemas de salud en el área metropolitana del Gran Santiago*. Informe del I Seminario de Formación Profesional Médica. Santiago, Editorial Universitaria, 1960.
- 19 Chang, N., Carrasco, E. y Rico, J. *Características sociodemográficas y de salud de la población de 25 áreas PESMIB: encuesta de hogares 1974*. Programa de Extensión de Servicios Maternoinfantiles y Bienestar Social (PEMIB), Santiago, 1976.
- 20 Notari, M., Mardini, M. y Acuña, C. *Morbilidad percibida y uso de servicios maternoinfantiles en 25 áreas del PESMIB, 1974*. Santiago, PEMIB, 1976.
- 21 Celis, V., Aldea, A. y Leiva, M. *Conocimiento, actitud y práctica en relación con el embarazo, parto y puerperio y cuidados del niño*. Santiago, PEMIB, 1976.
- 22 Pereda, C. Under- and overdemand and the use of personal health services: the problem of different accessibility. *Ethics Sci Med* 3(2): 107-128, 1976.

- 23 Medina, E. y Kaempffer R., A. M. Morbilidad y atención médica en el Gran Santiago. *Rev Med Chil* 107(2):155-168, 1979.
- 24 Medina, E. y Kaempffer R., A. M. Características de la atención de salud en el Gran Santiago. *Rev Med Chil* 108(2):937-944, 1980.
- 25 Kaempffer R., A. M. y Medina, E. Morbilidad y atención médica infantil en el Gran Santiago. *Rev Chil Pediatr* 51(5):355-369, 1980.
- 26 Medina, E. Características de los problemas de salud y de atención médica en los diversos subsectores de salud en el Gran Santiago, 1983. Documento 20-84. Santiago, Corporación de Promoción Universitaria, 1984.
- 27 Medina, E., Kaempffer R., A. M. y Cumsille, F. Funcionamiento de los sistemas de salud en el Gran Santiago, 1983. *Rev Med Chil* 112 (11):1157-1164, 1984.
- 28 Medina, E., Kaempffer, A. M. y Cumsille, F. La atención de salud en la Región Metropolitana: comparación de las encuestas de 1977 y 1983. *Rev Med Chile* 113:1007-1004, 1985.
- 29 Santana, A. y Medina, E. Encuesta de morbilidad en el distrito 32 de Santiago. Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública, 1960. Tesis de doctorado.
- 30 Jiménez, J. Gasto en salud y atención médica en cuatro regiones de Chile. 1983. Documento 21-84. Santiago, Corporación de Promoción Universitaria, 1984.

SUMMARY

SURVEYS OF MORBIDITY AND MEDICAL CARE AS A METHOD OF ANALYZING HEALTH STATUS

The paper reports the results of studies done by the authors in 1977 and 1983 on morbidity and health care in the city of Santiago, obtained in health surveys of the population done on random samples of families. This technique yielded the total acute and chronic morbidity perceived by the pop-

ulation, the distribution of the medical care received, the type and costs of the care received, and its quality as evaluated by the recipients.

Also discussed are the limitations of the procedure owing to its methodological complexity and its dependence on the veracity of the respondents. The results also depend on the frequency of the surveys and on the time elapsed before the events reported in interviews took place.