

COMPARACIÓN DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN UNA ENCUESTA DE SALUD POR ENTREVISTA CON LOS REGISTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Silvia de Sanjosé Llongueras* / Josep M. Antó Boqué** / Jordi Alonso Caballero**

* International Agency for Research on Cancer, Lyon. ** Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Ajuntament de Barcelona.

Resumen

Para estimar el nivel de infradeclaración de las visitas médicas en las encuestas de salud por entrevista y comparar los trastornos crónicos declarados con los registrados en la historia clínica médica, se entrevistó a 203 personas que habían sido visitadas por su médico en un Centro de Atención Primaria, en el período de las 2 semanas posteriores a dicha visita.

La infradeclaración a la pregunta de «visita médica» fue del 15,3% (31 personas respondieron negativamente). No se encontraron diferencias en el nivel de infradeclaración según la edad, el sexo, el nivel educativo o el estatus socioeconómico. Al comparar la declaración de padecer trastornos crónicos específicos con la información de la historia clínica, se observó una máxima concordancia para la hipertensión arterial (concordancia global = 91,6% y un índice *kappa* de 0,71), concordancia que fue mínima para «el dolor de espalda crónico» (77,8% y 0,14, respectivamente).

El nivel de infradeclaración de la utilización médica es moderado y no cuestiona el uso de dicha pregunta en el análisis de las diferencias sociales del acceso sanitario. Los resultados sugieren, sin embargo, que la estimación de la prevalencia de trastornos crónicos específicos a partir de los datos de las encuestas de salud por entrevista debe ser realizado con mucha precaución.

Palabras clave: Encuestas de salud. Cuestionarios. Validez. Falsos negativos. Trastornos crónicos. Visita médica. Salud percibida.

COMPARISON OF THE INFORMATION OBTAINED IN A HEALTH INTERVIEW SURVEY WITH PRIMARY CARE MEDICAL RECORDS

Summary

To estimate the levels of under reporting of medical visits and to compare the reporting of chronic restrictive diseases, 203 individuals who had been visited in a Primary Health Center were interviewed in the period of two weeks following the medical visit.

Under reporting of a medical visit was identified in 31 (15,3%) of the users. The level of under reporting was not related with age, sex, education or socioeconomic status.

Reporting of chronic restrictive illness was compared with the information recorded in the user's medical record. The highest global agreement (91,6%) was observed for hypertensive disease (*kappa* index = 0,71), while the lowest agreement was found for chronic back pain (global agreement = 77,8% and *kappa* index = 0,14).

Since underreporting of medical visits was moderate, the results suggest that this question can be used for the analysis of social differences in the access to health services. Nevertheless, estimation of the prevalence of chronic limiting conditions in a health interview survey should be done with great caution.

Key words: Health Survey. Questionnaires. Validity. False negatives. Chronic condition. Medical visit. Perceived health status.

Introducción

Las Encuestas de Salud por Entrevista (ESE) constituyen una fuente valiosa de información de la morbilidad percibida y de la utilización de servicios sanitarios, tanto a nivel es-

tatal como local¹. La utilidad de dicha información está limitada, sin embargo, por el hecho de que su validez es poco conocida. Esta característica ha de tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados de las ESE.

Dada la diversa naturaleza de las pre-

guntas incluidas en las ESE, la evaluación de su validez no es sencilla. Las ESE incluyen información sobre hechos o conductas objetivables (realización o no de una visita médica, de una hospitalización, etc.), información de naturaleza subjetiva (estado de salud autopercebido, padeci-

Correspondencia: Silvia de Sanjosé Llongueras. IARC. 150 Cours Albert Thomas, 69372 LYON. CEDEX 08. FRANCE.
Este artículo fue recibido el 5 de abril de 1991 y fue aceptado, tras revisión, el 26 de julio de 1991.

miento de determinados trastornos crónicos), e información sobre conocimientos específicos, entre otras. Una aproximación a la validez de las preguntas sobre conductas objetivables la ofrece la comparación de la declaración del entrevistado con la información existente en registros disponibles^{2, 3}. Así, diversos estudios que evalúan la validez de algunos ítems sobre la utilización de los servicios sanitarios de las ESE en países anglosajones han señalado una tasa de infradeclaración que oscila entre el 4 y el 37 por ciento⁴⁻⁷. La magnitud de dicha infradeclaración suele variar según el tipo de pregunta evaluada, la edad, y el nivel socioeconómico del entrevistado⁷. Para las preguntas que versan sobre la percepción de la salud, la evaluación de su validez es mucho más compleja. Mientras que se han descrito discordancias moderadas respecto a la autovaloración y la valoración por profesionales⁸, otros estudios muestran que la autovaloración de la salud por el propio entrevistado está más fuertemente asociada a la mortalidad subsiguiente que diversas variables objetivas⁹. En el caso de las preguntas sobre el padecimiento de determinados trastornos crónicos, la única forma de evaluación de su validez parece ser la realización de un examen clínico¹⁰.

Dada la reciente adaptación de las ESE en nuestro país¹¹⁻¹⁴, creemos de interés hacer una evaluación de la validez de algunas de sus preguntas, así como comprobar el grado de divergencia con los resultados encontrados en los países anglosajones. En el presente trabajo se estiman el nivel de infradeclaración de las visitas médicas en el período de dos semanas y el grado de concordancia entre la declaración de los trastornos crónicos y la información de la historia clínica, en un grupo de individuos registrados en un centro de atención primaria de salud.

Material y métodos

El estudio se realizó en un centro de asistencia primaria que contaba con dos médicos de cabecera titulares y seis médicos residentes (Unidad Docente «Plaza España», Barcelona.). Dado el carácter docente del centro, todo paciente dispo-

nía de una historia clínica en la que constaba el motivo, tratamiento y seguimiento del paciente en cada visita, así como un resumen de la historia clínica del paciente, siguiendo el modelo orientado a los problemas¹⁵. Además, el centro contaba con un registro diario de los pacientes visitados.

De dicho registro, se seleccionó una muestra aleatoria de personas que habían sido visitadas por el médico, estratificada proporcionalmente por edad y sexo, según el Padrón de Barcelona actualizado a 1983. El tamaño de la muestra se calculó considerando un porcentaje de visitas médicas producidas y no declaradas (falsos negativos) del 15%, un error alfa del 5%, un error beta del 90%, una precisión del 3,5% y una tasa de no respuestas del 20%.

Se seleccionaron 257 personas de manera prospectiva, a medida que se producía su visita médica, entre mayo y junio de 1984. El mismo día de su selección, se les envió un carta a su domicilio, solicitándoles autorización para la realización de una encuesta de salud domiciliaria, sin mencionar en la carta ninguna relación con el centro sanitario. Las personas seleccionadas que aceptaron participar fueron entrevistadas en su domicilio en un espacio de tiempo en ningún caso superior a los 14 días desde la visita médica al centro sanitario. La entrevista fue realizada a la persona seleccionada, o a los padres o parientes en el caso de que aquella fuera menor de 15 años.

El cuestionario constaba de 19 preguntas, todas ellas con texto idéntico a las correspondientes incluidas en otros estudios^{11, 13}. Trece de las preguntas eran de carácter sociodemográfico, 5 hacían referencia a si el entrevistado había sido visitado por el médico durante las dos semanas anteriores, y una contenía un listado de enfermedades crónicas (diferente según se tratara de menores de 15 años o mayores de esa edad). Las preguntas evaluadas son las que se refieren a la utilización de servicios:

—«En las dos últimas semanas, ¿ha visitado al médico o éste a venido a visitarlo por cualquier motivo (incluya también las consultas telefónicas)?». En caso afirmativo: «¿Cuántas veces?»; y a la prevalencia de trastornos crónicos:

—«¿Padece usted alguno de los siguientes trastornos crónicos?».

Las entrevistas tuvieron una duración media de 10 minutos y eran llevadas a cabo por encuestadores no sanitarios entrenados, que habían participado anteriormente en una ESE¹¹ y que desconocían que el entrevistado había sido visitado por el médico, así como los objetivos del estudio.

La clase socioeconómica se basó en una adaptación de la clasificación del Registrar General Británico, propuesta por Domingo y Marcos¹⁶.

Para la comparación de las frecuencias observadas se utilizó el test estadístico Chi-cuadrado. Para el análisis de la concordancia se utilizó el porcentaje de concordancia global (proporción de positivos y negativos concordantes) y el índice *kappa* de Cohen¹⁷.

Resultados

Del total de personas seleccionadas (257) se entrevistaron 203 (79%). Las no respuestas se debieron a: imposibilidad de localizar a la persona seleccionada (37, el 68%), errores en la información del domicilio (12, el 27%) y rechazo a la entrevista en 3 casos (5%). En relación con la ESE de Barcelona de 1983¹¹, la muestra entrevistada no presentó diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo ($p=0,48$), edad ($p=0,07$), o nivel educacional ($p=0,08$). Sin embargo, el nivel socioeconómico resultó más bajo en la muestra del presente estudio, siendo la proporción de personas de las clases IV-V del 67,5% (frente al 53,7% en la ESE ($p<0,001$)).

La visita médica en las dos semanas anteriores a la entrevista fue declarada por sólo 172 entrevistados (84,7%), lo que supone una infradeclaración de la visita médica del 15,3%. La infradeclaración fue más frecuente en los adultos de 15 a 59 años, en los hombres y en las personas con niveles educativos y sociales más elevados, aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($p>0,05$) (tabla 1). De las 31 personas que no declararon la visita médica que en realidad sí habían efectuado, 12 (39%) habían sido citados por el médico de cabecera o habían realizado más de una visita en

Tabla 1. Nivel de infradeclaración de la visita médica durante las 2 semanas anteriores a la entrevista (falsos positivos), según diversas variables sociodemográficas

	Total		Infradeclaran		p
Edad:					
≤ 14 años	30	(14,7%)	5	(16,6%)	0,33
15-59 años	131	(64,5%)	22	(16,8%)	
≥ 60 años	42	(20,7%)	3	(7,1%)	
Sexo:					
Hombres	87	(42,9%)	16	(18,3%)	0,28
Mujeres	116	(57,1%)	14	(12,1%)	
Nivel de estudios:					
Bachillerato superior o más	68	(33,5%)	12	(17,6%)	0,75
Resto	135	(66,5%)	20	(14,8%)	
Nivel socioprofesional:					
Alto	61	(30,0%)	11	(18,1%)	0,58
Bajo	137	(67,5%)	19	(13,9%)	
no consta	5	(2,5%)	—		
TOTAL	203	(100%)	31	(15,3%)	

ese período. A las personas que sí declararon haber realizado alguna visita médica se les interrogó sobre la fecha de la misma. De este grupo, 121 habían sido visitados una sola vez. De éstos, 42 (37,5%) contestaron una fecha diferente a la registrada en la historia clínica, siendo las personas de mayor edad las que mostraron una mayor tendencia a equivocarse.

Declararon padecer al menos un trastorno crónico 173 personas. El número de trastornos declarados fue, en promedio, de 2,5 trastornos por persona, siendo mayor en las personas de más de 60 años, en las mujeres y en las personas de niveles educativos y socioeconómicos más bajos. Al evaluar el nivel de concordancia entre los trastornos crónicos declara-

dos por el entrevistado y aquellos que figuraban en su historia clínica, la máxima concordancia correspondió a la hipertensión, con una concordancia global del 91,6% y un índice kappa de 0,71 (tabla 2). La menor concordancia resultó para los «dolores de espalda crónicos» (concordancia global = 77,8% e índice kappa = 0,14).

Si se analiza el total de los trastornos crónicos identificados en el estudio (por declaración del entrevistado y/o por hallarse en su registro clínico), se observa que el 60% fue declarado sólo por el entrevistado sin estar registrados, el 32% era declarado y constaban en la historia clínica y el 6% fue obtenido sólo de la misma. Del total de 44 personas que de-

Tabla 2. Concordancia entre los trastornos crónicos declarados en la entrevista domiciliaria y la historia clínica de Atención Primaria (N = 203)

Trastorno	Entrevista	Historia clínica	Concordancia Global	Índice Kappa
Hipertensión	17,2%	17,7%	91,6%	0,71
Trastornos cardíacos	9,8%	5,4%	95,6%	0,69
Trastornos nerviosos	14,3%	6,9%	90,6%	0,51
Bronquitis	12,8%	6,9%	91,1%	0,50
Artrosis	38,4%	14,8%	72,4%	0,34
Alergias	17,7%	7,9%	86,0%	0,39
Trastornos circulatorios	23,6%	3,9%	79,3%	0,19
Dolores de espalda	24,1%	3,0%	77,8%	0,14

claraban o tenían registrado el diagnóstico de hipertensión, en 27 casos (61%) coincidían la declaración y el registro, mientras que en el total de dolores de espalda (50), sólo coincidían en 5 casos (10%) (figura 1).

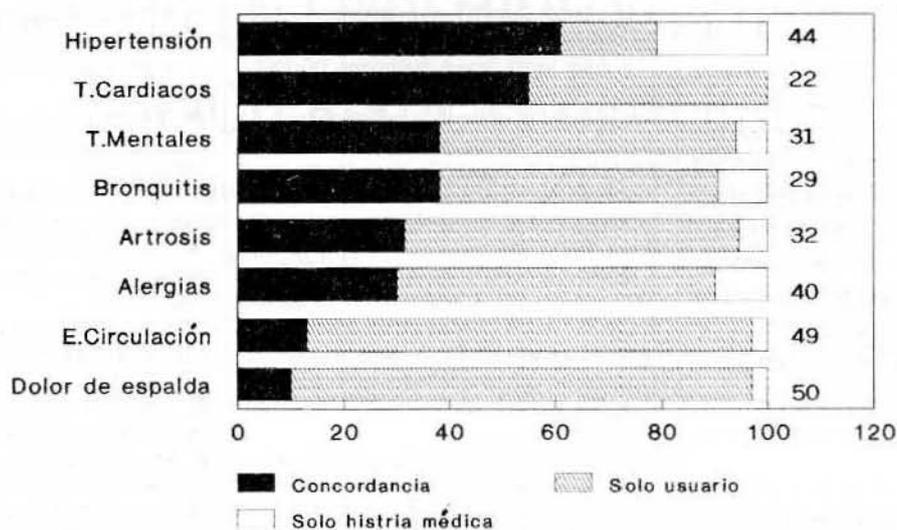
Discusión

El presente estudio muestra que si se estima la frecuentación médica a través de las ESE, el número de personas que han sido visitadas durante las dos semanas anteriores a la entrevista se infravalora en un 15,3%. Dado el diseño del estudio, no se ha podido determinar la proporción de personas que declaran una visita médica que no se realizó en realidad o que la realizó fuera del período recordatorio (falsos positivos). El efecto de este grupo contrarrestaría el causado por la infradeclaración de los falsos negativos a la hora de estimar la frecuencia de visitas médicas. El nivel de infradeclaración observado en nuestro estudio es mayor que el 7% encontrado por Rothman et al. al estudiar visitas privadas pediátricas con idéntico período recordatorio⁶, y similar al de estudios realizados sobre la infradeclaración de la utilización hospitalaria, cuyos valores son de alrededor del 10% en el estudio de Cannell et al., usando un período recordatorio de 6 meses^{4, 18}.

Aunque la infradeclaración de la visita médica fue más frecuente en las personas con un nivel de estudios superior y con mayor nivel socioeconómico, las diferencias no resultaron estadísticamente significativas. Diversos autores han señalado una relación entre la infradeclaración de la utilización de servicios sanitarios con el nivel sociodemográfico⁶ y también con el nivel cultural y el grupo étnico, pero con resultados contradictorios. Mientras que el nivel de infradeclaración de la hospitalización era más alto en los grupos sociales con menos educación o ingresos en el estudio de Cannell et al.⁴, no se daba esa tendencia en el de Shapiro et al.⁵.

La falta de poder estadístico de nuestro estudio no ha permitido un análisis preciso de los factores determinantes de la infradeclaración. Entre ellos, deben mencionarse dos factores que han sido señalados como influyentes sobre la misma:

Figura 1. Distribución de la totalidad de los trastornos crónicos según la fuente de información utilizada.



N = número total de trastornos identificados (declarados y/o registrados).

el principio de la relevancia o grado de interrupción de la vida del individuo que causa el problema de salud que origina la visita médica —elemento determinante de la declaración de utilización de servicios y de la declaración de morbilidad—¹⁹, y el número de visitas realizadas durante el período recordatorio⁶.

El nivel de infradeclaración de las visitas médicas tiene importancia cuando se utilizan los datos de las ESE en el análisis de la accesibilidad al sistema sanitario. Si existe relación entre la clase social y la infradeclaración, el análisis de la equidad social en el acceso sanitario puede resultar sesgado cuando se utilizan las razones de «uso-necesidad»^{20, 21} (en las que el promedio de visitas médicas de un grupo social en un período determinado se divide por el promedio de días de discapacidad de ese grupo durante el mismo período). Los resultados del presente estudio apuntan, por el contrario, a la validez de este indicador en dicho análisis, ya que, aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas, la infradeclaración fue mayor en las clases superiores. En todo caso, las diferencias sociales encontradas en estudios anteriores²¹ representan probablemente una infraestimación de las diferencias reales.

Sin embargo, en aquellos estudios que

analizan los factores asociados a la utilización o no de los servicios sanitarios, al efecto de mala clasificación por infradeclaración, identificado en el presente estudio, se le añade el efecto provocado por la sobredeclaración. El diseño del estudio no permite estimar este efecto.

El análisis de la concordancia entre los trastornos crónicos declarados y los registrados en su historia clínica indica una notable diferencia en la percepción de la morbilidad entre los usuarios y los médicos. Aunque la concordancia es buena para algunos problemas (hipertensión y trastornos cardíacos, —índice de *kappa* superior a 0,6—), para otros es muy baja (menor de 0,2). En nuestro estudio no se ha realizado un examen médico específico, por lo que la evaluación de la concordancia entre ambas fuentes de información no aporta una estimación de la validez de la información obtenida en las encuestas de salud por entrevista. Sin embargo, las diferencias halladas merecen ser comentadas.

La discordancia entre la morbilidad percibida y la registrada en los servicios sanitarios puede obedecer a diversos factores. En primer lugar, el médico puede no conocer algo que realmente le ocurre al paciente, porque éste no le expone durante el transcurso de la entrevista médica^{22, 23}. A su vez, el médico puede

considerar que una patología referida por el paciente no es relevante, no haciéndola constar en la historia clínica²⁴. Por último, algunos problemas de salud pueden estar registrados en la historia clínica, pero sin estar identificados como diagnósticos. Por otra parte, la capacidad de reconocer el padecimiento de determinados trastornos crónicos durante una encuesta de salud por entrevista depende de factores de difícil medición^{19, 22}. La identificación del trastorno debe basarse en un lenguaje que el entrevistado pueda reconocer fácilmente. La aceptación de la enfermedad puede estar a su vez condicionada por tabús o prejuicios socioculturales, por los que el entrevistado puede negar que padece una determinada enfermedad. Finalmente, también la comunicación que el paciente establece con el médico puede ser muy importante para facilitar el reconocimiento de un trastorno²⁵.

Por todo ello, la comparación entre los trastornos declarados y los registrados no puede ser considerada una evaluación de la validez de la pregunta incluida en la entrevista, sino que sugiere que ambas fuentes de información son complementarias. Por ello, consideramos que la pregunta sobre padecimientos crónicos evaluada en este estudio no es adecuada para estimar la prevalencia real de enfermedades crónicas.

La prevalencia de trastornos crónicos obtenida a través de una encuesta de salud por entrevista general debe ser interpretados con gran precaución, tal como indica Kroeger¹⁹. Esta precaución ha de ser máxima cuando se utiliza la información de las ESE, cuyos objetivos son básicamente descriptivos de la necesidad y la utilización de los servicios sanitarios, para la identificación y cuantificación de factores de riesgo de determinadas enfermedades²⁶. La alta probabilidad de error de clasificación desaconseja este tipo de análisis de la información proveniente de las encuestas de salud.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración del Centro de Asistencia Primaria de la Plaza de España en el estudio y al doctor J. A. Tous sus comentarios a una versión preliminar del artículo.

Bibliografía

1. White KL. Health surveys: who, why and what? *Wld Health Stat Quart* 1985; 38: 2-14.
2. Cartwright A. Memory errors in morbidity surveys. *Milbank Mem Fund Quart* 1963; 41: 5-24.
3. Enterline P. A Validation of information provided by household respondents in health surveys. *Am J Public Health* 1959; 40: 205-212.
4. U. S. National Health Survey. *Comparison of hospitalization reporting three survey procedures*. Series D, n.º 8, Public Health Service. Washington, DC, 1963.
5. U. S. National Health Survey. *Health interview responses compared with medical records*. Series D, n.º 5, Public Health Service. Washington, DC, 1961.
6. Rothman K J, Haggerty R J. Measuring the use of health services by household interviews: a comparison by procedures in three child health surveys. *Int J Epidemiol* 1974; 3: 71-81.
7. Mechanic D, Newton M. Some problems in the analysis of morbidity data. *J Chron Dis* 1965; 18: 569-580.
8. Linn BS, Linn MW. Objective and self-assessed health in the old and very old. *Soc Sci Med*; 14: 344-315.
9. Mossey JA, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982; 72: 800-808.
10. Ford ES, Harel Y, Heath G, Cooper RS, Caspersen C J. Test characteristics of self-reported hypertension among Hispanic population: findings from the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 159-166.
11. Antó JM, Company A, Domingo A. *Encuesta de salud de Barcelona*. Barcelona: Area de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona, 1985.
12. Departamento de Sanidad y Consumo. *Encuesta de salud de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1987.
13. Alonso J, Antó JM. *Enquesta de salut de Barcelona 1986*. Barcelona: Area de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona, 1989.
14. Subdirección de planes de salud. *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
15. Anónimo. *Manual d'instruccions de la H.C.A.P. Història clínica per a l'Assistència Primària*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1984.
16. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la «clase social» basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1983; 3: 320-326.
17. Fleiss J L. *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley and Sons 1981; 212-225.
18. Lilienfeld AM, Lilienfeld DE. *Fundamentos de epidemiología*. México: Fondo Educativo Interamericano 1983; 130-135.
19. Kroeger A. Health interview surveys in developing countries: a review of methods and results. *Int J Epidemiol* 1983; 12: 465-481.
20. Andersen R. Health status indices and access to medical care. *Am J Public Health* 1978; 68: 458-463.
21. Alonso J, Antó JM. Desigualtats de salut a Barcelona. *Gac Sanit* 1988; 2: 4-12.
22. Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med* 1981; 94: 492-498.
23. Beckmann HB, Frankel RM. The effects of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692-696.
24. Freidin R, Goldman L, Cecil R. Patient-physician concordance in problem identification in primary care settings. *Ann Intern Med* 1980.
25. Barsky AJ. Patients who amplify bodily sensations. *Ann Intern Med* 1979; 91: 63-70.
26. La Vecchia C, Pagano R, Negri E, Decarli A. Smoking and prevalence of disease in the 1983 Italian National Health Survey. *Int J Epidemiol* 1988; 17: 50-55.

Premio de la Sociedad Española de Epidemiología al mejor trabajo de investigación original publicado en *Gaceta Sanitaria* en el año 1990

La Junta Directiva de la Sociedad Española de Epidemiología acordó por unanimidad en su reunión de 29 de octubre de 1991 conceder el premio de la SEE al mejor artículo publicado en *Gaceta Sanitaria* durante el año 1990 al trabajo titulado «Admisiones a tratamiento por consumos de opiáceos y cocaína en España». El artículo, del que son autores el Grupo de Trabajo del SEIT, fue publicado en el número 4 de 1990 de *Gaceta Sanitaria*. La Junta Directiva de la SEE emitió su fallo de acuerdo a los siguientes criterios:

1. El artículo premiado recibió la máxima puntuación media en los aspectos de calidad y relevancia entre todos los artículos publicados en 1990 en *Gaceta Sanitaria*. La puntuación fue realizada de forma independiente por todos y cada uno de los miembros de una comisión evaluadora convocado para tal fin por la Junta Directiva y constituida por Rafael Bueno, Alfonso Contreras, Santiago Esnaola, Alfonso Hernández, Gonzalo López Abente, Vicente Ortún y Jordi Sunyer.

2. El artículo reúne de forma sobresaliente los criterios de originalidad, relevancia y calidad, así como el de esfuerzo de colaboración entre varios autores, a juicio de la Junta Directiva de la SEE.

Con motivo de este fallo, la Junta Directiva de la SEE agradece el esfuerzo y el excelente trabajo de la comisión evaluadora, felicita a los premiados con este galardón y anima a todos los socios de la SEE a seguir remitiendo lo mejor de su producción científica a esta revista.