

~~364.444.046.2 (464.1) "1987"~~

~~DIA~~

(043.1)

~~uti~~
~~T~~

1/
143

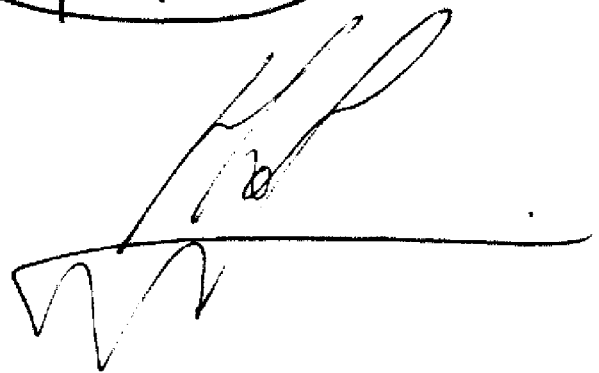
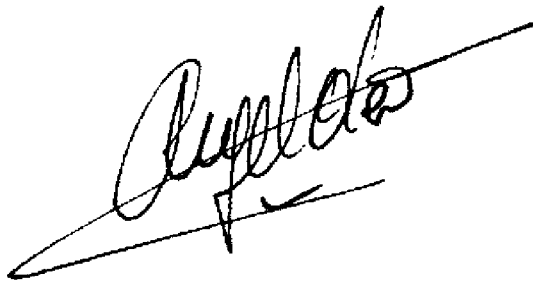
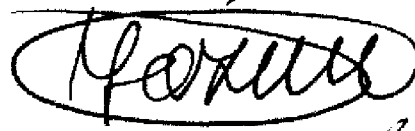
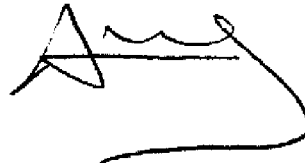
**LA UTILIZACION DE SERVICIOS
EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD
Y SUS FACTORES DETERMINANTES**

JOSE MANUEL DIAZ OLALLA

1991

Reunido el Tribunal que suscribe en el día de la
fecha, acordó calificar la presente Tesis Doctoral
con la censura de Arts cum laude per humanitatem.

Madrid, 6-14-90-1991





UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA

D. JUAN DEL REY CALERO, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA DE LA FACULTAD DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID

CERTIFICA:

Que la tesis Doctoral de D. JOSE MANUEL DIAZ OLALLA se ha
realizado en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Publica,
bajo mi dirección.

Y para que así conste, expido el presente en Madrid, a veintiocho de
Febrero de mil novecientos noventa y uno.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

**LA UTILIZACION DE SERVICIOS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD
*
Y SUS FACTORES DETERMINANTES.**

(Comunidad Autónoma de Madrid. 1987)

Tesis Doctoral dirigida por el Profesor
Dr.D. Juan del Rey Calero y presentada
para adquirir el grado de Doctor en Medicina
por José Manuel Díaz Olalla.

Madrid, Marzo de 1991.

"Llegado es el momento de dejar de planificar, en Salud, para el crecimiento indefinido, y comenzar a hacerlo para la redistribución y la igualdad."

(Tomado del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid. Tomo I.)

A mis padres.

A María Jesús.

A Garbiñe, por supuesto.

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. Dr. D. Juan del Rey Calero, por su gentileza y sus consejos en la dirección del presente trabajo.

A los Doctores D. Octavio Avalos Triana y D. Luis Carlos Silva Ayçaguer, profesores y amigos, por su dedicación y su interés. A pesar de la distancia.

A todos cuantos intervinieron en alguna de las fases de la Encuesta de Morbilidad y Demanda Atendida, planificadores y encuestadores, por su esfuerzo.

A todos mis compañeros por las horas que han soportado a mi lado mientras todo ésto se iba fraguando, y a todos los que con su estímulo han sido partícipes de que este trabajo llegara a su fin.

A todos los que están seguros de que ésto tiene que mejorar. Porque se lo merecen.

INDICE

<u>1.- INTRODUCCION</u>	4
1.1.- La morbilidad y la utilización de servicios en atención primaria de salud. Situación conceptual.....	4
1.2.- La reforma sanitaria en España y en la Comunidad Autónoma de Madrid. Situación en 1987.....	9
1.2.1.- Bases jurídicas y situación de la reforma de la atención primaria de salud.....	9
1.2.1.1.- Características generales de la regionalización del Servicio Nacional de Salud previstas en la actual Ley General de Sanidad.....	14
1.2.1.2.- Zonificación sociosanitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid. Características generales de las Areas, Distritos y Zonas Básicas de Salud de la CAM.....	17
1.2.1.3.- Características generales de las áreas 6 y 9 de la CAM.....	21
<u>2.- OBJETIVOS</u>	23
<u>3.- METODO</u>	24
3.1.- Principios metodológicos.....	24
3.2.- Metodica.....	24
3.3.- Técnicas y procedimientos.....	28
3.3.1.- De obtención de la información.....	28
3.3.2.- De procesamiento y análisis.....	38

3.3.3.- De discusión y síntesis.....	40
<u>4.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....</u>	41
4.1.- Perfil sociosanitario de la CAM y las áreas 6 y 9.....	41
4.1.1.- Actividad.....	41
4.1.2.- Educación.....	58
4.1.3.- Equipamiento y calidad de vida.....	63
4.1.4.- Población.....	72
4.1.4.1.- Dinámica poblacional.....	72
4.1.4.2.- Estructura por edades.....	81
4.1.4.3.- Movimiento natural de la población.....	63
4.1.4.4.- Migraciones.....	115
4.1.4.5.- Fecundidad.....	115
4.2.- Tipología sociodemográfica y socioeconómica de la CAM y de las áreas 6 y 9.....	124
4.3.- Algunas características de la oferta de servicios de atención primaria de salud en la CAM y en las áreas 6 y 9.....	126
4.4.- Utilización de servicios de atención primaria de salud en la CAM y en las áreas 6 y 9.....	138
4.4.1.- Informes de gestión.....	138
4.4.2.- Encuesta de demanda atendida.....	156
4.4.2.1.- Cartillas de asistencia y beneficiarios por cartilla.....	157
4.4.2.2.- Otro tipo de asistencia sanitaria.....	158
4.4.2.3.- Tipología del usuario.....	160
4.4.2.4.- Demanda atendida.....	171
4.4.2.4.1.- Motivo de consulta.....	171
4.4.2.4.2.- Frecuentación de la consulta.....	176
4.4.2.4.3.- Derivación a servicios centrales.....	186

4.4.2.4.4.- Hospitalización en el último año.....	186
4.4.2.4.5.- Número de usuarios en cada consulta.....	191
4.4.2.4.6.- Grado de satisfacción de los usuarios con la asistencia que ofrece el INSALUD.....	193
4.4.2.4.7.- Opinión de los usuarios sobre la mejora de la asistencia.....	200
4.4.2.4.8.- Prescripción de medicamentos.....	206
4.4.2.4.9.- Tipo de prescripción.....	211
4.4.2.4.10.- Prescripción media de recetas.....	214
4.4.2.5.- Morbilidad demandada.....	217
4.4.2.5.1.- Principales problemas de salud.....	217
4.4.2.5.2.- Enfermedades crónicas.....	228
4.5.- Algunas consideraciones respecto a la estimación de valores de la muestra sobre la población de la que procede.....	239
<u>5.- DISCUSION GENERAL</u>	242
<u>6.- CONCLUSIONES</u>	276
<u>7.- RECOMENDACIONES</u>	278
<u>8.- RESUMEN</u>	280
<u>9.- BIBLIOGRAFIA</u>	285
<u>10.- ANEXOS</u>	291

1.- INTRODUCCION

1.1.- LA MORBILIDAD Y LA UTILIZACION DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD. SITUACION CONCEPTUAL.

Se define **morbilidad** como la presencia de enfermedades en un individuo o en una colectividad. Su delimitación, como se comprende, adquiere niveles de complejidad equiparables a la propia distinción entre salud y enfermedad, y puede expresarse según la diferente óptica que utilicen los profesionales o los propios enfermos. De esta forma es posible identificar cinco tipos de morbilidad: la sentida; la demandada; la diagnosticada; la diagnosticable; y la real.

La **morbilidad sentida** corresponderá a la definición dada por el propio individuo ante la propia percepción de síntomas o molestias.

La **morbilidad demandada**, como se comprende, será aquella parte de la sentida por la cual el enfermo hace uso de los servicios de salud y, evidentemente, aparece como el factor más claramente determinante de todo el proceso de utilización de los mismos. Cuando la morbilidad sentida puede ser objeto de algún tipo de diagnóstico hablaremos de **morbilidad diagnosticable**, y es necesario aquí recalcar que el nivel de conocimientos actuales dejan a la sombra muchas enfermedades cuya historia natural es mal conocida.

La visión que tiene el profesional del concepto de morbilidad o del estado de salud del individuo sería, en este esquema, la **morbilidad diagnosticada** y la **diagnosticable**. Este último concepto rebasa lo que pueda sentir un individuo y, naturalmente, lo que ha podido demandar.

Por último, la **morbilidad real**, que corresponde al verdadero y global concepto de morbilidad, englobará a la morbilidad demandada, a la sentida, a la diagnosticada y a la diagnosticable, así como a los estados morbosos no sentidos, sean o no diagnosticables.

La salud, como concepto absoluto, se encontrará necesariamente al margen de esta representación de la morbilidad (Anexo I).

De lo hasta aquí expresado conviene resaltar dos hechos claros: el primero es que la morbilidad, en todo caso y al igual que su concepto antagónico: la salud, es una definición relativa y dependiente tanto de la visión del propio individuo como de la del profesional sanitario; el segundo es que la morbilidad que genera demanda o uso de servicios es, tan solo, una parte de la morbilidad sentida, y una parte aún más pequeña de la morbilidad diagnosticada, de la diagnosticable y de la real.

La morbilidad no es el único indicador del nivel de

salud de la población, aunque para Zhilinskas (1979) "los indicadores más importantes del estado de salud de la población y su dinámica son los datos estadísticos de morbilidad". En cualquier caso es un hecho claro que el conocimiento de la morbilidad es fundamental en cualquier momento del desarrollo de un Sistema de Salud. Su conocimiento, sin embargo, es extraordinariamente complejo. Esto es así, en primer lugar, por lo relativo de su definición en función de las características de los individuos y de los profesionales y, en segundo lugar y en gran medida dependiente de lo anterior, por lo complicado de su registro.

A diferencia de la mortalidad, la morbilidad por su propia dinámica, por su propia naturaleza de severidad y por el difícil y sesgado acceso que tiene a los niveles donde su registro sería posible (demanda asistencial), presenta grandes dificultades para su conocimiento.

Las fuentes a las que en ocasiones se recurre para investigar el fenómeno, tales como la tabla general de causas de muerte, la clasificación de diagnósticos de altas hospitalarias, o la de enfermedades de declaración obligatoria, aportan solo un conocimiento parcial de la morbilidad global en función de razones de severidad o de interés epidemiológico de algunas causas concretas que componen el fenómeno.

Otras fuentes, sin embargo, han suscitado en los últimos años un creciente interés por su pretendido valor en la traducción del fenómeno global. Se trata, en primer lugar, de los exámenes de salud sobre muestras de población. El nivel de detección que se pretende en este tipo de fuentes es, claro está, el de aquella morbilidad oculta o no sentida aunque, y volviendo al esquema presentado, la limitación queda necesariamente también en aquella morbilidad que se puede diagnosticar con los medios dispuestos al efecto de tales exámenes.

Quizás la fuente más voluminosa de todas sea el registro de diagnósticos en consultas del primer nivel de asistencia. Es necesario señalar aquí que, además de especiales problemas de tipo técnico que plantea la recogida de datos, la visión que se ofrece es exclusivamente la de aquella morbilidad que, además de percibida por el individuo (sentida) generó la necesidad de la demanda de servicios.

Los indicadores habituales de morbilidad (tasas de incidencia y prevalencia) que esta fuente es capaz de proporcionar resultan sesgados por los hábitos que la población posea del uso de los servicios y dependen, a nivel de su composición, del conocimiento real, muchas veces impreciso, que se tenga de la población bajo cuya influencia trabajó la consulta.

Digase, eso sí, que esta fuente adquiere una extraordinaria importancia para los estudios de utilización de servicios considerando a la propia morbilidad como una variable

más, aunque la fundamental, de las que determinan el uso.

Precisamente este es el nivel de investigación que, en lo que a morbilidad respecta, pretende el presente estudio. Por las características que posee la encuesta en la que se basan los datos, éstos no se presentan como para un análisis de toda la morbilidad demandada, si no de la que más frecuentemente se demandó, y su elaboración aporta aspectos que, en lo fundamental, pueden orientar sobre el uso del nivel primario de asistencia en función de ella.

Aparece por tanto, la morbilidad como un fenómeno inabarcable, y de todo lo dicho cabe destacar que los conceptos **morbilidad demandada y utilización de servicios de salud** surgen intrínsecamente juntos en el estudio de los comportamientos sanitarios del individuo y las colectividades.

El estudio de la **utilización de los servicios de atención primaria de salud**, como conjunto de fenómenos que definen las características del aprovechamiento que los usuarios hacen de los recursos sanitarios del primer nivel asistencial, está tomando un creciente interés en la literatura especializada y sus aspectos se muestran de gran utilidad tanto para el planificador como para el clínico. La justificación que el planificador encuentra en este tipo de análisis surge de la hipótesis de trabajo que establece que la utilización de los servicios es una traducción fiable de las necesidades que, en materia asistencial, presenta una comunidad.

En sí, todo el proceso de utilización de servicios de atención primaria de salud emerge de la interacción de dos determinantes básicos: por un lado el propio individuo que libremente decide acceder al servicio de salud para solucionar sus necesidades, y por otro el profesional que dirige al usuario dentro del sistema.

Esto quiere decir que unas variables del proceso de utilización dependen del usuario y otras de los profesionales y el sistema sanitario. En concreto la responsabilidad de la primera visita (en el presente estudio se utilizarán equivalentemente los términos visita y consulta como todo encuentro entre el paciente y el proveedor de salud), si esta es espontánea, es del individuo, que la propicia en función de un comportamiento relativo a la enfermedad (morbilidad sentida) o relativo a la salud (morbilidad anticipada). Es decir, que el propio fenómeno de utilización medido por las características de la primera visita nos pueden aproximar al conocimiento de los rasgos de los usuarios.

A continuación, las visitas subsiguientes relacionadas con el mismo motivo y, sobre todo, la prescripción de exploraciones o de medicamentos dependen más del comportamiento del médico y de sus características.

Es interesante señalar el alto grado de interacción

entre el usuario y el profesional de manera que las características del uno influyen en las del otro ante el uso o la provisión de servicios.

Cuando se habla de características de los individuos se hace referencia a características demográficas, geográficas, socioeconómicas, culturales y psicosociales. Obsérvese que estas características influyen tanto en los hábitos de uso como en el propio proceso de enfermar y de demandar servicios por ello. Así, se sabe hace tiempo que, en general la mujer es más frecuentadora de la consulta que el hombre ; que, según Tejeiro (1983) "pocas veces dos variables se vinculan tan estrechamente como morbilidad y edad"; que las personas poco instruidas y más desfavorecidas económicamente presentan más a menudo problemas de salud y que éstos son cualitativamente diferentes y más severos que los que presentan otros colectivos (Pineault y Daveluy, 1987).

Cuando se afirma que las características de los profesionales influyen también en la utilización de los servicios quiere decirse que se conoce que la edad, el sexo, la especialidad y el número de años transcurridos desde la obtención del título de los profesionales sanitarios determinan un uso cuanti-cualitativo distinto del nivel primario.

Se comprenderá, por fin, que la propia regionalización de los servicios, en tanto en cuanto determina tanto la oferta de los mismos, su cobertura, accesibilidad y rasgos institucionales, como las características organizacionales de éstos y las agrupaciones poblacionales de individuos adscritos a ellos, es el marco donde se interrelacionan los componentes comentados y, por tanto, entra a formar parte de los factores determinantes de la utilización.

Abundan en esta idea hechos tan claros como que existe relación directa y positiva entre volumen de cuidados médicos consumidos y renta familiar cuando no existe ningún tipo de seguro público; como que un nivel de atención primaria con personal poco cualificado, con pocos medios diagnósticos y gran desproporción médico/enfermo ofrecerá una realidad de la morbilidad que atiende completamente distinta a la que ofrecería en el mismo medio una atención mejor cualificada y dotada. Por otra parte, estarán las "paradojas" conocidas de que el perfeccionamiento del sistema de salud va seguido de un aumento de la morbilidad registrada, y la relatada por Sonis (1985) de que la mejora del nivel de vida suele ir asociada a una diferente percepción de la morbilidad sentida, en el sentido de una mayor percepción de los problemas de salud sentidos por la población.

Dentro del ámbito general del tipo de organización sociopolítica, como máximo factor determinante de todos los comentados, se interrelacionarían todos ellos componiendo una estructura interna como la expuesta en el Anexo II.

No es posible abordar un estudio sobre la utilización

de los servicios de Atención Primaria de Salud, que a la postre no deja de ser más que un estudio de necesidades y una evaluación del proceso, sin investigar en profundidad la medida en que sobre el fenómeno están influyendo los determinantes:

1.- **Morbilidad**, como determinante máximo en cuanto a su comportamiento entre la población, su cantidad, y severidad.

2.- **Características demográficas y socioeconómicas** de las poblaciones y sus relaciones con la morbilidad demandada.

3.- **Características de la oferta de servicios de Atención Primaria y de los proveedores de esos servicios**, así como su relación con la morbilidad demandada.

Considerando en el análisis de todos ellos, además, el marco referencial que la regionalización de los servicios y sus características organizacionales e institucionales ofrece (Andersen, 1968).

El presente estudio no nace con la intención de evaluar, mediante las medidas de utilización, el funcionamiento de los servicios del primer nivel de asistencia en el ámbito geográfico en que se plantea. Ese objetivo requeriría necesariamente el análisis del producto final del sistema, que es la salud. Por el contrario lo que se pretende aquí es, apoyándose en los hallazgos diferenciales que se observen, comprobar el alcance y el tipo de dependencia que los factores determinantes expuestos, y otros que se apuntarán, tienen sobre la utilización de los servicios primarios de salud por las comunidades.

Quede, pues, para el planificador la compleja tarea de evaluar los servicios y delimitar las necesidades mediante los análisis de utilización una vez que estudios como el que se presenta aporten datos referenciales para su correcta interpretación.

1.2.- LA REFORMA SANITARIA EN ESPAÑA Y EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. SITUACIÓN EN 1987..

1.2.1.- Bases jurídicas y situación de la reforma de la atención primaria de salud.

Es imposible comprender y analizar cualquiera de las realidades sociales o políticas de la España actual sin una cierta perspectiva histórica donde asentar los profundos cambios que en todas las estructuras del Estado se están operando.

Tras el final de la dictadura las fuerzas políticas y sociales que sustentaban la llamada transición democrática fueron capaces de consensuar un texto de Constitución que, sometido en referendun a la soberana voluntad del Pueblo Español, fué aprobado en 1978. La Norma Máxima sienta las bases generales de la moderna concepción del Estado para que el legislador pueda desarrollarlas. Aunque muchos y diversos son los cambios que de su análisis somero se desprenden trataremos aquí, tan solo brevemente, los dos aspectos básicos que más afectan al contenido de este estudio, cual son los mandatos constitucionales en materia de Salud y la nueva configuración político-administrativa del Estado: lo que se ha venido a llamar la España de las autonomías.

La Constitución Española reconoce expresamente el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud (C.E., art. 43.1) y transmite la responsabilidad de garantizar este derecho a los Poderes Públicos (C.E., art. 43.2).

Cualquier administración que se propusiera el desarrollo de este precepto constitucional tendría que preguntarse en primer lugar cuál es la exacta dimensión de tal mandato, es decir, cuál es el significado que tiene la protección de la salud en nuestros días. A continuación debería, sin duda, delimitar cuáles son las responsabilidades concretas que los Poderes Públicos contraen desde la propia Acta Constitucional al ser éstos considerados como los garantes de tal derecho.

Debe considerarse, además, que la interpretación de cualquier norma sólo es posible desde la base de los conocimientos que en cada momento existan sobre las auténticas dimensiones de un fenómeno, y desde la comprensión que sobre él tenga el conjunto del cuerpo social.

Ateniéndonos a todo lo anterior se puede decir que el derecho a la protección de la Salud significa el deber de la defensa de la Salud como el bien más preciado que posee el individuo y la comunidad en la que éste se inserta. Por ello, el objetivo fundamental de los sistemas sanitarios es, en términos

genéricos, el mantenimiento de la salud de las personas y de las colectividades a través de todos los medios disponibles, ya que existen pocas posibilidades morales de limitarlos. El aludido "derecho a la protección de la Salud" es, sin duda, un derecho trascendente y el más fundamental de los que goza el ser humano, ya que sin él sería imposible el ejercicio del resto de los derechos inalienables de la persona.

Los conocimientos científicos exponen claramente la interrelación entre el individuo y la comunidad, de tal forma que todas las prestaciones para la protección de la Salud deben ir dirigidas a ambos si se quieren lograr resultados eficaces.

Dijo la O.M.S., y hoy se acepta como definición básica, que la Salud es aquel estado de bienestar físico, psíquico y social. Evidentemente el seguimiento literal de tal definición llevaría a admitir que todo lo que hace el hombre y la comunidad donde vive tiene que ver con las responsabilidades sanitarias particulares o generales, ya que todo en las relaciones sociales, laborales y humanas afectan al bienestar físico, psíquico y social. Sin embargo, parece más razonable admitir que son responsabilidades sanitarias todas aquellos fenómenos que de manera directa afectan a la Salud, tal y como se ha definido. Por lo tanto serían responsabilidades sanitarias, en primer lugar, la recuperación de la salud física y la reintegración del individuo a su comunidad en las mismas condiciones en que se encontraba antes de enfermar. También lo son todas aquellas medidas dirigidas a la prevención de los modos de enfermar, así como todas aquellas actuaciones cuyo fin primordial sea elevar los niveles de salud del ciudadano y de la comunidad en un momento dado.

En fin, se está diciendo que la protección de la Salud significa la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación de todas las formas de pérdida de salud y la reinserción social de las personas que habían abandonado su condición individual y colectiva de individuos sanos.

Por lo tanto, tal y como sienta la Constitución Española, es responsabilidad de los Poderes Públicos el asegurar todas estas prestaciones, es decir, que las acciones encaminadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación y la rehabilitación del individuo y la comunidad son competencia de las Administraciones Públicas, y el Estado debe ser su garante.

Sin duda que será largo el camino a recorrer y profundas las transformaciones que habrá que generar en las estructuras del sistema sanitario español para avanzar, a partir de un modelo basado en una asistencia de tipo curativo, con multiplicidad de redes públicas y en el que el nivel hospitalario es el eje del sistema, hacia otro modelo de Servicio Nacional de Salud inspirado en la filosofía general que ya se ha señalado, es decir: una sola red asistencial pública, preponderancia del nivel de atención primaria y de las acciones preventivas desde ese nivel, cobertura universal y financiación y gestión por los

Poderes Públicos.

Como primer paso de ése camino el esfuerzo legislativo cristaliza en 1986 con la aprobación, el 18 de Marzo de ése año, de la Ley General de Sanidad (L.G.S.). El texto, polémico desde los comienzos de su propia gestación, incluye importantes cambios en la realidad sanitaria española aunque, y según la opinión de algunos colectivos, sean aún más destacables las notables insuficiencias que de su lectura se desprenden. Parece interesante, no obstante, detenernos aquí en algunas consideraciones de peso para la correcta interpretación de éste trabajo respecto a la situación "intermedia" entre un modelo antiguo y otro aún escasamente desarrollado que existía, y aún hoy sigue existiendo, en el periodo que aquí se analiza.

En el año 1987, y en la actualidad, los españoles pueden acceder a las prestaciones sanitarias de varias maneras:

1ª.-Bajo el esquema de protección diseñado en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 25 de Noviembre de 1944, en la que se establecen dos redes sanitarias diferentes aunque dependientes ambas de los Poderes Públicos: una, Instituciones de Beneficencia del Estado (que en alguna parte de este trabajo se denominará "red del Estado"), son centros especializados y básicamente dirigidos a la atención de patologías coyunturales consideradas en otra época como prioritarias (tuberculosis, glaucoma, venéreas, etc); otra, las Instituciones de Beneficencia de las Corporaciones Locales ("red de las Corporaciones Locales"), tanto municipales como provinciales, dedicada básicamente a los cuidados maternales y a la asistencia infantil y de salud mental.

La forma de acceso a éstas prestaciones es de manera individual y demostrando insuficiencia de recursos, es decir, según un esquema paternalista dedicado al tratamiento del indigente enfermo. Este sistema se extendía hasta 1987 atendiendo aquel año a una población inferior al 10% del total. Es interesante comentar aquí que éste es el único esquema sanitario que arranca de la última ley de sanidad vigente desde 1944, lo que supone que la estructura sanitaria que asistía a más del 90% de la población (el Instituto Nacional de la Salud o INSALUD) está al margen de la ley que estuvo vigente hasta 1986.

2ª.- Bajo el esquema de previsión social de los trabajadores que aparece a finales del siglo XIX en toda Europa, en España se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad en el año 1942. Este seguro, que en principio solo cubría prestaciones de asistencia materna y enfermedades profesionales, se desarrolla aprovechando el crecimiento económico de la época en dos direcciones: por un lado aumentando el número de colectivos de trabajadores obligados al pago del seguro, y por otro incrementando el tipo de prestaciones incluidas en el cuadro de coberturas. El desarrollo de éste sistema es tan sólido que en 1987 cubría a más del 90% de la población española y brindaba casi todas las prestaciones o servicios para la protección integral de la salud, al menos desde un marco teórico, como son:

acciones en salud laboral, acciones de tipo preventivo, atención primaria, atención especializada y rehabilitación. No considera en su cuadro de prestaciones la asistencia psiquiátrica, que está atendida en su totalidad por las Instituciones de Beneficencia.

Sobre esta red asistencial, el INSALUD, es sobre la que se realiza el presente estudio y, antes de continuar, se hacen necesarias aquí algunas consideraciones sobre las características generales de las prestaciones que ofrece:

a/ La orientación general de la asistencia que se ofrece es, como ya se dijo, básicamente de tipo curativo, relegando a un plano secundario las actividades de prevención, promoción y rehabilitación, fruto evidente de la concepción del modelo del que surge la red (modelo clásico de "seguridad social") y del papel básico del nivel hospitalario como piedra donde se apoya todo el sistema.

b/ La asistencia se brinda por cartilla colectiva. En cada cartilla figura un titular del derecho y tantos beneficiarios como personas dependan económicamente del titular. El documento garantiza cualquier tipo de prestación sanitaria de cualquier nivel de atención de manera gratuita tanto para el titular como para sus beneficiarios.

Las prestaciones farmacéuticas son gratuitas para el titular y los beneficiarios de una cartilla de "pensionista" (fundamentalmente jubilados y minusválidos), mientras que para los titulares y beneficiarios de una cartilla de trabajador requerirá la aportación de un porcentaje del precio del medicamento por el usuario (generalmente un 40% de su precio a excepción de una serie de medicamentos "básicos" donde la aportación del paciente es de tipo simbólico), corriendo con el resto del gasto el propio INSALUD.

c/ La financiación del INSALUD se hace básicamente por cuotas que el Estado retira de las nóminas mensuales de los trabajadores y otras que cobra a los empresarios. A pesar de ello éste sistema de financiación se muestra claramente insuficiente para mantener todas las prestaciones de la red, por lo que el Estado se ve obligado a financiarla con un importante montante de su gasto público.

d/ La atención primaria que presta el INSALUD en la actualidad se ve marcada de manera sustancial por el proceso de transición que se genera por la propia reforma sanitaria. Así, es posible distinguir tres tipos de centros donde se presta esta atención que, por su organización, su estructura y por las características concretas del personal sanitario que ellos desarrolla su labor, brindan una asistencia cualitativamente distinta.

* **El consultorio/ambulatorio.** Es un centro donde trabaja un tipo de médico con formación de generalista tradicional, que atiende a la población adscrita mediante consulta a demanda de aproximadamente dos horas de duración

diaria. Estos centros en ocasiones se hallan desligados físicamente del centro de apoyo especializado (ambulatorio), brindando exclusivamente atención de primer nivel (Medicina General y Pediatría), y debiendo remitir los casos que requieran asistencia especializada a los ambulatorios de zona. Este tipo de centro se suele encontrar ubicado en núcleos urbanos.

* **El consultorio de APD.** (Asistencia Pública Domiciliaria). Es el consultorio rural que atiende a núcleos de población pequeños donde labora un médico generalista de formación también tradicional, que se ve obligado en no pocas ocasiones a suplir con escasez de medios los problemas de accesibilidad geográfica a otros niveles de asistencia.

* **El centro de salud.** Este tipo de centro, donde presta su atención el Equipo de Atención Primaria (EAP), surge de la nueva concepción de la asistencia que llega a España con los nuevos aires de la reforma sanitaria, bajo la corriente renovadora de la declaración de Alma-Atá (1978), y en su desarrollo se fundamenta todo el nuevo modelo del Servicio Nacional de Salud. La asistencia la brinda un equipo de profesionales generalmente especializados en atención primaria, en especial Médicos de Familia con tres años de residencia de postgrado en esa especialidad, pediatras, personal de enfermería y otro personal sanitario y no sanitario. Los profesionales trabajan ocho horas en el centro atendiendo consulta a demanda, consulta programada (generalmente para control de patologías crónicas prevalentes incluidas en programas), prestando especial atención a las actividades de tipo preventivo, a la investigación propia de ese nivel y a la docencia.

En ocasiones estos centros, cuya ubicación ha comenzado a realizarse preferentemente en zonas de gran expansión y núcleos urbanos y periurbanos, albergan físicamente a especialistas de apoyo, y su asistencia es integral y continuada (Carro Ramos J.M., 1985)

Mientras se avanza hacia la sustitución completa de los otros dos tipos de centros ya comentados por éstos nuevos y se alcanza la cobertura total de la población por éste nuevo modelo, los ya funcionantes están constituyendo un campo experimental importante y sus resultados están siendo estrechamente vigilados por el colectivo sanitario español. Precisamente este trabajo intenta aportar algunos elementos sobre los aspectos diferenciales entre los EAP y los centros de asistencia tradicional que pudieran ser interesantes para el planificador.

3.-Las instituciones privadas, tanto las que persiguen el lucro económico como las benéfico-privadas o sin esos fines (Iglesia, Fundaciones, Asistencia Social, Cruz Roja). Este sector se desarrolla muy lentamente, predominando las primeras, que atienden fundamentalmente patologías crónicas y enfermedades mentales, y tienen un dispositivo importante de asistencia de primer nivel.

Habrá que decir aquí que a pesar de la multiplicidad

de subsistemas sanitarios de carácter público existentes, no se ha alcanzado aún la cobertura de ciertas prestaciones sanitarias de manera normalizada, tales como asistencia odontoestomatológica global, extensión de las prestaciones ópticas, etc.

Para tener un sentido de magnitud de lo que significa cada una de las estructuras sanitarias a las que los ciudadanos tienen acceso, señalaremos que desde el punto de vista del gasto económico la más importante, a considerable distancia de las demás, es el INSALUD, cuyo desembolso anual representa el 67% del total de los gastos sanitarios que se realizan en nuestro país.

De todo lo anterior cabe deducir que existe una notable desigualdad entre unos españoles y otros según tengan acceso a un sistema público de prestaciones sanitarias o a otro. Los objetivos que han de cubrirse al amparo de la Constitución han de liquidar estas desigualdades por dos vías: una, extendiendo la asistencia sanitaria pública a toda la población y, otra, eliminando el concepto de beneficencia, que establecía un rol de súbditos sin derechos de algunos ciudadanos frente al Estado y que ya resulta poco acorde con la nueva realidad constitucional donde un Estado de Derecho no otorga nada sino que facilita a los ciudadanos el ejercicio de sus derechos indeclinables.

El reconocimiento del derecho a la protección de la salud de toda la población, que hoy en día parece algo obvio, ha necesitado, primero, que en 1978 se aprobase una Constitución y, segundo, que se emprendiese un proceso de reforma que estableciera el modo de hacerlo efectivo (Ley General de Sanidad de 1986), si bien, y como queda dicho, la implantación del nuevo modelo que inspira la reforma ha creado, al menos en estos momentos, nuevas desigualdades al posibilitar el acceso de los ciudadanos al sistema sanitario por dos modelos de asistencia primaria cualitativamente distintos.

1.2.1.1.- Características generales de la regionalización del Servicio Nacional de Salud previstas en la actual Ley General de Sanidad.

La tarea de la reforma sanitaria debe ser vista desde dos dimensiones: la primera como un proceso de actualización y modernización de las prestaciones sanitarias que le son propias a un Servicio de Salud, y la segunda como un paso muy importante en el proceso de transformación política y de organización de todo el Estado.

Este proceso de transformación surge desde el mandato constitucional como una efectiva descentralización del poder político que, como consecuencia lógica del régimen imperante, se había concentrado en la cúpula de las estructuras del Estado. Así, aparece ahora un Estado con un alto nivel de

descentralización del poder en cada una de las diecisiete Comunidades Autónomas (CCAA): es el Estado de las Autonomías.

El sector sanitario tampoco escapa a la influencia de este hecho político. Todo lo sanitario estaba centralizado, excepto aquellas acciones o competencias que no gozaban de trascendencia o no se consideraban importantes. El hecho constitucional establece una realidad legal completamente diferente con la incorporación de la idea de la autonomía política de las recientemente creadas Comunidades Autónomas.

Así, y según el precepto constitucional, España tiende a un sistema sanitario público único, con cobertura efectiva a toda la población, y financiado y gestionado por los Poderes Públicos, ésto es: un Servicio Nacional de Salud.

Cada Comunidad Autónoma recibe la potestad de planificar y gestionar su propio Servicio de Salud ("Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma") definiéndose por tanto el Servicio Nacional de Salud como la suma de los servicios de salud de cada una de las Comunidades Autónomas, en un contexto coordinado y dirigido en sus planteamientos básicos por el Estado. En este sentido, y a efectos coloquiales, se plantea el sistema sanitario como la suma de dieciocho elementos: por un lado diecisiete ejecutores con sus diferencias estatutarias, y uno, por otro, con la tarea de ligar a los demás en un proyecto común, y cuya responsabilidad corresponde al Estado.

En cualquiera de los casos los servicios de salud de cada una de las CCAA, cualquiera que sea su entidad, deben responder a los principios ya comentados que son caracterizadores de un Servicio Nacional de Salud.

Cada día más se adoptan en el mundo sistemas sanitarios que llevan los servicios lo más cerca posible del individuo, estimulando en las comunidades la participación. En el N.H.S. (National Health Service) inglés es el Distrito de Salud el exponente de una cierta descentralización funcional, aunque bastante escasa (Gillaum D.M., 1985). En el S.N.S. italiano es la Unidad Sanitaria Local la estructura que goza de una autonomía política importante. No es necesario justificar aquí cuáles son las razones estrictamente sanitarias que abonan que estos proyectos aparezcan en los países occidentales, pero entre ellas podemos remarcar la necesidad de ajustar los recursos y las actuaciones sanitarias a los intereses del conjunto de la población y no a los intereses de grupos concretos.

Pués bien, en esta línea, y según la LGS, el nivel de autonomía máximo para la gestión y la planificación del servicio sanitario público en nuestro país será el Area de Salud.

Ha de definirse el Area de Salud como una colectividad determinada por factores sociales, culturales, económicos, industriales y epidemiológicos comunes que permita la aplicación de programas de salud omnicomprensivos, es decir, que contemple todos los aspectos que componen la salud. Prevee la LGS que, sin

perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, deberán comprender poblaciones entre 200.000 y 250.000 habitantes.

Es el Area de Salud la zona sanitaria donde se garantiza a los ciudadanos todas las prestaciones para la protección de la salud que establece la Constitución y que esta ley desarrolla en lo concreto. En efecto, es en el Area de Salud donde deben existir los recursos suficientes para garantizar todas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención curativa y de reinserción social. En lo que respecta a la atención curativa, ésta se ordena en dos niveles exclusivamente: en atención primaria y en atención especializada. La primera se desarrollará desde los centros de salud, cuya característica básica es el trabajo en equipo multidisciplinar (el EAP) y que habrá de atender a una Zona Básica de Salud (Z.B.S.). La segunda comprenderá las unidades de apoyo especializado a la atención primaria, y los diversos tipos de hospitales.

Todos estos servicios (curativos, de prevención, de promoción y rehabilitación) serán gestionados unitariamente dentro del Area.

Según la LGS, las Areas de Salud son totalmente autónomas en su funcionamiento, dependiendo exclusivamente de un Consejo de Dirección donde estará representada la administración política de la Comunidad Autónoma y las corporaciones locales. se consolida, por tanto, el principio de autonomía de gestión. Como órgano de participación de los ciudadanos se crean los Consejos de Salud, de manera que se intenta salvaguardar la vinculación de los servicios del Area con las necesidades sanitarias reales de la zona.

En fin, descentralización efectiva desde el Servicio Nacional de Salud (como coordinador y planificador general) a los Servicios de Salud de las CCAA (coordinadores y planificadores en sus territorios) para, siguiendo el proceso centrifugo, llegar al Area de Salud que "es la estructura fundamental del sistema sanitario, responsabilizada de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar en ellos" (LGS, art. 56.2). Llegaríamos, finalmente, a completar el esquema de zonificación (no de gestión ya que ésta concluye en el Area de Salud) en la Zona Básica de Salud (ZBS) "marco territorial de la Atención Primaria de Salud, donde desarrollarán las actividades sanitarias los centros de salud, centros integrales de atención primaria" (LGS, art. 63).

De esta forma por la agregación de diversas ZBS surgirá el Area de Salud; por la agregación de Areas de Salud surgirá el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma; y por la suma de esos diecisiete Servicios de Salud, por fin, el Servicio Nacional de Salud.

1.2.1.2.- Zonificación Socio-Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM). Características generales de las Areas, Distritos y Zonas Básicas de Salud de la CAM.

La LGS, en su artículo 56.1 reza textualmente: "Las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas Areas de Salud, debiendo tener en cuenta a tal efecto los principios básicos que en esta ley se establecen, para organizar un sistema sanitario coordinado e integral".

En uso de sus competencias, y tras un periodo de debate público que a tal efecto se abrió, la CAM publica en su Boletín Oficial (B.O.C.M.) el día 16 de Marzo de 1988 el Decreto 19/1988 por el que se aprueba la zonificación socio-sanitaria de Madrid (en el presente estudio aparecerá en ocasiones el término "Madrid" para denominar a toda la Comunidad Autónoma, es decir, haciéndolo equivalente a CAM). Dicha zonificación ha sido modificada posteriormente.

Previamente, en Junio de 1986, el Instituto Regional de Estudios de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la CAM había publicado un informe técnico en dos tomos denominado en su conjunto "Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM", donde el equipo de planificadores que dió luz al proyecto de zonificación luego aprobado, explicaba y justificaba pormenorizadamente el proceso de análisis que culminó en dicho proyecto.

Por el mismo se comprende que la CAM es una comunidad autónoma uniprovincial que, debido a sus características concretas (en especial la de albergar en su seno a la capital del Estado, que es también la capital de la comunidad: el municipio de Madrid), plantea un extremado nivel de complejidad en su zonificación, habida cuenta de lo heterogéneo de sus asentamientos poblacionales y de las diferentes características demográficas y socio-económicas que ellos confieren a las zonas.

Bien es cierto que la zonificación debe ser el punto de partida sobre el que se asiente el mapa sanitario. Ello implica que zonificación y mapa sanitario son dos cosas íntimamente relacionadas pero distintas, tanto a nivel conceptual como operativo. Si se confunden ambos conceptos necesariamente se confunde también su operatividad, fenómeno que se ha producido con frecuencia en la historia reciente de la planificación sanitaria de nuestro país, al hacer coincidir zonificación y recursos.

Este tipo de planteamiento lleva, desde el punto de vista de la planificación, a una simple reordenación de los recursos existentes. Se parte de los recursos y se hace girar a la población en torno a ellos. Ahora bien, si lo que se pretende es satisfacer las necesidades de salud de la población, es claro

que el procedimiento debe ser inverso de modo que sean los recursos los que se ajusten a la población y no al revés. Concebida de este modo, la zonificación intenta ofrecer un marco o instrumento de actuación que permita ir acercando los recursos y equipamientos a la población. Este parece ser el esfuerzo que, en el caso que nos ocupa, han realizado los autores del proyecto.

En esencia, las zonas sanitarias constituyen una parte fundamental de la organización de los servicios en cuanto que:

1ª.- Permiten la delimitación de las responsabilidades sanitarias territorializadas.

2ª.- Facilitan una prestación de servicios continuada.

3ª.- Posibilitan la evaluación de los servicios.

4ª.- Permiten la descentralización administrativa y de los recursos.

5ª.- Facilitan la participación ciudadana al acercar los recursos y su administración a los usuarios.

Pero si, por tantas razones, queda clara la necesidad de la división zonal, no es menos evidente, como ya se indicó, la complejidad que adquiere en la CAM.

Por un lado está el volumen poblacional de los asentamientos y la dinámica diferencial que éstos determinan: el municipio de Madrid con 3.058.182 habitantes (el 63% de toda la población de la CAM), y diez municipios de más de 50.000 habitantes, pesan mucho y muy seriamente sobre los 167 municipios menores de 50.000 habitantes que componen en conjunto de la CAM.

Y por si ésto fuera poco, las "zonas" diferenciales que ellos mismos delimitan acaban por interferir de manera decisiva la lógica y deseable tendencia a la homogeneidad geográfica. Estas zonas diferenciales a las que nos referimos no son más que el retrato de una realidad histórica reciente donde se dibuja la CAM como un foco preferente de recepción de grandes contingentes de personas que, procedentes de otras partes de España, se asentaron en la CAM de una manera desordenada, impulsados por el creciente desarrollo económico de la época en busca de realidades más favorables. Estas zonas comentadas, a fuerza de ser sintéticos, podrían delimitarse en:

1ª.- Madrid-capital (municipio de Madrid), en el centro geográfico de la comunidad, como núcleo aglutinante máximo, a su vez bien delimitado en dos zonas diferentes: una central ("la almendra central") que agrupa a los distritos municipales del casco histórico madrileño, poco influenciados por las inmigraciones y en franca recesividad; y una periférica que agrupa a los distritos municipales exteriores, de rápido crecimiento reciente y estabilización en la actualidad.

2ª.- Cinturón industrial (zona intermedia), como un

incompleto anillo que bordease Madrid-capital, especialmente al Sur, al Este ("corredor Madrid-Guadalajara"), y al Nordeste. Esta zona, al igual que la periférica de Madrid-capital, es la que recibió el mayor impacto de la inmigración y en ella se localizan los diez municipios mayores de 50.000 habitantes. El desarrollo industrial fué allí grande recientemente y tras la crisis económica que comienza en 1973 los niveles de paro laboral han incidido con dureza en la zona.

Además del desarrollo industrial que funcionó como "reclamo" para las grandes inmigraciones de los años sesenta, en esta zona se asentaron también importantes grupos de población que trabajan en Madrid-capital, en especial en el sector servicios, pero que situaron aquí su vivienda debido a la carestía del suelo que el municipio de Madrid alcanzó. Por ello, a esos tan nombrados diez municipios mayores de 50.000 habitantes sobre los que se traza esta zona se les denomina también "ciudades-dormitorio".

El cinturón se vería completado por el Oeste con una zona sin industrializar pero de gran prestigio del suelo, donde han instalado su vivienda secundaria grupos de elevada posición social y económica (márgenes de la Autopista de La Coruña).

3°.- Madrid rural, zona donde ninguno de los fenómenos comentados ha incidido con tanta nitidez (inmigraciones, desarrollo económico), hallándose en un nivel socio-económico y demográfico claramente más desfavorecido que el resto de la CAM, encontrándose en ella la mayoría de los municipios pequeños de la comunidad. Esta zona se sitúa preferentemente en los tres vértices del triángulo que dibuja el mapa de la CAM (Anexo III).

Una vez dejada constancia de que debido a la diversidad geográfica, demográfica, social y económica de la CAM, su zonificación socio-sanitaria se hace especialmente compleja, abordaremos someramente los tres niveles de zonificación que en esta comunidad se han establecido:

a/ Las Zonas Básicas de Salud. Este nivel, ámbito natural de la atención primaria, se estructura por la agrupación de municipios, barrios o secciones censales dependiendo de las características concretas de cada zona (demográficas, geográficas y sociales) y considerando el mandato legal (Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud; B.O.E. de 1 de Febrero de 1984), que concreta un límite poblacional, salvo excepciones, entre 5.000 y 25.000 habitantes, y una accesibilidad determinada de los individuos al centro de salud (30 minutos como máximo con los medios habituales de locomoción).

En virtud de ello la CAM queda conformada por 213 ZBS de las que 39 son rurales y 174 urbanas.

b/ Los Distritos de Salud. Este nivel, al que se llega por agregación de diferentes ZBS, no se contempla en el texto legal que inspira la reforma (LGS). Este segundo nivel de zonificación quedaría a mitad de camino entre los de "primer contacto" y aquellos constituidos por las super-especialidades y una serie de funciones administrativas, de investigación y

docentes que solo pueden brindarse a grandes grupos de población. Este nivel proporcionaría, por tanto, nexo interno al sistema y acercaría, mediante un proceso de síntesis, la ZBS a las grandes estructuras de Área.

Así pues, las funciones de los distritos serían las de ofrecer las especialidades más básicas, como Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, algunas algo más complejas como Cirugía y Oftalmología; servicios esenciales de Radiodiagnóstico y laboratorio; servicios de urgencias y funciones administrativas como las propias del apoyo a los centros de salud, participación en la planificación y programación, etc.

En su "Manual de Salud Pública y Medicina Comunitaria", Assex-Carter (1979) destaca una serie de funciones generales de los distritos del Servicio Nacional de Salud inglés. Entre éstas estarían las de analizar las mejoras que se produzcan, sugerir objetivos y prioridades para el desarrollo de los servicios y describir los fallos en el funcionamiento de los mismos, disponer la correcta asignación de los recursos y sugerir programas de actuación. Señala, así mismo, que del nivel de distrito provienen los planes y políticas de servicios que, a su vez, deben estar fundamentados en la evolución de las necesidades de la población.

El planificador utiliza, para la delimitación de estas zonas, los siguientes criterios básicos:

- * Límite de población. Para Madrid-capital y los diez municipios mayores de 50.000 habitantes se han respetado las divisiones administrativas (distritos municipales). Por ello las medias poblacionales oscilan desde los 170.000 habitantes para los distritos de Madrid-capital, 100.000 habitantes para esos diez municipios y entre 50.000 y 60.000 habitantes para el resto de los distritos.

- * Accesibilidad (máximo una hora de distancia a la cabecera del distrito).

- * Respeto a las divisiones administrativas existentes. Para ello no se rompen municipios ni ZBS ya existentes.

- * Criterios de estructura demográfica y socioeconómica.

- * Criterios externos.

A partir de todo lo dicho las 213 ZBS se agrupan en 34 Distritos de Salud, de los que tan solo 6 son netamente rurales.

c/ Las Áreas de Salud. Por último, por agregación de distritos se construye el nivel de área, nivel básico de gestión del servicio de salud de la CAM, según ya se ha explicado.

Dice Zusman (1969): "No existen fórmulas para establecer los límites de un Área de Salud sino que hay que tener en cuenta múltiples factores. No es posible determinar prioridades cuantitativas o ponderaciones a los factores, así, en última instancia, el planificador y el político deben sentarse a negociar los límites del área".

No es necesario señalar que a medida que vamos subiendo en nivel de zonificación se va perdiendo, necesariamente, homogeneidad interna de las zonas y se hace más difícil la delimitación de las mismas sobre la base de la uniformidad y el equilibrio interno.

Para la zonificación de Madrid el planificador ha utilizado las siguientes premisas:

- * Respeto a las divisiones administrativas previas.
- * Coordinación con los niveles anteriores de zonificación.
- * Tener en cuenta el trazado de las vías de comunicación.
- * "Orientación preferentemente cónica de las áreas con el fin de que contengan núcleos de población urbana, metropolitana y rural, aparte de que la misma ubicación de los recursos así lo exige." (Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM, 1988).

Como resultado de lo anterior se configura el Mapa de Salud de la CAM con once áreas (Anexo IV). En resumen correspondería una media de once ZBS por cada distrito, y una media de tres distritos por área.

El desequilibrio interno de las áreas y los distritos, que es evidente a pesar del esfuerzo de los planificadores e inherente a la propia diversidad de la CAM, surge como resultado de la difícil síntesis que la propia zonificación requiere, y algunos de sus aspectos se abordan en este estudio.

1.2.1.3.- Características generales de las Areas 6 y 9 de la CAM.

En el presente estudio se tratarán aspectos generales de interés para la finalidad que nos ocupa respecto a toda la CAM y se abordarán con detenimiento los que conciernen a dos áreas en particular:

- * Area centro-sur (Area 6)
- * Area sur-oeste (Area 9)

El por qué se eligen esas dos áreas de entre las once que componen la CAM se explica, básicamente, en que son las áreas que más nitidamente coinciden con zonas concretas de la antigua subdivisión territorial de la CAM ("las sectoriales" del INSALUD) posibilitando, por ello, el estudio en estas áreas de determinados aspectos de demanda atendida y morbilidad demandada en atención primaria que elaboró el INSALUD mediante encuesta trimestral durante el año 1987. Los datos de esa encuesta son presentados en algunos de sus aspectos en función de su distribución por sectoriales de la CAM, pudiendo por tanto, y por equivalencia territorial, suscribirse los mismos a las Areas comentadas.

Estas dos áreas tienen en común el estar situadas en la mitad sur de la comunidad pero son muy diferentes, como se verá, en sus características demográficas y socio-económicas. En realidad se dirá que son representativas de los dos grandes tipos de modelos poblacionales que hoy en día coexisten en la CAM (Anexo IV).

a/ El área 6 es un área urbana cuyo dos distritos (Centro y Arganzuela) se encuentran ubicados en la denominada "almendra central" de Madrid-capital. Es, como todas las áreas exclusivamente urbanas, de pequeña extensión (apenas diez kilómetros cuadrados), y agrupa en sus dos distritos un total de once ZBS.

b/ El área 9 es un área típica del cinturón industrial de Madrid, compuesta exclusivamente por dos ciudades de las diez que en la CAM (y excluida la capital) cuentan con más de 50.000 habitantes componiendo, cada una de ellas, cada uno de los dos distritos de que consta el área: Móstoles y Alcorcón. Posee el área una extensión de 78 Km cuadrados, y en sus dos distritos se reúnen un total de 12 ZBS.

El nivel de desagregación de los datos de demanda atendida y morbilidad demandada sólo nos permite la evaluación hasta el nivel mínimo de distrito (quedan fuera las ZBS), sin embargo los rasgos diferenciales de las dos áreas que se van a estudiar permiten un cierto margen de extrapolación y ofrecen al investigador las suficientes posibilidades de seleccionar indicadores sobre la base de características concretas fundamentalmente diversas.

2.- OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación existente entre las características demográficas, socioeconómicas y de la oferta de servicios de salud con la utilización de servicios y la morbilidad demandada en el nivel de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) y en dos de sus Areas sanitarias durante 1987.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Describir las características demográficas y socioeconómicas básicas de la Comunidad Autónoma de Madrid y de las Areas de Salud 6 y 9.

2.- Describir las características básicas de la oferta de servicios de Atención Primaria de Salud y la utilización que de ellos hacen las comunidades de la CAM y de sus Areas de Salud 6 y 9.

3.- Describir las características de la morbilidad demandada en la CAM y en sus Areas de Salud 6 y 9.

3.-METODO

3.1.-PRINCIPIOS METODOLOGICOS

1.- La distinta manera en que las poblaciones perciben y demandan por problemas de salud, así como los diferentes patrones con que utilizan los servicios de atención primaria de salud dependen de:

- * sus características demográficas;
- * sus características socioeconómicas y su nivel de educación sanitaria;
- * las posibilidades que le brindan el tipo y las características de la oferta de la red asistencial de atención primaria de salud (accesibilidad y cobertura).

2.- Todas las características antes mencionadas están condicionadas por el tipo de organización sociopolítica del Estado y por las características de la regionalización/zonificación de los servicios de salud.

3.- La adecuada planificación de los servicios requiere conocer todas las características mencionadas y su relación con el tipo de demanda asistencial que las poblaciones plantean en el primer nivel de atención.

3.2.-METODICA

El presente estudio es un trabajo descriptivo, ésto es intenta cumplimentar un objetivo básico de emitir hipótesis de trabajo sobre los hallazgos, y donde se intentará buscar siempre el nivel comparativo de los resultados y los hallazgos diferenciales en el espacio natural de las zonas que se examinan y su relación en el contexto geográfico y socio-político en el que están inmersas, intentando de ésta forma y en la medida de lo posible el marco referencial permanente horizontal y vertical, ésto es:

- * los distritos de salud entre sí y con sus áreas;
- * las áreas entre sí y con la CAM;
- * la CAM con el resto de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) del Estado y con los países de la Comunidad Económica Europea (CEE).

Los resultados obtenidos se presentan clasificados en los siguientes capítulos para los diferentes indicadores:

1.- ACTIVIDAD Y OCUPACION

- * Tasa bruta de actividad (TBA)

- * Tasa de actividad general (TAG)
- * Tasa de actividad femenina (TAF)
- * Tasa de actividad masculina (TAM)
- * Tasa de paro
- * Porcentaje de varones de entre el total de parados
- * Porcentaje de mujeres de entre el total de parados
- * Porcentaje de jóvenes de entre el total de parados
- * Incremento de desempleo entre 1980/1984 (%)
- * Porcentaje de población ocupada en el sector agrícola
- * Porcentaje de población ocupada en el sector industrial
- * Porcentaje de parados por sectores de producción
- * Tasa de paro masculino
- * Tasa de paro femenino

2.- EDUCACION

- * Porcentaje de analfabetos
- * Porcentaje de población con nivel de segundo grado
- * Porcentaje de población con nivel de tercer grado

3.- EQUIPAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

- * Número de teléfonos por 1000 habitantes
- * Número de televisores por 1000 habitantes
- * Número de vehículos de turismo por 100 habitantes
- * Personas por cada vivienda familiar
- * Porcentaje de viviendas secundarias sobre el total de viviendas
- * Producción bruta por empleo
- * Ingresos per cápita al año
- * Renta familiar disponible per cápita
- * Variación del Índice de Precios al consumo (I.P.C.)
- * Gasto público invertido por persona
- * Tasa de participación política
- * Número de oficinas bancarias por mil habitantes
- * Comercios minoristas de alimentación por cada mil comercios minoristas

4.- POBLACION

- * Población total
- * Variación de población entre 1970 y 1975
- * Variación de población entre 1975 y 1981
- * Variación de población entre 1981 y 1986
- * Variación de población entre 1970 y 1986
- * Densidad de población en 1986
- * Porcentaje de población menor de 1 año
- * Porcentaje de población de 1 a 14 años
- * Porcentaje de población de 15 a 64 años
- * Porcentaje de población de 65 y más años
- * Porcentaje de población por grupos etarios quinquenales desde 0 a 74 años
- * Porcentaje de población de 75 y más años
- * Porcentaje de población menor de 30 años
- * Razón de senilidad

- * Tasa de dependencia infantil
- * Tasa de dependencia senil
- * Tasa de dependencia general
- * Índice de envejecimiento
- * Razón entre sexos

5.- FECUNDIDAD

- * Niñas de 0 a 14 años por cada mil mujeres de 15 a 49 años
- * Razón de fecundidad (Relación niños/mujer)
- * Número de mujeres casadas sin hijos
- * Número de mujeres casadas con hijos
- * Número de mujeres casadas con dos hijos
- * Número de mujeres casadas con tres hijos
- * Número de mujeres casadas con cuatro hijos
- * Número de mujeres casadas con cinco hijos
- * Número de mujeres casadas con seis hijos
- * Número de mujeres casadas con más de seis hijos
- * Número medio de hijos por mujer

6.- PARA DESCRIBIR LAS CARACTERISTICAS BASICAS DE LA OFERTA DE SERVICIOS

- * Porcentaje de cobertura de población
- * Porcentajes de trabajadores y pensionistas entre las personas protegidas
- * Media de beneficiarios por cartilla de asistencia
- * Media de beneficiarios por cartilla de trabajador
- * Media de beneficiarios por cartilla de pensionista
- * Médicos por mil habitantes
- * Enfermeros por mil habitantes
- * Personal sanitario por mil habitantes
- * Personal no sanitario del Servicio de Salud por mil habitantes
- * Número medio de personas por cada ambulatorio
- * Número medio de personas por cada consultorio

7.- PARA DESCRIBIR LAS CARACTERISTICAS DE LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS

Este capítulo se presenta en dos partes: la primera está compuesta por datos de gestión del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) de Madrid en 1987, y la segunda por los resultados de la Encuesta de Morbilidad y Demanda Atendida (EMDA) realizada ése mismo año. Las características de dicha encuesta serán expuestas en éste mismo capítulo, en la parte de "Técnicas y procedimientos. Obtención de la información. Fuentes". Los datos de gestión se ofrecerán según los resultados obtenidos para los siguientes indicadores:

- * Media de consultas por médico y día
- * Media de consultas por mil cartillas al mes
- * Media de consultas por mil personas protegidas al mes (Tasa de intensidad de uso)
- * Porcentaje de personas protegidas en cartillas de

- trabajador
- * Porcentaje de personas protegidas en cartillas de pensionista
 - * Porcentaje de recetas prescritas para cartillas de trabajador
 - * Porcentaje de recetas prescritas para cartillas de pensionista
 - * Media de recetas prescritas por persona protegida al mes
 - * Media de recetas prescritas por persona protegida en cartilla de trabajador al mes
 - * Media de recetas prescritas por persona protegida en cartilla de pensionista al mes
 - * Porcentaje de crecimiento del gasto farmacéutico entre 1986 y 1987
 - * Gasto farmacéutico por persona protegida al mes
 - * Gasto farmacéutico por persona protegida en cartilla de trabajador al mes
 - * Gasto farmacéutico por persona protegida en cartilla de pensionista al mes
 - * Costo medio de la receta
 - * Costo medio de la receta de trabajador al mes
 - * Costo medio de la receta de pensionista al mes
 - * Número medio de recetas prescritas por cartilla al año
 - * Número medio de recetas prescritas por cartilla de trabajador al año
 - * Número medio de recetas prescritas por cartilla de pensionista al año
 - * Gasto farmacéutico por cartilla de trabajador al año
 - * Gasto farmacéutico por cartilla de pensionista al año
 - * Incremento de recetas prescritas entre 1986 y 1987
 - * Incremento de recetas prescritas para trabajadores entre 1986 y 1987
 - * Incremento de recetas prescritas para pensionistas entre 1986 y 1987
 - * Incremento del gasto farmacéutico entre 1986 y 1987
 - * Incremento del gasto farmacéutico para cartillas de trabajador entre 1986 y 1987
 - * Incremento del gasto farmacéutico para cartillas de pensionista entre 1986 y 1987
 - * Incremento del número de recetas prescritas para cada beneficiario de una cartilla de trabajador entre 1986 y 1987
 - * Incremento del número de recetas prescritas para cada beneficiario de una cartilla de pensionista entre 1986 y 1987
 - * Incremento del coste por cada receta entre 1986 y 1987
 - * Incremento del coste farmacéutico por cada cartilla entre 1986 y 1987
 - * Número medio de recetas prescritas por cada cartilla de trabajador al año
 - * Número medio de recetas prescritas por cada cartilla de pensionista al año

3.3.-TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

3.3.1.- DE OBTENCION DE LA INFORMACION.

a.- Fuentes:

Los indicadores del capítulo de Actividad se han elaborado o han sido tomados de:

- * Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM (1987)
- * Encuesta Nacional de Empleo del Instituto Nacional de Empleo (INEM), para los años 1986 y 1987.

Si se manejan, excepcionalmente, otras fuentes en este capítulo vienen relatadas en las tablas correspondientes y su especificación aparece en el índice bibliográfico.

Los indicadores del capítulo de Educación se obtuvieron del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM.

Para el capítulo de Equipamiento y calidad de vida se trabajó, aparte de con la obra anteriormente indicada, con información obtenida del Anuario Estadístico del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 1987 y 1988.

Los indicadores correspondientes al capítulo de Población se elaboraron fundamentalmente a partir del Padrón Municipal de Habitantes de 1986. Algunos se obtienen también del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM.

En el capítulo de Fecundidad, en la medida que la desagregación de los datos lo permite, se elaboran los indicadores a partir del Padrón Municipal de Habitantes de 1986. Algunos datos se toman también del citado Mapa de Salud.

Los indicadores de Oferta de servicios se construyen a partir de datos del Informe de Gestión de la Dirección Provincial del INSALUD de Madrid de 1987 y de Indicadores de Gestión del INSALUD Nacional de 1987.

Para describir las características de la utilización de servicios, además de las mismas fuentes de obtención de indicadores ya comentadas en el párrafo anterior, se trabajó con la Encuesta de Morbilidad y Demanda Atendida (EMDA) realizada por el Gabinete de Estudios de la Dirección Provincial del INSALUD-Madrid durante 1987. Esta misma fuente se utiliza para describir las características de la morbilidad.

b.- Encuesta:

Como se acaba de indicar, para conocer las

características de la utilización de servicios en atención primaria y la morbilidad que se demandó en ese nivel en la CAM, se trabaja con la EMDA realizada el año del estudio.

Esta encuesta se plantea como un subsistema de información sanitaria en el ámbito de la Dirección Provincial del INSALUD de Madrid, y se viene realizando desde 1985. El objetivo general de la encuesta es llegar al conocimiento de tres características básicas de la demanda asistencial, cual son:

- * la tipología de los usuarios
- * la utilización de los servicios
- * la morbilidad atendida en las consultas del primer nivel de asistencia.

La población de estudio la constituyen los usuarios que demandan servicios de atención primaria en las instituciones abiertas del INSALUD de Madrid. Estos centros son instituciones de titularidad del INSALUD con consultas de Medicina General y Pediatría.

Se utiliza una muestra estratificada con afijación proporcional según tres criterios de estratificación: tipo de consulta, zona geográfica y tipo de asistencia. Esa afijación proporcional se ajusta al peso específico, en cuanto a volumen de consultas, que representó cada estrato en el periodo anterior de estudio (el año 1986).

Se utiliza por tanto una estratificación bietápica (18 estratos producidos por tres criterios de estratificación con asignación proporcional en dos etapas: las consultas y los sujetos) y un procedimiento de selección semiprobabilístico, esto es, probabilístico en la primera etapa y no probabilístico en la segunda.

A la hora de realizar los cálculos de errores de estimación en que se pudiera caer para el tamaño de la muestra que haya resultado en cada subgrupo de interés, se ha asumido que en la segunda etapa de selección la elección de los individuos fué aleatoria y también que no hay "efecto de diseño", es decir que el hecho que une a los sujetos en una misma consulta no hace que ellos se parezcan sustancialmente entre sí a los efectos de lo que se estudia.

Cada uno de esos criterios dividen a la muestra, a su vez, en los diferentes subgrupos:

1.- Tipo de consulta. Se divide y se asignan las encuestas en función de que sean consultas de Medicina General y de Pediatría.

2.- Zona geográfica. Este estrato se divide en tres subgrupos:

a/ MADRID-CAPITAL. Comprende todos los centros situados en el término municipal de Madrid.

b/ ZONA INTERMEDIA. Comprende todos aquellos centros, propiedad del INSALUD situados en los municipios de la CAM del llamado cinturón industrial de Madrid o área metropolitana, y son: Alcalá de Henares, Alcobendas, Alcorcón, Aranjuez, Arganda, Collado Villalba, Colmenar Viejo, Coslada, Fuenlabrada, Getafe, Leganés, Majadahonda, Móstoles, Parla, Pinto, Pozuelo, Rivas-Vaciamadrid, San Fernando de Henares, San Lorenzo del Escorial, San Sebastián de los Reyes, Torrejón de Ardoz y Valdemoro.

c/ PUEBLOS. Comprende todos aquellos centros de asistencia primaria del INSALUD ubicados en los demás municipios de la provincia de Madrid.

3.- Tipo de Asistencia. También este estrato resulta dividido en tres subgrupos:

a/ AMBULATORIO/CONSULTORIO. Comprende aquellos centros donde prestan su atención facultativos en régimen de jornada de dos horas y media en el centro asistencial (asistencia no jerarquizada).

b/ EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA. Comprende centros donde prestan su atención facultativos en régimen de jornada completa (asistencia jerarquizada).

c/ CONSULTAS DE APD. Aquí quedan incluidos aquellos consultorios atendidos por facultativos del Cuerpo de Médicos Titulares, o Asistencia Pública Domiciliaria (APD).

La muestra se extrae aleatoriamente para cada lanzamiento. En el año 1987 se efectúan cuatro lanzamientos, uno por cada trimestre, y los datos que aquí se presentan corresponden al global de todo el año, es decir a la suma de todos los lanzamientos trimestrales. La extracción de la muestra, como ya se dijo, se hace por estratos y con afijación proporcional, es decir, distribuyendo la muestra en cada estrato proporcionalmente a la distribución del universo general del estudio. Este universo lo constituye la totalidad de las consultas de Medicina General y Pediatría del INSALUD de Madrid y el soporte de trabajo utilizado es el listado o fichero de médicos de Medicina General y Pediatría adscritos a esas consultas. Dicho fichero se actualiza periódicamente.

La distribución de la muestra para el presente estudio (los cuatro lanzamientos de 1987) queda como sigue:

el total de encuestas efectuadas ese año es de 10.840. De todas ellas el 87,27% son de Medicina General (9.460 encuestas) y el 12,73% restante de Pediatría (1.380 encuestas).

Para este estudio solo manejaremos los datos referentes a Medicina General, es decir la base de las 9.460 encuestas comentadas. De todas estas encuestas de Medicina General, un 86,60% de ellas corresponden a usuarios que acuden a la consulta para resolver un asunto propio (8.231 personas). Son estas y solo estas el universo de nuestro estudio, ya que desechamos ese 13,40% de encuestas de usuarios que son entrevistados y reconocen acudir a la consulta para resolver un problema de otra persona.

Por lo tanto el universo de encuestas sobre las que trabajaremos para datos de la CAM de todo el año 1987 son las 8.231 encuestas de Medicina General realizadas en individuos que acudían por un problema propio.

Para el segundo estrato (zona geográfica) las 8.231 encuestas quedan divididas en los siguientes subgrupos de afijación:

* Madrid-capital. Un 66,27% de ellas, ésto es 5.455 encuestas. Ello confiere a los datos de este grupo para una probabilidad del suceso de 0,5 y un error de estimación $<$ de 0,05, un intervalo de confianza de $\pm 0,009$ en la estimación de la población de la que proceden.

* Zona intermedia. Un 28,84% de las encuestas, es decir 2.374 encuestas. Es decir que para un valor de probabilidad del suceso de 0,5 y una probabilidad de error $<$ de 0,05, encontraremos un valor de intervalo de confianza de $\pm 0,014$.

* Pueblos. Se llevan un 4,88% de ellas (402 encuestas). Para este grupo y para un valor de p de 0,5 con una seguridad de 95% hallaremos un intervalo de confianza para la estimación de $\pm 0,034$.

Respecto al tercer estrato (tipo de asistencia) se desglosan las encuestas como sigue:

* Ambulatorio/consultorio. Un total de 7.461 encuestas pertenecen a este grupo (que corresponde a una asignación previa de un 90,64%), por lo que para resultados de p de 0,5 y 95% de seguridad manejaremos un valor de intervalo de confianza de $\pm 0,0081$.

* Equipo de Atención Primaria. Este grupo se lleva una asignación de un 4,36%, es decir 359 encuestas. Para un valor de p de 0,5 y una seguridad de 95% manejaremos un intervalo de confianza de $\pm 0,036$.

* Consultas de APD. Corresponden a este subgrupo un 4,73% de las encuestas (390). Para un valor de p en este grupo de 0,5 y una confianza de 95% hablaremos de una precisión de $\pm 0,035$.

Respecto a las dos áreas que estudiamos, el área 6 y el área 9, queda como sigue:

* Area 6. Se realizan en ese área un total de 608 encuestas a lo largo del año (7,38% del total). Allí para una p de 0,5 y una confianza de 95% tendremos un valor de intervalo de confianza de $\pm 0,028$.

* Area 9. En ese área se realizan 506 encuestas (6,14% del total). Para una p de 0,5 y una seguridad de 95% encontraremos un valor de intervalo de confianza estimativo de $\pm 0,031$.

La recogida de los datos se realizó, como se dijo, cuatro veces al año, y se mantiene constante en cada trimestre el día de la semana, y el número de la semana del mes. Todos los puntos muestrales de cada lanzamiento hacen la recogida de datos el mismo día.

La encuesta se aplica mediante entrevista personal estructurada donde se aplica un cuestionario que consta de dos partes:

a/ Una primera parte realizada por una enfermera del centro, fuera de la consulta del médico y generalmente previa a ella, que incluye preguntas al usuario sobre demanda, morbilidad subjetiva y satisfacción.

b/ Una segunda parte que cumplimenta el médico dentro de la consulta y que recoge datos sobre morbilidad atendida, remisión a otros servicios y prescripción.

En cada punto o consulta se seleccionan al azar 10 consultas del total de consultas que se atienden ese día. El nivel de respuesta para estos lanzamientos es del 90% y se registra un índice de repetición de usuario (usuario que alguna vez antes ha contestado la encuesta) de 4,65%. Un ejemplar de la encuesta en que se basa este estudio se ofrece como Anexo XIII.

En el estudio se realiza una descripción de los usuarios según las variables: edad, sexo, nivel de estudios, profesión, y cruzando las variables nivel de estudios con área de salud, y edad y tipo de centro.

La utilización de servicios se determinó a partir de los siguientes factores condicionantes del uso:

* Beneficiarios por cartilla de asistencia según edad y nivel de estudios del entrevistado.

* Asistencia distinta a la ofrecida por el INSALUD según el sexo, la edad, el nivel de estudios, la profesión, el tipo de centro, la zona geográfica y el área. En este apartado, por tanto, se hace referencia a los usuarios que además de contar con la asistencia ofrecida por la red pública tienen contratados servicios con asociaciones médicas, consultorios privados o profesionales en libre ejercicio.

* Motivo de consulta, clasificandolos en: enfermedad, recetas, trámite administrativo por incapacidad laboral, y actividades preventivas. Todos ellos en función de la edad, el tipo de centro, la zona geográfica, el nivel de estudios y la profesión del entrevistado.

Consideramos aquí, por tanto, que motivo de consulta es "la razón que conduce a una persona a solicitar asistencia sanitaria, vista desde la perspectiva del paciente" (Gervas J. y cols, 1987).

* Frecuentación de la consulta al mes, según la edad, el sexo, el nivel de estudios, el tipo de centro y la zona geográfica.

* Utilización de los servicios centrales de radiología y laboratorio, según el sexo, el nivel de estudios, el tipo de centro, la zona geográfica y las áreas.

* Hospitalización en el último año, según el tipo de centro.

* Número de usuarios por consulta, clasificando a las consultas según el número de usuarios que asisten, como promedio, a ella, en los siguientes grupos:

< de 10 usuarios
de 10 a 14 usuarios
de 15 a 29 usuarios
de 30 a 44 usuarios
de 45 a 59 usuarios
más de 60 usuarios;

todo ello analizado según el tipo de centro y la zona geográfica.

* Grado de satisfacción subjetiva con la asistencia recibida atendiendo a la clasificación:

Muy satisfecho
Satisfecho
Normal
Insatisfecho
Muy insatisfecho;

todo ello en función de las variables sexo, la edad, el nivel escolar, el tipo de centro, la zona geográfica, el número medio de usuarios en consulta, y las áreas.

* Opinión del encuestado sobre la mejora de la asistencia según las siguientes categorías:

Mucho mejor
Mejor
Igual
Peor
Mucho peor;

todo ello respecto a las variables edad, el nivel escolar, el tipo de centro, el número medio de usuarios en la consulta, y las áreas.

* Prescripción de algún medicamento en esa consulta (SI/NO), según el sexo del usuario, la edad, el nivel escolar, la profesión, el tipo de centro, la zona geográfica, y las áreas.

* El tipo de prescripción que se realiza según sea:

Para inicio de tratamiento

Para continuación de tratamiento

Transcripción de una prescripción realizada por otro profesional;

todo ello en función de la edad, la zona geográfica y las áreas.

* El número de recetas extendidas para la consulta que se realiza. Este factor se analiza en función de las variables: edad, tipo de centro, zona geográfica y áreas.

Las variables expuestas, con las que se cruzan los diferentes factores determinantes del uso se distribuyen en los siguientes intervalos:

1.- La edad:

de 7 a 14 años
de 15 a 24 años
de 25 a 34 años
de 35 a 44 años
de 45 a 54 años
de 55 a 64 años
65 y más años.

2.- El nivel escolar o grado de instrucción:

Analfabetos
Lee y escribe
Estudios primarios
Bachillerato y Formación Profesional (Secundaria)
Estudios medios
Estudios superiores

3.- La profesión:

Agricultor
Trabajador industrial
Trabajador de servicios
Trabajador de la construcción
Inactivo (básicamente jubilados y minusválidos)
Estudiante
Ama de casa ("sus labores")
Parados

4.- La zona geográfica:

Madrid- capital
Zona intermedia
Pueblos

5.- El tipo de centro:

Ambulatorio/consultorio
Equipos de Atención Primaria (EAP)
Consultas de APD

6.- Las áreas:

Area 6
Area 9

Como se aclara en otra parte de este trabajo se elijen esas dos áreas, básicamente, por dos motivos: uno es que las dos áreas señaladas, por sus características y tal como se analiza más adelante, pueden ser los prototipos de las dos grandes realidades sociodemográficas y socioeconómicas de entre todas las diversas que la CAM presenta (se aclara que esas áreas son las que corresponden a la zonificación previa a la vigente en la actualidad, y su establecimiento legal queda referido en el texto); la otra es que ambas áreas de la antigua zonificación coinciden geográficamente con dos sectoriales de la antigua zonificación de la CAM: en concreto el área 6 correspondería geográficamente con la sectorial 4, y el área 9 con la sectorial 25. Habida cuenta de que la encuesta que se utiliza (EMDA) en sus cuatro lanzamientos de 1987 presenta algunos de sus datos clasificados por sectoriales utilizamos la equivalencia reseñada sectorial/área para el cruce de variables y análisis de factores.

Para el capítulo de morbilidad demandada se estudia el principal problema de salud que motivó la consulta y, por otro lado, las enfermedades crónicas que presentan los usuarios independientemente de que sea esa enfermedad la que motiva la consulta. Se dirá aquí, y sobre este extremo se insiste a los profesionales que van a cumplimentar las encuestas, que problema de salud es cualquier queja, observación o hecho que el paciente o el médico perciben como una desviación de la normalidad (Gervas y cols, 1987).

El problema de salud detectado o la enfermedad crónica de la que es portador el usuario se escribe por el médico en la correspondiente casilla de la encuesta (ver anexo XIII) y, una vez recogida la misma es codificado para su análisis. La clasificación utilizada para ello es la de uso más común en nuestro país en atención primaria: la CIPSAP-2 o Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria, segunda revisión. Esta clasificación, también conocida internacionalmente con las siglas ICHPPC, se publicó por primera vez en 1983 bajo los auspicios de la WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias, y Asociaciones de Médicos Generales y de Familia)

En nuestro país la clasificación es más conocida como "wonca" y la OMS la reconoce como una adaptación para Medicina General de la CIE-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión) (OPS/OMS, 1978).

Se debe decir que esta clasificación no es una guía de diagnósticos ni una guía terapéutica, si no una clasificación de problemas de salud, es decir, su propósito es clasificar tanto los problemas concretos de las personas que se sienten enfermas como los de aquellos que, considerándose sanos, buscan la evaluación, atención y consejo experto en el nivel primario.

La clasificación incluye 352 rúbricas distribuidas en 18 grupos de problemas. El número de rúbricas coincidentes entre esta clasificación y la CIE-9 es casi del 50%. No cabe duda de que codificar es transformar el problema enunciado en un número. En el caso de la clasificación que comentamos, ante la posibilidad frecuente de que a un mismo problema se le pueda asignar más de un código, se designaron unas normas de utilización del mismo que, brevemente se resumen:

- 1.- Clasificar preferentemente en la rúbrica que dé especificidad etiológica.
- 2.- Si lo anterior no fuera posible se hará atendiendo a la afectación específica en un periodo de tiempo.
- 3.- Si a nada de lo anterior a lugar debido al conocimiento fidedigno que en ese momento se tenga del problema que se atiende, se dará, a continuación, preferencia al código que especifique el órgano afectado.
- 4.- Sí, por fin, nada de lo anterior fuera posible se clasificará en el código que mejor se ajuste al problema planteado.

El análisis de los resultados de la encuesta que se hará en este estudio aportará datos sobre los problemas y enfermedades por los que más frecuentemente se demandó en las consultas y no sobre el global pormenorizado de problemas y enfermedades que provocaron el uso de ese servicio asistencial. Por ello el enfoque que en este estudio se dará al análisis de la morbilidad demandada aparece más cómo el análisis de un factor determinante más de la propia demanda (como quedó planteado en la introducción) que como una exhaustiva investigación de la realidad de los problemas de salud hallados. La estructura general de este último tipo de estudios suele basarse en la agrupación de problemas de salud en los 18 grupos que la clasificación de la WONCA presenta y no sobre códigos concretos, analizándose además y por lo general, la totalidad de la demanda generada.

La clasificación de la WONCA posee una versión definida donde se aclara qué problemas de salud están incluidos y excluidos en cada código.

A continuación se presentan estos criterios de inclusión y exclusión para los códigos que aparecen en este

estudio:

Nº 120.- HIPERTENSION ARTERIAL NO COMPLICADA (PRIMARIA O SECUNDARIA). Incluye: Hipertensión lábil.

Nº 135.- AMIGDALITIS AGUDA. ANGINA. ABSCESO PERITONSILAR. Excluye: las probadas de origen estreptocócico.

Nº 153.- TRASTORNOS DE LA FUNCION Y OTRAS ENFERMEDADES DE ESTOMAGO Y DUODENO. Incluye: dispepsia, gastritis (incluso alcohólica) y duodenitis. Excluye: gastritis o duodenitis infectivas.

Nº 229.- OSTEOARTRITIS (OSTEOARTROSIS) Y CONDICIONES AFINES. Excluye: las de columna.

Nº 342.- OBSERVACIONES Y CUIDADOS DE OTROS PACIENTES DE ALTO RIESGO. Incluye: manejo de pacientes con aparatos protésicos e implantes, estados postquirúrgicos, historia familiar de ciertas enfermedades, e historia personal de ciertas enfermedades.

Nº 348.- PRESCRIPCIONES SIN EXAMEN: CARTAS, FORMULARIOS, CERTIFICADOS Y PRESCRIPCIONES SIN NECESIDAD PARA EXAMENES ADICIONALES O ENTREVISTA DEL PACIENTE. Excluye: prescripción de contraceptivos orales.

Nº 139.- INFLUENZA SIN NEUMONIA. Excluye gripe gástrica, infección viral no especificada de otra manera.

Nº 133.- INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR, AGUDAS. Incluye: rinitis, nasofaringitis. Excluye: aquellas otras de probado origen específico.

Nº 050.- DIABETES MELLITUS. Excluye: hiperglucemia no especificada de otra manera, test de tolerancia a la glucosa anormal.

Nº 056.- TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LOS LIPIDOS. Incluye: hiperlipidemia, anormalidades en el nivel de lipoproteínas y niveles elevados de colesterol y triglicéridos.

Nº 072.- DESORDENES DEPRESIVOS. Excluye: breves reacciones de stress depresivo.

Nº 110.- ENFERMEDAD CARDIACA ISQUEMICA CRONICA. Incluye: Infarto de miocardio cicatrizado, angor pectoris, enfermedad cardiaca isquémica asintomática, cardioesclerosis, aneurisma cardiaco. Excluye: enfermedad valvular arterioesclerótica.

Nº 125.- ARTERIOESCLEROSIS EXCEPTO DEL CORAZON, CEREBRO E INTESTINO Y PULMON. Excluye: cuando causa bloqueo arterial.

Nº 143.- ENFISEMA Y EPOC. Excluye: bronquiectasias.

Nº 237.- OSTEOARTRITIS DE COLUMNA (CUALQUIER REGION).
Incluye: espondilosis.

3.3.2.- DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS

a/ Descripción de indicadores.

A continuación se describen los indicadores cuya forma de elaboración ha podido variar de la habitual, o aquellos otros de uso poco frecuente.

* Indicadores del capítulo de actividad.

* Tasa bruta de actividad: población activa/población general por 100.

* Tasa de actividad general: población activa/población mayor de 16 años por cien.

* Tasa de paro: número de parados/población activa por cien.

* Porcentaje de jóvenes en paro: número de parados entre 16 a 24 años/número de activos entre 16 y 24 años por cien. (Recordaremos aquí que para las estadísticas oficiales de nuestro país se define a la población activa como aquella población mayor de 16 años en condiciones de trabajar, es decir excluyendo a estudiantes, jubilados, y personas dedicadas al trabajo doméstico en su propio domicilio).

* Tasa de actividad femenina: número de mujeres activas/total de mujeres por cien.

* Tasa de actividad masculina: número de varones activos/total de varones por cien.

* Tasa de paro femenino: número de mujeres paradas/número de mujeres activas por cien.

* Tasa de paro masculino: número de hombres en paro/número de hombres en activo por cien.

* Indicadores del capítulo de educación.

* Porcentaje de analfabetos: población analfabeta/población mayor o igual de 10 años por cien.

* Porcentaje de población con segundo grado: población

con segundo grado escolar/población de 10 y más años por cien.

* Porcentaje de población con tercer grado: población con tercer grado escolar/población de 10 años o más por cien.

* Indicadores del capítulo de calidad de vida y equipamiento.

* Tasa de participación política: número de papeletas emitidas en las elecciones municipales de 1982/número de electores censados por cien.

* Indicadores del capítulo de población.

* Razón de senilidad: población de 65 a 69 años/población de 85 y más años por cien.

* Tasa de dependencia infantil: población de 19 años y menos/población entre 20 y 59 años por cien.

* Tasa de dependencia senil: población de 60 años y más/población entre 20 y 59 años por cien.

* Tasa de dependencia general: población de 19 años y menos + población de 60 y más años/población entre 20 y 59 años por cien.

* Índice de envejecimiento: población de 65 y más años/población de 15 años y menos por cien.

* Indicadores del capítulo de fecundidad.

* Razón de fecundidad: población de 4 años y menos/mujeres de 15 a 49 años por mil.

* Optimo fecundo: mujeres entre 20 a 29 años/mujeres de 15 a 49 años por mil.

* Número medio de hijos por mujer: número de hijos/total de mujeres casadas.

b/ Técnicas de análisis utilizadas.

Como técnicas de análisis para determinar la significación estadística de las diferencias observadas en las distintas distribuciones de las variables y sus factores condicionantes se trabajó con las siguientes:

1.- Para estudiar las asociaciones entre caracteres cualitativos se utilizó la técnica de la X^2 ("chi cuadrado") de Pearson, admitiendo que las asociaciones poseen significación estadística cuando la probabilidad de error es $<0,05$.

2.- Para el estudio de aquellas diferencias entre valores de la muestra con la distribución de esas variables en la población general se trabajará con una prueba de significación de bondad de ajuste por el método de X^2 de Pearson (significación para $p < 0,05$)

En el estudio del comportamiento de algunas variables en relación con diversos factores condicionantes se realizará análisis de regresión lineal por el método de mínimos cuadrados (rectas de tendencia).

c/ Procesamiento de los datos.

El procesamiento de toda la información es manual por calculadora de mesa y únicamente se realizará análisis automatizado en ordenador en las pruebas de significación estadística.

Una vez procesada la información se presentará en tablas de resumen.

La confección mecanográfica se realizó sobre soporte automatizado.

3.3.3.- DE DISCUSION Y SINTESIS.

Los resultados más importantes de los diferentes capítulos del trabajo fueron confrontados mediante un proceso de síntesis, lo que permitió emitir las correspondientes conclusiones y recomendaciones.

4.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1.- PERFIL SOCIO-SANITARIO DE LA CAM Y LAS AREAS 6 Y 9.

4.1.1.- ACTIVIDAD.

Al observar la tabla 1, referida a 1984, se constata como la tasa bruta de actividad (TBA) de los países de la CEE es sensiblemente superior a la de España y aún muy superior a la de la CAM.

Respecto al paro se aprecia que tanto Madrid como España tienen, en 1984, a una quinta parte de la población activa en paro, casi el doble que la media de los diez países de la CEE. Además el paro incide con más fuerza entre los jóvenes menores de 25 años que en el resto de los países, hasta tal punto que en España y la CAM más de la mitad de los parados son menores de esa edad.

El fenómeno del paro se ha venido agravando en los últimos años (última columna de la tabla 1) aunque resulte llamativo el "desaceleramiento" de los niveles de desempleo en España y la CAM respecto al resto de la CEE.

Del total de parados, en los países de la CEE, un 41,8% son mujeres mientras que para ese año en España y en la CAM el peso específico de las mujeres sobre el total de los desempleados era notablemente inferior.

Según el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) ("Encuesta de población activa, tercer trimestre de 1985"), España y la CAM, para esa fecha, mostraban unas tasas de actividad general (TAG), ésto es tras excluir del cómputo a aquellas personas que legalmente no están en edad de trabajar, bastante más bajas que las del resto de la CEE. En concreto la CAM tenía un porcentaje de población activa siete puntos por debajo de la CEE (47,2% y 53,9% respectivamente).

En esa encuesta destacaba el contraste entre varones y hembras activos, que era de 69% para ellos y de 28% para ellas. La tasa bruta de actividad (TBA) aumentó en España entre 1940 y 1960, debido en parte por la incorporación de la mujer al mercado laboral. A partir de los años sesenta esta tasa comenzó a caer de nuevo hasta situarse en un 36% en 1985 frente al 40% de 1960. Evidentemente la crisis pasada afectó más al colectivo de mujeres en este aspecto.

TABLA 1**TASAS DE ACTIVIDAD Y DE PARO EN LA CEE, ESPAÑA Y LA CAM (1984).**

	ESPAÑA	CEE	CAM
TASA BRUTA DE ACTIVIDAD (1)	34,6	43,1	25,5
TASA DE PARO (2)	20,1	10,6	20,3
% DE MUJERES DEL TOTAL DE PARADOS	35,4	41,8	35,0
% DE JOVENES DEL TOTAL DE PARADOS (3)	52,6	40,3	52,9
INCREMENTO DEL DESEMPLEO ENTRE 1980 Y 1984 (%)	79,5	86,0	55,0

(1) Por cien habitantes

(2) Por cien activos mayores de 16 años

(3) Población menor de 25 años y mayor de 16 años

Fuentes: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

El paro ha afectado más a las mujeres que a los varones. En la mencionada encuesta, y para 1985, se encontraba una diferencia entre varones y hembras de un 8% en la CAM y de un 6% en el conjunto nacional.

Los últimos datos disponibles del periodo en estudio (Diciembre de 1987) (tabla 2) muestran cómo los porcentajes de personas activas de entre los mayores de 16 años en toda España son bastante similares a los registrados en la CAM, ambos sobre un 49%.

Más desigual, según se observa en esa tabla, es la incidencia del paro en las CCAA, siendo, en todo caso, muy elevado en todo el territorio nacional (20,0%), bastante mayor que el que presentaban los países de la OCDE para la misma fecha (8,25%). Señalaremos, éso sí, que la CAM aparecía entonces con casi tres puntos por debajo de la del Estado.

Las tasas de actividad del área 6 son muy homogéneas en sus dos distritos, y en el global del área resulta la tasa bruta discretamente superior a la media de la CAM, aunque la general sea algo inferior, todo ello, seguramente, como reflejo de la estructura por edades de ése área. La tasa de actividad femenina (TAF) del área 6 es superior a la media de Madrid y todos los indicadores de paro resultan inferiores a los de la CAM, tanto para la propia área como para sus dos distritos (tabla 3). Resumiendo podríamos decir que el área 6 presenta unos indicadores de actividad (TAG) de los más bajos de la CAM y unos indicadores de paro también entre los más bajos.

Al continuar analizando la tabla 3 se nota que en las tasas de actividad del área 9, para 1981, sucede el fenómeno inverso al detectado en el área 6, ésto es baja TBA (una de las más bajas de la CAM) y alta TAG (una de las más altas de toda la CAM). Al igual de lo ya comentado para el área 6, este fenómeno resulta reflejo evidente de la estructura etaria poblacional. La TAF en ese área es más baja que la del área 6 y la tasa de paro femenino es más elevada. Al comparar los dos distritos del área 9 vemos que no se aprecian grandes diferencias en las tasas de paro, salvo para el paro juvenil que es un 4% más elevado en Alcorcón que en Móstoles.

En lo que concierne a la distribución de la población por sectores de actividad (tabla 4), para 1984, se aprecia cómo el porcentaje de población que se dedica a la actividad industrial es bastante similar en la CEE, España y la CAM (alrededor de la tercera parte de la población que trabaja), mientras que el de la población dedicada a los servicios es bastante inferior en España que en la CEE (aproximadamente la mitad de la población trabajadora), y muy superior en la CAM.

TABLA 2**TASAS DE ACTIVIDAD Y PARO. ESPAÑA Y CCAA. DICIEMBRE 1987**

COMUNIDAD AUTONOMA	TASA DE ACTIVIDAD GENERAL (%)	TASA DE PARO (%)
1. ANDALUCIA	46,7	30,3
2. ARAGON	46,4	14,4
3. ASTURIAS	49,1	22,0
4. BALEARES	49,8	13,2
5. CANARIAS	50,4	22,2
6. CANTABRIA	47,4	19,3
7. CASTILLA-LA MANCHA	45,1	14,9
8. CASTILLA-LEON	46,6	16,4
9. CATALUÑA	52,4	20,0
10. EXTREMADURA	45,7	26,7
11. GALICIA	52,9	11,9
12. MADRID	49,0	17,3
13. MURCIA	49,4	17,0
14. NAVARRA	49,2	16,8
15. PAIS VASCO	50,1	22,3
16. RIOJA	47,2	13,2
17. VALENCIA	50,8	18,3
ESPAÑA	49,2	20,0

Fuente: Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional del Empleo. Ministerio de Trabajo. Tomado del Anuario "El País", 1988.

TABLA 3

**TASAS DE ACTIVIDAD Y PARO POR SEXO Y JUVENIL EN LAS AREAS Y
DISTritos EN ESTUDIO. 1981.**

	TASAS DE ACTIVIDAD (%)				TASAS DE PARO (%)			
	Bruta	Gral.	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Juv.
Centro	38,7	45,6	30,6	66,1	15,7	16,4	15,2	38,3
Arganzuela	37,7	47,8	30,4	69,2	13,3	16,8	11,4	36,9
AREA 6	38,3	46,5	30,5	67,4	14,7	16,6	13,6	37,7
Móstoles	34,6	56,4	24,4	89,2	16,1	25,3	13,6	25,8
Alcorcón	33,1	53,4	22,8	85,6	16,1	25,7	13,4	39,6
AREA 9	33,9	54,9	23,6	87,5	16,1	25,5	13,5	37,5
CAM	36,0	50,3	27,3	76,3	16,4	21,3	14,4	39,3

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

TABLA 4

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE LA CAM, ESPAÑA Y LA CEE SEGUN
SECTORES DE LA ACTIVIDAD (1984)**

	AGRICOLA (%)	INDUSTRIA (%)	SERVICIOS (%)	TOTAL
ESPAÑA	18,0	32,7	49,3	100
CEE	7,4	34,6	58,0	100
CAM	1,3	33,2	65,5	100

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

Los datos para España y las CCAA a Diciembre de 1987 (tabla 5) demuestran, al compararlos con los de 1984 (tabla 4), una pérdida de porcentaje de población trabajadora en España en agricultura (de 18% a 14,9%) y una ganancia destacable en población dedicada a servicios (de 49,3% a 52,6%), tendencia clara a la equiparación con la distribución europea.

En dicha tabla se aprecia cómo la CAM es la comunidad autónoma que tiene menos proporción de población ocupada en la agricultura y una de las que más proporción tiene dedicada a servicios (después de Canarias). Además en comparación con 1984 la CAM gana en proporción de población dedicada al sector agrícola y de servicios, lo que indica una reducción proporcionalmente mayor en el sector industrial que en los otros dos sectores. Evidentemente la crisis tuvo más impacto en los sectores relacionados con la industria, aunque globalmente (tabla 6) el mayor porcentaje de parados, tanto en el Estado como en la CAM, afecte más al nivel terciario (servicios) que a los demás. Es de destacar, por último, el elevado porcentaje de parados sin empleo anterior, aproximadamente un cuarto de la población parada de Madrid y aún más en todo el Estado.

Por áreas del estudio (tabla 7) se encuentra que el porcentaje de población ocupada en la agricultura es bastante inferior en las áreas 6 y 9 que la media de Madrid, al igual que cada uno de sus distritos, expresión clara de su mayor grado de urbanización.

Los niveles de ocupación industrial son mayores en el área 9 que en la CAM, encontrándose por debajo de ésta los del área 6 (23,6%). Otra cosa diferente sucede en el sector servicios donde, como se ve, el área 6 es la que mayor porcentaje de población tiene dedicada a esta actividad (76%), muy superior a la media de la CAM. Bastante inferior es la proporción que se registra, para el sector servicios, en el área 9. En ambas áreas, sus distritos se comportan bastante uniformemente entre sí en este indicador.

Otro enfoque en el análisis de esta información se hace a partir de la elaboración del "Índice Ocupación", según se extrae del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid, tomo II, mediante la valoración positiva del indicador tasa de actividad y la negativa del indicador tasa de paro. Los distritos de las áreas de estudio ocupan las posiciones relativas, respecto al total de los distritos de la CAM, que se reflejan en la tabla 8. En ella se aprecia que los del área 6 quedan dentro de los denominados de "buena posición" (distrito Centro), y "muy buena posición" (distrito Arganzuela) y, los del área 9 entre los de "buena posición" (distrito Móstoles) y de "regular posición" (distrito Alcorcón).

TABLA 5**DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SECTORES DE LA ACTIVIDAD
EN ESPAÑA Y LAS CCAA. (DICIEMBRE 1987)**

COMUNIDAD AUTONOMA	AGRICOLA (%)	SERVICIOS (%)
1. ANDALUCIA	18,3	56,1
2. ARAGON	15,7	50,2
3. ASTURIAS	3,8	57,9
4. BALEARES	8,3	61,2
5. CANARIAS	10,6	67,7
6. CANTABRIA	19,1	49,0
7. CASTILLA-LA MANCHA	23,7	42,8
8. CASTILLA-LEON	24,9	47,2
9. CATALUÑA	5,9	50,9
10. EXTREMADURA	30,8	49,6
11. GALICIA	40,1	37,4
12. MADRID	1,8	66,5
13. MURCIA	16,6	52,9
14. NAVARRA	11,5	46,4
15. PAIS VASCO	4,5	53,3
16. RIOJA	15,5	44,7
17. VALENCIA	11,3	52,7
ESPAÑA	14,9	52,7

Fuente: Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional del Empleo. Ministerio de Trabajo. Tomado del Anuario "El País", 1988.

TABLA 6

**PORCENTAJE DE PARADOS (1) POR SECTORES DE LA PRODUCCION
PARA LA CAM Y ESPAÑA. (DICIEMBRE, 1986)**

	CAM	ESPAÑA
PARO		
AGRICOLA (%)	0,4	4,1
INDUSTRIAL (%)	22,5	21,6
CONSTRUCCION (%)	9,4	12,6
SERVICIOS (%)	43,1	32,3
SIN EMPLEO ANTERIOR (%)	24,6	29,4

(1) Sobre el total de parados.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INEM. Encuesta de Población Activa. (De Anuario "El País", 1988).

TABLA 7

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION OCUPADA POR SECTORES DE LA
ACTIVIDAD SEGUN AREAS Y DISTRITOS (1981)**

	AGRICOLA (%)	INDUSTRIAL (%)	SERVICIOS (%)
Centro	0,5	21,6	77,9
Arganzuela	0,4	26,2	73,4
AREA 6	0,4	23,6	76,0
Móstoles	0,7	43,4	55,9
Alcorcón	0,6	39,0	60,4
AREA 9	0,6	41,4	58,0
CAM	1,2	37,0	61,7

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

TABLA 8
TIPOLOGIA OCUPACIONAL SEGUN DISTRITOS (1981)

POSICION RELATIVA DENTRO DE LA CAM	DISTRITOS
MUY BUENA	ARGANZUELA
BUENA	MOSTOLES CENTRO
REGULAR	ALCORCON

Fuente: Tomado del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

Si analizamos los indicadores de actividad y paro, ya comentados, en las dos áreas y los comparamos con su situación respecto a la situación media de la CAM, apreciamos (tabla 9) que, y como resumen, ambas áreas quedarían en la siguiente situación ocupacional relativa:

Area 6: baja actividad y bajo paro

Area 9: baja actividad y alto paro

Si, por fin, se ordenasen las áreas según los indicadores de actividad y paro ya comentados, después, y tal como extraemos del Mapa de Salud ya comentado, se les asignara una posición relativa respecto a todas las áreas de Madrid y se separasen mediante tres puntos de corte para incluirlos en cuatro grupos de posición dentro de cada indicador y se cruzasen entre ellos, obtendríamos una correlación nítida para las áreas de estudio en los siguientes cruces (tablas de 10 a 13):

Las áreas con elevadas tasas de paro poseen elevados porcentajes de población en actividad industrial (área 9), y, además, la que más bajo nivel de paro presenta (área 6) es la que posee a su vez un bajo porcentaje de población ocupada en la industria.

Vemos también una relación directa evidente en las áreas para los indicadores de paro femenino y de ocupación industrial, de tal manera que áreas con alto nivel de paro femenino (área 9) poseen altos niveles de ocupación industrial, y el área 6, con bajo nivel de paro femenino es, a su vez, un área de baja ocupación industrial.

No obstante, la relación aparece inversa en el cruce de indicadores de paro masculino y ocupación en el sector servicios, ya que ambas áreas poseen un elevado nivel de ocupación en servicios mientras muestran bajos niveles de paro masculino. La misma situación la encontramos al correlacionar la ocupación en servicios con el paro juvenil que muestran una relación inversa en las dos áreas de estudio: alta ocupación en el sector servicios y bajas tasas de paro juvenil.

TABLA 2**TIPOLOGIA OCUPACIONAL SEGUN AREAS**

INDICADOR	MEDIA CAM	MAYOR	MENOR
TBA	36,0	Area 6	Area 9
TAG	50,3	Area 9	Area 6
TAF	27,3	Area 6	Area 9
TAM	76,3	Area 9	Area
T.de PARO	16,4	Area 9	Area 6
T. PARO FEMENINO	21,3	Area 9	Area 6
T. PARO MASCULINO	14,4	_____	Area 6 Area 9
T. PARO JUVENIL	39,3	_____	Area 6 Area 9

Fuente: Tomado del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM.
Tomo II.

TABLA 10

TIPOLOGIA OCUPACIONAL SEGUN AREAS, A PARTIR DEL CRUCE DE INDICADORES "TASA DE PARO"/"OCUPACION INDUSTRIAL" (1981)

		<u>TASA DE PARO (%)</u>	
		ALTO	BAJO
<u>OCUPACION INDUSTRIAL (%)</u>	ALTO	Area 9	—
	BAJO	—	Area 6

Fuente: Tomado del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

TABLA 11

**TIPOLOGIA OCUPACIONAL SEGUN AREAS, A PARTIR DEL CRUCE DE
LOS INDICADORES "PARO FEMENINO"/"OCUPACION INDUSTRIAL".1981**

TASA DE PARO FEMENINO (%)

		<u>TASA DE PARO FEMENINO (%)</u>	
		ALTO	MUY BAJO
<u>OCUPACION INDUSTRIAL (%)</u>	ALTO	Area 9	—
	BAJO	—	Area 6

Fuente: Tomado del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM.
Tomo II.

TABLA 12

TIPOLOGIA OCUPACIONAL SEGUN AREAS, A PARTIR DEL CRUCE DE INDICADORES "TASA DE PARO MASCULINO"/"OCUPACION EN SERVICIOS" (1981)

TASA DE PARO MASCULINO (%)

		MUY ALTO	BAJO
<u>OCUPACION EN SERVICIOS (%)</u>	MUY ALTO	—	Area 6
	ALTO	—	Area 9

Fuente: Tomado del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

TABLA 13

TIPOLOGIA OCUPACIONAL SEGUN AREAS, A PARTIR DEL CRUCE DE INDICADORES "PARO JUVENIL"/"OCUPACION EN SERVICIOS", 1981.

TASA DE PARO JUVENIL (%)

		MUY ALTO	BAJO
<u>OCUPACION EN SERVICIOS (%)</u>	MUY ALTO	—	Area 6
	ALTO	—	Area 9

Fuente: Tomado del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

4.1.2.- EDUCACION.

En el contexto del Estado, y según el último Censo de Población de 1981 (tabla 14), el porcentaje de analfabetos es de un 6,6% de la población. Como se observa, la CAM, con un 3,6% está dentro de las comunidades con menor proporción de analfabetos. Si se repasa con detenimiento se constatará que ese dato es común a las regiones y comunidades de la mitad norte de España que, tradicionalmente, han presentado menor proporción de población analfabeta que las de la mitad sur, sin duda más desfavorecidas en su nivel de desarrollo y, por supuesto, de educación.

En la tabla 15 se aprecia la distribución, según grado educativo, de la población en las áreas de estudio. El área 6 y el área 9 poseen en sus conjunto y en cada uno de sus distritos, un porcentaje de analfabetos inferior a la media de la CAM.

En el mismo cuadro, según la clasificación que se presenta en el Mapa de Salud de la CAM, se observa cómo aquéllas áreas y distritos que muestran mayores porcentajes de población con estudios de "segundo grado-segundo ciclo" (equivalente al antiguo bachillerato superior y formación profesional) son los mismos que poseen mayores porcentajes de población con estudios de "tercer grado-tercer ciclo" (equivalente a formación universitaria), y a la inversa, pudiendo concluirse que ambas distribuciones muestran similar tendencia en las zonas.

Así, los mayores porcentajes en ambos niveles educativos los posee el área 6 y sus distritos, siendo inferiores, incluso a los de la CAM, los del área 9.

En relación a la elaboración del "Índice Nivel Educativo" para los distritos de la CAM, ponderando los indicadores: "porcentaje de analfabetos" con las mínimas puntuaciones, y "porcentaje de población con estudios de segundo grado-segundo ciclo" más "tercer grado-tercer ciclo" con las máximas puntuaciones, tal y como se realiza en el Mapa de Salud de la CAM (tomo II), se aprecia en la tabla 16 que los distritos estudiados que poseen una BUENA situación relativa, respecto al global de distritos de todas las áreas de la CAM, son los de Centro y Arganzuela (área 6), mientras que los de posición MEDIA en nivel educativo son los dos distritos del área 9: Alcorcón y Móstoles.

Quede constancia por tanto, de todo lo dicho, que el área 6 se situaría entre las de mejor nivel educativo de toda la CAM, mientras el área 9 estaría entre las de posición intermedia dentro del total de la Comunidad (tabla 17).

TABLA 14**PORCENTAJE DE POBLACION ANALFABETA SEGUN CCAA Y ESPAÑA. 1981**

COMUNIDAD AUTONOMA	ANALFABETOS (%)
1. ANDALUCIA	11,8
2. ARAGON	4,2
3. ASTURIAS	2,7
4. BALEARES	6,9
5. CANARIAS	9,0
6. CANTABRIA	2,0
7. CASTILLA-LA MANCHA	11,1
8. CASTILLA-LEON	3,4
9. CATALUÑA	5,3
10. EXTREMADURA	11,7
11. GALICIA	6,5
12. MADRID	3,6
13. MURCIA	10,2
14. NAVARRA	2,1
15. PAIS VASCO	2,0
16. RIOJA	2,2
17. VALENCIA	6,7
ESPAÑA	6,6

Fuente: Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional del Empleo. Ministerio de Trabajo. Tomado del Anuario "El País", 1988.

TABLA 15

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN NIVEL EDUCATIVO,
AREAS Y DISTRITOS. CAM, 1981.

	ANALFABETOS (%)	2º GRADO- 2º CICLO (%)	3º GRADO- 3º CICLO (%)
Centro	2,7	21,8	5,6
Arganzuela	1,9	24,9	5,5
AREA 6	2,4	23,1	5,5
Móstoles	2,6	12,2	0,7
Alcorcón	2,7	13,0	1,7
AREA 9	2,9	15,5	2,3
CAM	3,6	18,5	4,5

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

TABLA 16

**INDICE "NIVEL EDUCATIVO" SEGUN LA POSICION RELATIVA DE LOS
DISTRITOS DE ESTUDIO DENTRO DE LA CAM, 1981.**

"NIVEL EDUCATIVO"

SITUACION RELATIVA	DISTRITOS
BUENA	CENTRO ARGANZUELA
INTERMEDIA	MOSTOLES ALCORCON

Fuente: Tomado del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM.
Tomo II.

TABLA 17

PERFIL EDUCATIVO DE LAS AREAS, CAM. 1981.

AREAS	GRADO ESCOLAR		
	ANALFABETOS	BACH.SUP.	UNIVERS.
AREA 6	Muy bajo	Muy alto	Muy alto
AREA 9	Bajo	Muy bajo	Muy bajo

Fuente: Tomado del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM.
Tomo I.

4.1.3.- EQUIPAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA.

Al analizar algunos indicadores indirectos del nivel de equipamiento o de calidad de vida de las poblaciones que estamos analizando, tabla 18, observamos como en número de teléfonos por mil habitantes la CAM se encontraba en 1983 en mejor situación que la CEE y mucho mejor que el resto de España. La diferencia entre la CAM y el Estado se mantuvo en 1986 ya que, según el INE (Anuario Estadístico, 1987) para esa fecha se declaraban 567 teléfonos por mil habitantes en Madrid, y 383 por mil habitantes en España; de esta manera en Madrid se encontrarían 1,76 personas por cada teléfono y en España 2,61 personas por cada teléfono.

En la misma tabla se constata para España una menor proporción de aparatos de televisión por mil habitantes que para la CEE, así como un consumo sensiblemente menor de energía eléctrica en nuestro país. En España, en 1986, se encontraban matriculados 24,75 vehículos de turismo por cada cien habitantes, siendo Madrid una comunidad con una proporción de vehículos mayor que la media del Estado (28,23 por cien habitantes).

Si hablamos ahora de número de personas que, como promedio, habitan en una vivienda familiar, y en el año 1981, diremos que era mayor el índice en la CAM que en España, aunque sólo discretamente.

En la tabla 19 se presenta el hecho de que, según el Censo de Población de 1981, el porcentaje de viviendas secundarias sobre el total de viviendas es muy inferior en la CAM que en el resto del Estado. Este indicador, como se verá, indirectamente distingue al nivel de "ruralidad" de las zonas, y aquí ofrece información respecto a una menor "ruralidad" general en la CAM que en el resto de España.

Si evaluamos ahora alguna información económica que se ha podido recoger diremos que (tabla 20) los indicadores de renta nacional para 1985 mostraban una superioridad importante de la CAM respecto al global del Estado en todos los indicadores valorados (producción bruta por empleo, producción neta por empleo, ingresos "per cápita" al año, y renta familiar disponible).

Obsérvese cómo sólo de ingresos "per cápita" al año, Madrid posee una diferencia favorable de 248.764 pesetas respecto al resto de España, lo que equivale a un 38,94% más por cada persona.

TABLA 12

INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA PARA LA CEE, ESPAÑA Y LA CAM
(1983)

	<u>CEE</u>	<u>ESPAÑA</u>	<u>CAM</u>
NUMERO DE TELEFONOS POR MIL HABITANTES	495	352	544
NUMERO DE TELEVISORES POR CIEN HABITANTES	376	256	-
CONSUMO TOTAL DE ENERGIA ELECTRICA (KW/H)	4.235	2.563	-
NUMERO DE VEHICULOS DE TURISMO POR CIEN HABITANTES (*)	-	24,75	28,24
NUMERO MEDIO DE PERSONAS POR VIVIENDA FAMILIAR (**)	-	2,56	2,76

(*) Año 1986

(**) Año 1981

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.
(*) y (**): Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico de 1987. Elaboración propia.

TABLA 12

VIVIENDAS FAMILIARES Y VIVIENDAS SECUNDARIAS,
CAM Y ESPAÑA, 1981.

	TOTAL VIVIENDAS FAMILIARES	VIVIENDAS SECUNDARIAS SOBRE EL TOTAL (%)
CAM	1.710.371	7,70
ESPAÑA	14.726.134	12,89 -

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censo de viviendas de 1981, y Censo de Población de 1981. Anuario estadístico de 1988. Elaboración propia.

TABLA 20**INDICADORES DE RENTA NACIONAL. CAM Y ESPAÑA, 1985.**

	<u>CAM</u>	<u>ESPAÑA</u>
1.-PRODUCCION BRUTA POR EMPLEO (Pesetas)	2.923.693	2.351.725
2.-PRODUCCION NETA POR EMPLEO (Pesetas)	2.595.059	2.071.866
3.-INGRESOS PER CAPITA (Renta interior per cápita) (Pesetas)	887.536	638.772
4.-RENTA FAMILIAR DISPONIBLE PER CAPITA (Pesetas)	692.417	570.623

Fuente: "Renta Nacional de España y su distribución provincial", Anuario del Banco de Bilbao de 1988. Tomado del Anuario "El País", 1988.

Se dirá también que, dentro del contexto nacional, la CAM ocupa el primer lugar en todos los indicadores comentados entre todas las CCAA, a excepción de la "renta familiar disponible por persona" en donde ocupa el segundo lugar del Estado detrás de la Comunidad Balear. Debe tenerse en cuenta aquí, que este indicador es dependiente en gran medida de la composición numérica del núcleo familiar.

Quede constancia, en fin, de la superioridad económica de Madrid respecto al resto del Estado.

La relevancia del indicador "Índice de Precios al Consumo" (I.P.C.) dentro de la política económica gubernamental de España, muy orientada hacia la contención de la inflación, es un hecho indiscutible. En la tabla 21 se aprecia la variación del IPC de la CAM y de España, a Diciembre de 1987, sobre la base de Diciembre de 1983, a cuyo índice se le da el valor general y por grupos de consumo de 100 pesetas. Se aprecia que globalmente el índice general es algo superior en España que en la CAM. Es decir, que lo que costaba 100 pesetas en 1983 llegó a costar 135 pesetas en 1987 en la CAM, y 137 pesetas en el conjunto del Estado. A pesar de ello debemos decir que las diferencias son poco llamativas y que el "encarecimiento de la vida" se comporta bastante uniformemente en España y en la CAM.

Por grupos de consumo se aprecia que en la CAM se han contenido más favorablemente los precios en todos los grupos a excepción del transporte (en la CAM creció un 3,1% más que el conjunto del Estado), y la cultura (0,8% más en Madrid).

Otro dato que puede resultar de interés para introducirnos en la realidad del gasto público en España es el que se refleja en la tabla 22, donde aparece el gasto por persona que realizaron las CCAA durante 1986. Se ve que en la CAM se invirtió por parte de la administración autonómica y por cada persona menos de la mitad de lo que se gastó de media en el global de las CCAA del Estado.

Por último, en este capítulo, la observación de algunos indicadores de equipamiento por áreas de estudio ofrece la siguiente información (tabla 23):

a/ En número de personas por vivienda familiar destaca por su bajo indicador el área 6, donde es especialmente bajo en su distrito de Centro, mientras que el área 9 posee un mayor hacinamiento que la media de la comunidad.

b/ En porcentaje de segunda vivienda observamos cómo las dos áreas se sitúan por debajo de la media de la CAM.

c/ En tasa de participación política los resultados por áreas son bastante uniformes entre sí y con la media de la CAM.

TABLA 21

**VARIACIONES DEL INDICE DE PRECIOS AL CONSUMO, CAM Y
ESPAÑA POR GRUPOS DE CONSUMO, EN PESETAS. (1987)**

(BASE MENSUAL 1983 = 100 PESETAS)

<u>GRUPOS</u>	<u>CAM</u>	<u>ESPAÑA</u>
ALIMENTACION	144,1	143,5
VESTIDO	140,7	146,8
VIVIENDA	123,2	124,6
MENAJE	129,2	137,4
MEDICINA	129,9	130,4
TRANSPORTE	129,7	126,6
CULTURA	135,9	135,1
OTROS	141,5	148,0
INDICE GENERAL	135,10	137,04

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico, 1988.

TABLA 22

GASTOS PER CAPITA DE LAS ADMINISTRACIONES DE LAS CCAA. 1986.

	PESETAS
-----	-----
CAM	24.382
PROMEDIO DE LAS CCAA	52.420
-----	-----

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Consejerías de Economía de las CCAA. Tomado del Anuario "El País". 1987.

TABLA 23**OTROS INDICADORES SOCIO-ECONOMICOS. DISTRITOS Y AREAS.**
(1987)

	PERSONAS POR VIV. FAMILIAR	SEGUNDA VIVIEN. (%)	T. PARTICIP. POLITICA (%)	BANCOS POR MIL HABIT.	COMERC. ALIMEN. (%)
Centro	2,72	4,59	67,77	2,29	26,71
Arganzuela	3,03	3,28	71,31	0,64	42,15
Area 6	2,85	4,03	69,28	1,58	33,31
Móstoles	3,66	5,43	63,63	0,30	42,77
Alcorcón	3,82	3,08	69,54	0,39	43,77
Area 9	3,74	4,92	66,49	0,34	43,25
CAM	3,48	6,78	69,86	0,84	41,24

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo I.
Anuario estadístico del Instituto Nacional de Empleo de 1987.
Elaboración propia.

d/ En número de oficinas bancarias por mil habitantes, indicador que detecta bastante acertadamente el grado de equipamiento de una zona, así como el nivel económico de las poblaciones, se observa una preponderancia clara del área 6, sin duda la más urbana de las dos.

Por distritos, en general, diremos que se observa poca homogeneidad en los del área 6, dónde aparece un importante equipamiento en el distrito de Centro y bastante inferior en el de Arganzuela, a pesar de la ubicación de ambos en el centro urbano de Madrid, ya que en oficinas bancarias por mil habitantes, este distrito queda por debajo de la media de Madrid.

e/ En lo que respecta al porcentaje de comercios minoristas de alimentación respecto al total de comercios minoristas, otro indicador que, como se comentó, detecta bien las zonas con déficit de desarrollo económico, poco equipamiento y alta ruralidad, se observa que es muy bajo en la zona más urbana (área 6) e intermedio, aunque mayor que en la en el área 9. GM,

4.1.4.- POBLACION.

4.1.4.1.-Dinámica poblacional.

La Comunidad Autónoma de Madrid, con sus 7.995 Km cuadrados, representa el 1,6% del total de la superficie del Estado, encontrándose, por ello, dentro del grupo de comunidades más pequeñas (tabla 24).

A pesar de ello, y habida cuenta de sus condiciones geográficas (en el centro del Estado) y, sobre todo de las socioeconómicas (alto nivel de desarrollo debido, en parte, a ser la capital de España), habitan en ella 4.780.572 personas, lo que equivale a un 12,42% de la población del país (38.473.418 personas), según datos del último Padrón Municipal de Habitantes (P.M.H.) de 1986.

En la capital de la Comunidad, que es también la capital del Estado, es decir el municipio de Madrid, vive un 63,9% de la población de la Comunidad mientras que en el global del Estado tan solo un 31,8% de la población vive en las capitales de provincias (Anuario Estadístico del INE, 1988). Debe constar, además, que la CAM es una comunidad uniprovincial, dato éste también a considerar para la correcta interpretación del estudio.

La población creció en la CAM en los 15 años comprendidos entre 1970 y 1985 un 30,7%, el doble que la generalidad del Estado y casi cinco veces más de lo que creció Europa en el mismo periodo. La evolución del crecimiento de la población de Madrid ha seguido el ritmo creciente observado durante los tres últimos quinquenios en los países de la CEE y en el conjunto nacional, si bien la pendiente de detención del crecimiento se muestra mucho más acelerada en el caso de Madrid. Las columnas 2, 3, y 4 de la tabla 25 reflejan las proporciones de incremento poblacional en los tres quinquenios que van de los años 1970 a 1985. De la lectura transversal de las cifras se desprende claramente una pauta generalizada de disminución significativa de los incrementos poblacionales de todos los países de la CEE, incluida España y la CAM.

En el quinquenio 75/80, España mantiene el ritmo de crecimiento observado en el 70/75 mientras que Madrid lo reduce casi el 50%. Algo menos de la mitad de los países de la CEE no alcanzan el listón del 1% de incremento en el periodo 80/85, y ninguno de ellos llega al 5%. Por su parte Madrid baja la mitad su incremento con respecto al periodo 75/80. Se observa, pues, una disminución generalizada y sistemática de los crecimientos del contingente poblacional en toda la CEE.

TABLA 24**SUPERFICIES TOTALES DE LAS CCAA Y PORCENTAJES QUE REPRESENTAN
SOBRE EL TOTAL NACIONAL. ESPAÑA, 1981.**

COMUNIDAD AUTONOMA	SUPERFICIE EN KM. CUADRADOS	% SOBRE EL TOTAL NACIONAL
1. ANDALUCIA	87.268	17,3
2. ARAGON	47.650	9,5
3. ASTURIAS	10.565	2,1
4. BALEARES	5.014	1,0
5. CANARIAS	7.242	1,4
6. CANTABRIA	5.289	1,0
7. CASTILLA-LA MANCHA	79.230	15,6
8. CASTILLA-LEON	94.193	18,7
9. CATALUÑA	31.930	6,3
10. EXTREMADURA	41.602	8,3
11. GALICIA	29.434	5,9
12. MADRID	7.995	1,6
13. MURCIA	11.317	2,2
14. NAVARRA	10.421	2,1
15. PAIS VASCO	7.261	1,4
16. RIOJA	5.034	1,0
17. VALENCIA	23.305	4,6
ESPAÑA	504.750	100,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Anuario estadístico de 1981. Tomado del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo I.

TABLA 25

INCREMENTOS PORCENTUALES DE LOS VOLUMENES DE POBLACION EN LA CEE, ESPAÑA Y LA CAM EN LOS PERIODOS QUE SE INDICAN.

	70/85 (%)	70/75 (%)	75/80 (%)	80/85 (%)	85/95 (%)	DENSIDAD (Hab/Km ²)
CEE	6,4	3,1	1,8	1,4	--	143
ESPAÑA	14,6	5,2	5,4	3,4	4,3	76
CAM	30,7	14,9	8,5	4,9	6,0	595

(*) Para el periodo 85/95 se calcula a partir de proyección de población.

(**) La densidad a que se hace referencia es la del año 1985.

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II. Padrón Municipal de Habitantes de 1986 y Anuario "El País" de 1988. Elaboración propia.

Se aprecia en la CAM un movimiento acelerado y fuertemente negativo si se le compara con el resto de los países. De una proporción de incremento del 31% en el periodo 70/85, se va pasando, quinquenio tras quinquenio, a incrementos que se van truncando por la mitad de uno a otro. Este fenómeno no sucede en los países de la CEE donde las caídas del incremento aparecen mucho más suavizadas. Hay un dato que llama especialmente la atención en el caso de Madrid: el incremento para el 80/85 es del 4,9%. Ahora bien, si se calcula el dato para el periodo 81/86 dicho incremento cae al 0,6%; y si se hace para el 85/86 nos encontramos que el incremento pasa a convertirse en decremento, ya que la población disminuye un -4,1%. Ello situaría a la CAM en un nivel de crecimiento por debajo del de España y del resto de los países de la CEE. La explicación de este fenómeno parece residir en factores que vienen actuando conjuntamente: por un lado la rápida disminución de los niveles de fecundidad en la década y, por otro, disminución de las inmigraciones hacia la CAM, tal y como se verá en este capítulo.

De hecho pasó la etapa del aluvión de población hacia Madrid que hizo que el incremento del periodo 70/85 se elevara al 31%. En el 80/85 (en plena crisis económica mundial) se recogen los últimos coletazos de dicho aluvión y, en este sentido, 1986 parece marcar el comienzo de la etapa que los países de la CEE habían alcanzado ya en quinquenios anteriores.

La densidad en 1986 es mucho mayor en la CEE que en España y cuatro veces mayor en la CAM que en los países de la CEE.

La evolución de los volúmenes de población, en tasas de crecimiento anual para los quinquenios 75/81 y 81/86 y para todo el periodo 75/86 en todas las CCAA y en el conjunto del Estado se aprecia en la tabla 26. El crecimiento medio anual de la CAM para el periodo 75/81 (1,70%) se ve gravemente enlentecido en el siguiente quinquenio (0,40%), componiendo para el tramo 75/86 una crecimiento medio anual de 1,06%.

Esta tendencia es similar en todo el Estado, si bien la desaceleración es menos acusada. Por comunidades se observa el mismo fenómeno en todas ellas, con la excepción de Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha y Extremadura, zonas que precisamente presentan una tendencia tradicional de emigración poblacional a la CAM y a otras comunidades de gran desarrollo industrial y gran densidad y que, precisamente, han dejado de crecer tan rápidamente coincidiendo con el fenómeno comentado (Baleares, Cataluña, País Vasco o Valencia). El alcance que la crisis económica ha tenido sobre los movimientos migratorios queda aquí bien patente.

La densidad de la CAM en el año 1986 es la mayor de todo el Estado y mucho mayor que la media de España.

En el periodo comprendido entre 1970 y 1986 Madrid incrementó su densidad en 144 habitantes por Km cuadrado componiendo el mayor crecimiento de todas las CCAA, algunas de

TABLA 26

**EVOLUCION DEL CRECIMIENTO DEL VOLUMEN DE POBLACION Y DENSIDAD
POR CCAA. ESPAÑA 1975-1981-1986. (*)**

COMUNIDAD AUTONOMA	75/81 (%)	81/86 (%)	75/86 (%)	DENSIDAD	
				86	70/86 (Hab/Km ²)
1. ANDALUCIA	1,00	1,08	1,07	78	+9
2. ARAGON	0,56	-0,21	0,16	25	+1
3. ASTURIAS	0,49	-0,30	0,08	105	+8
4. BALEARES	1,95	0,76	1,39	136	+29
5. CANARIAS	0,98	1,44	1,24	202	+42
6. CANTABRIA	0,90	0,37	0,64	99	+11
7. CASTILLA-LA MANCHA	-0,05	0,33	0,13	21	-1
8. CASTILLA-LEON	0,15	-0	0,07	27	+0
9. CATALUÑA	1,05	0,07	0,56	187	+30
10. EXTREMADURA	-0,30	0,42	0,04	26	-2
11. GALICIA	0,46	0,23	0,34	97	+7
12. MADRID	1,70	0,40	1,06	595	+144
13. MURCIA	1,68	1,07	1,42	89	+15
14. NAVARRA	0,92	0,27	0,59	50	+5
15. PAIS VASCO	0,67	-0,05	0,30	294	+42
16. RIOJA	1,04	0,44	0,75	52	-5
17. VALENCIA	1,47	0,47	0,98	160	+31
ESPAÑA	0,93	0,42	0,68	76	+10

(*) Los crecimientos de población para los periodos se ofrecen en % de crecimiento anual. Las variaciones de la densidad en el periodo 70/86 se dan en habitantes por Km² en esos 15 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de las siguientes obras del Instituto Nacional de Estadística: Censos de Población de 1981 y Padrón Municipal de Habitantes de 1976 y 1986.

las cuales, en sintonía con la evolución poblacional ya comentada, decrecieron en densidad. El crecimiento en densidad que experimenta la CAM en ese periodo es catorce veces mayor que el que experimenta el conjunto del Estado.

El impacto de las migraciones, que se hizo sentir sobremanera en el periodo comprendido entre 1961 y 1973 (etapa en la que la CAM gana cerca de un millón de habitantes, Andalucía pierde más de otro millón, las dos Castillas pierden un millón más y Extremadura casi medio millón), conformaron los crecimientos de poblaciones y densidades ya comentados. Pero una vez frenadas las migraciones interiores hacia focos determinados que han dejado de ser atractivos tras la crisis económica, y reducidas también las tendencias de natalidad que ya se comentarán, se aprecia que las CCAA están siguiendo, aunque con retraso, el proceso de reducción de efectivos observado anteriormente en los países de la CEE.

Si se analiza por quinquenios el peso específico que sobre el total de la población de la CAM significó cada una de las poblaciones de las áreas y distritos de estudio se verá cómo el área 6 ha ido perdiendo porcentaje de población quinquenio a quinquenio hasta decrecer su importancia porcentual en 4,2 puntos, en especial a costa del distrito Centro, para quedar en 1986 en un 5,4% de toda la CAM (tabla 27).

El área 9, sin embargo, gana peso específico de manera relevante en los quinquenios 70/75 y 75/81, enlenteciendo su crecimiento porcentual en el último quinquenio de estudio, quedando en 1986 en un 6,6% de la población de toda la CAM, creciendo en los 15 años analizados más el distrito de Móstoles que el de Alcorcón.

Como se observa en las tablas 28 y 29 el área 6 cuenta, en 1986, con 262.496 personas en su población de derecho, habiendo perdido en el periodo 81/86 un 7,53% de población y en el 70/86 un 29,1%. Es pues un área recesiva demográficamente, al igual que la mayoría de las áreas urbanas de la almendra central de Madrid-capital. Este proceso, que bien se podría denominar como "vaciamiento" del centro de Madrid-capital, entronca con otro de recepción masiva de migraciones en las zonas del anillo industrial del Este y Sur de Madrid, y de reasentamiento en algunos distritos periféricos del municipio de Madrid (que ganan población).

Así, y hablando de las zonas de recepción migratoria en el anillo industrial del Sur de Madrid, encontramos que el área 9, con una población para 1986 de 313.017 personas es la que más crece de la CAM en el periodo 70/86 y en el último quinquenio 81/86, si bien este último crecimiento se ve inmensamente amortiguado. En concreto el distrito de Móstoles, con un crecimiento poblacional de 882,1% entre 1970 y 1986 es el que más creció de toda la CAM tras el de Fuenlabrada, también en la zona Sur (área 10). Las características del área, en cuanto a receptora de masivos contingentes de inmigrantes de todo el Estado y crecimiento extraordinario y desmedido, delimitan

TABLA 27

**PORCENTAJE DE POBLACION DE CADA AREA Y DISTRITO DE ESTUDIO
SOBRE EL TOTAL DE LA CAM PARA LOS AÑOS 1970, 1975, 1981, 1986
Y VARIACION PORCENTUAL TOTAL DEL PERIODO 70/86.**

	1970 (%)	1975 (%)	1981 (%)	1986 (%)	VARIAC. 70/86 (%)
Centro	6,2	4,5	3,5	3,0	-3,2
Arganzuela	3,4	2,8	2,6	2,5	-1,0
Area 6	9,6	7,3	6,1	5,4	-4,2
Móstoles	0,5	1,8	3,2	3,7	+3,2
Alcorcón	1,2	2,6	3,0	2,9	+1,7
Area 9	1,7	4,4	6,2	6,6	+4,9

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

TABLA 28

VOLUMEN DE POBLACION EN LAS AREAS Y DISTRITOS DE ESTUDIO PARA LOS AÑOS 1981 Y 1986, Y VARIACION PORCENTUAL DE LOS VOLUMENES EN LOS PERIODOS 70/86 Y 81/86.

	1981 (%)	1986 (%)	VARIACION 70/86 (%)	VARIACION 81/86 (%)
Centro	162.571	143.677	-39,6	-11,62
Arganzuela	121.319	118.819	-10,3	-2,06
Area 6	283.890	262.496	-29,1	-7,53
Móstoles	150.259	175.133	+882,1	+16,55
Alcorcón	140.957	137.884	+197,9	-2,18
Area 9	291,216	313.017	+389,3	+7,48

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM, Tomo II; Y Padrón Municipal de Habitantes de 1986. Elaboración propia.

TABLA 22

EVOLUCION DE LA DENSIDAD DE POBLACION EN LAS AREAS Y DISTRITOS DE ESTUDIO PARA LOS AÑOS 1981 Y 1986 Y LAS VARIACIONES RELATIVAS DE LAS DENSIDADES EN LOS PERIODOS 70/86 Y 81/86.

	1981 (Hab/Km ²)	1986 (Hab/Km ²)	VARIACION 70/86 (Hab/Km ²)	VARIACION 81/86 (Hab/Km ²)
Centro	31.877	28.227	-17.961	-3.600
Arganzuela	21.284	20.845	-2.348	-439
Area 6	26.286	24.171	-9.721	-2.115
Móstoles	3.347	3.900	+3.515	+533
Alcorcón	4.233	4.140	+2.737	-93
Area 9	3.724	4.003	+3.184	+279

Fuente: Para 1981: Mapa de Salud y Servicios Sociales, Tomo II.
Para 1986: Padón Municipal de Habitantes. Elaboración propia.

nitidamente su perfil poblacional y nos acerca a su concepción de "ciudad dormitorio", tal como se ha venido a denominar a estas ciudades, en perfecta armonía con otros distritos del cinturón del Este y Sur de Madrid.

La densidad del área 9 (4.003 habitantes por Kilómetro cuadrado) contrasta con la del área 6, típicamente urbana y de asentamiento vertical (24.171 habitantes por Kilómetro cuadrado). A pesar de que el área 9 incrementó en 3.184 habitantes por kilómetro cuadrado su densidad entre 1970 y 1986, posee en su superficie importantes extensiones de suelo sin edificar, a diferencia del área 6 en que la práctica totalidad de su suelo se encuentra edificado.

4.1.4.2.- Estructura por edades.

En la tabla 30 se presentan las estructuras poblacionales por grandes grupos de edad de la CAM, España y la CEE en función de dos criterios generales: uno el de clasificar la población en edades infanto-juveniles (menores de 14 años), en adultos (de 15 a 64 años), y en viejos (mayores de 65 años); y otro en función de separar las edades más jóvenes (menores de 30 años) y las edades extremas de la vida (mayores de 85 años).

Ambas se presentan en dos años (1981 y 1984) que si bien son bastante próximos, sus variaciones delatan una tendencia clara de distribución en el tiempo.

Es conocido el hecho de que la población española es la más joven de toda Europa después de la irlandesa. Así se observa cómo el contingente de menores de 14 años en España posee un mayor peso porcentual que en la CEE, siendo aún mayor en la CAM. La tendencia es, en España, a perder población en ese grupo acercándose al porcentaje de la CEE (20,4% para 1984) mientras que la pérdida infantil-juvenil en la CAM es menos marcada.

El porcentaje de población en edad adulta en España es menor que en la CEE, cuyos niveles son más parejos a los de la CAM, si bien es de destacar que en todos los casos se observa una tendencia al acúmulo de población en esas edades.

El grupo de población mayor de 65 años tiende a crecer en España y en Madrid, encontrándose más estabilizada en la CEE, que posee además los mayores porcentajes de población vieja, abundando en la tesis ya comentada de que Europa presenta un mayor envejecimiento poblacional que España y aún mayor que la CAM.

En línea con lo anterior observamos que el porcentaje de población menor de 30 años es mayor en Madrid que en España, y éste mayor que el europeo, todos ellos para el año 1984. La población en franca senectud ostenta un mayor peso específico en Europa (0,9%) que en España (0,7%), donde resulta aún mayor que en la CAM (0,6%) para 1981.

TABLA 30**ESTRUCTURA DE LA POBLACION POR GRANDES GRUPOS DE EDAD EN LA CEE, ESPAÑA Y LA CAM PARA LOS AÑOS 1981 Y 1984.****EDADES**

	0-14		15-64		65 Y MAS		< 30		85 Y MAS	
	1981 (%)	1984 (%)	1981 (%)	1984 (%)	1981 (%)	1984 (%)	1981 (%)	1984 (%)	1981 (%)	1984 (%)
ESPAÑA	25,5	23,9	63,2	64,3	11,4	11,8	48,8	48,0	0,7	0,8
CEE	21,3	20,4	65,0	66,1	13,7	13,5	44,5	44,0	0,9	1,0
CAM (*)	26,7	26,6	64,1	66,5	9,2	10,3	50,3	54,7	0,6	--

(*) Los datos para la CAM en la columna del año 1984 corresponden al año 1986.

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

Por CCAA (tabla 31) observamos que la CAM es una de las que mayor porcentaje de población menor de 14 años presenta (la cuarta tras Canarias, Andalucía y Murcia). Posee el mismo peso específico de población entre 25 y 64 años que España. En cuanto al grupo de mayores de 65 años Madrid, con un 9,1% es la segunda comunidad con menor proporción de población en esa edad, y un 2,2% por debajo de la media del Estado.

Por ello Madrid, con 34 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años (Índice de envejecimiento del 34%) es de nuevo, tras Canarias, la comunidad con menor índice de todas las del Estado, observando, además, un 10% menos que el global del país este indicador.

Si a continuación se evalúan las dos áreas del estudio y sus distritos (tabla 32) se aprecia un déficit relativo de poblaciones más jóvenes (menores de 1 año, de 0 a 14 años y menores de 30 años) en el área más urbana (área 6) y un exceso relativo de poblaciones en los grupos más extremos de la vida (65 y más años, y 85 y más años) en ese mismo área.

Dentro del área 6 se aprecia cómo los contingentes jóvenes son menores que los de la media de la comunidad, de España y de la CEE; y los de población envejecida son mayores en ese área que en la CAM, el Estado y la CEE. Se observa también que el envejecimiento global es más acusado en el distrito Centro que en el de Arganzuela.

Otra situación muy diferente es la del área que se ha catalogado como de rápido crecimiento (área 9), que presenta mayores proporciones de población infantil y adolescente y menores de los grupos de edad extrema que la CAM, España y la CEE.

Dentro del área 9 el distrito con porcentajes más marcadamente jóvenes los presenta Móstoles, zona de crecimiento más acusado.

En general diremos que los porcentajes de adultos en edades activas (15 a 64 años) aparece más equilibrado por áreas y distritos, y más próximos a la media de la CAM.

Parece llegado el momento de analizar las pirámides de población construidas sobre la estructura de edades y sexos recogida en el último PMH, realizado con fecha 1 de abril de 1986).

TABLA 31

ESTRUCTURA DE LA POBLACION DE ESPAÑA Y LAS CCAA POR GRANDES GRUPOS DE EDAD. 1981.

EDADES

COMUNIDAD AUTONOMA	14 Y MENOS (%)	15-24 (%)	25-64 (%)	65 Y MAS (%)	I. E. (*)
1. ANDALUCIA	28,9	17,6	43,2	10,3	36
2. ARAGON	21,2	15,5	49,8	13,5	64
3. ASTURIAS	22,6	15,0	49,8	12,6	56
4. BALEARES	24,8	15,1	47,8	12,3	50
5. CANARIAS	30,2	18,6	42,7	8,5	28
6. CANTABRIA	24,2	16,3	46,8	12,6	52
7. CASTILLA-LA MANCHA	23,6	17,3	45,1	14,0	59
8. CASTILLA-LEON	22,2	17,2	46,6	14,0	63
9. CATALUÑA	24,9	15,3	48,5	11,2	45
10. EXTREMADURA	23,9	18,2	44,2	13,7	57
11. GALICIA	23,4	15,2	47,9	13,5	58
12. MADRID	26,6	16,4	47,8	9,1	34
13. MURCIA	28,5	16,9	44,4	10,2	36
14. NAVARRA	23,9	16,4	47,6	12,0	50
15. PAIS VASCO	25,3	16,9	48,6	9,2	36
16. RIOJA	22,7	15,7	48,0	13,6	60
17. VALENCIA	26,2	15,8	46,6	11,4	43
ESPAÑA	25,6	16,4	46,6	13,3	44

(*) Índice de envejecimiento: número de personas de 65 y más años por cada 100 de 15 y menos.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población de 1981 (Edición de 1984) . Tomado del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM; Tomo I.

TABLA 32**ESTRUCTURA POR GRANDES GRUPOS DE EDAD PARA LA CEE,
ESPAÑA, LA CAM, Y DISTRITOS Y AREAS DE ESTUDIO. (1986)****EDADES**

	1 Y MENOS (%)	0-14 (%)	15-64 (%)	65 Y MAS (%)	30 Y MENOS (%)	85 Y MAS (%)
Centro	0,8	11,73	63,91	24,33	33,72	1,6
Arganzuela	1,2	16,55	66,37	17,07	47,20	0,8
Area 6	0,9	13,91	65,03	21,04	36,52	1,3
Móstoles	3,1	35,19	61,10	3,69	55,69	0,1
Alcorcón	2,0	29,63	64,79	5,57	51,58	0,2
Area 9	2,6	33,06	62,41	4,52	53,89	0,2
CAM	1,5	23,11	66,51	10,37	54,75	0,6
ESPAÑA (*)	1,6	25,50	63,20	11,40	48,90	0,7
CEE (*)	--	21,30	65,00	13,70	44,50	0,9

(*) Datos de 1981.

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.
Padrón Municipal de Habitantes. Elaboración propia.

La pirámide de la CAM (gráfico 1) es, básicamente, una pirámide de población intermedia, que tiende a la estabilización debido a la disminución marcada y paulatina de la natalidad, muy apreciable en los dos grupos de edades más jóvenes. A partir del grupo de 5 a 10 años la pirámide muestra cómo los mayores contingentes proporcionales se acumulan en los grupos más jóvenes para, escalón a escalón, ir perdiendo peso específico en cada grupo quinquenal. Esta tendencia general no aparece distorsionada por fenómenos migratorios masivos preferentes en algún grupo etario, o por circunstancias de sobremortalidad no natural.

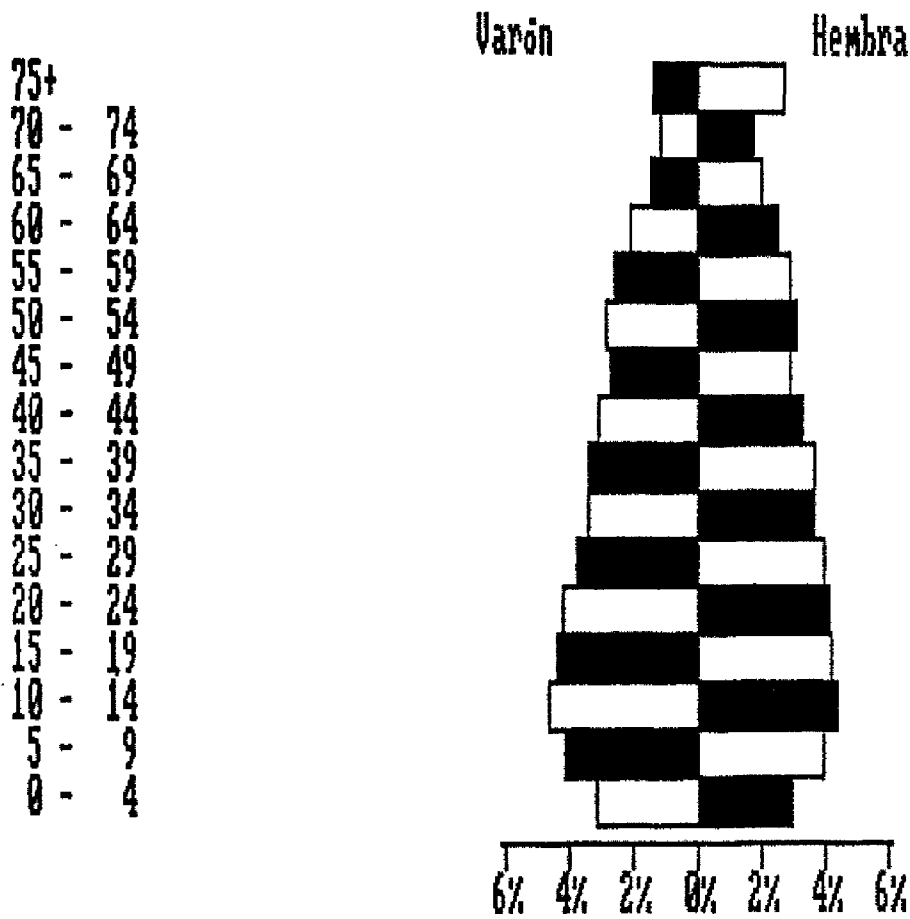
Se aprecia también que el exceso del efectivo de mujeres comienza en el grupo de 25 a 30 años lo que, de momento, reafirma la idea de unas perspectivas de fecundidad considerables y en edades óptimas (gráfico 2).

En resumen, pirámide de población intermedia, aunque la más joven de todas las comunidades del Estado y del conjunto de la CEE, con tendencia reciente, aunque firme a la estabilización y al progresivo envejecimiento.

Caso muy distinto es el de la pirámide de la población del área 6 (gráfico 3). El perfil de la misma es de los llamados constrictivos: su configuración, más que piramidal, es rectangular, lo que refleja una población sumamente envejecida. Se trata, por tanto, de una pirámide estrangulada que manifiesta un claro predominio de las mujeres en casi todas las edades (gráfico 4).

Destaca, éso sí, un exceso considerable de población en los grupos de edades de 20 a 30 años. En ello puede influir, por un lado, el incremento de natalidad que se registró en el país en los años del "boom" económico (década de los 60), y un cierto proceso inmigratorio de población joven que está instalándose en los distritos centrales de Madrid-capital, en función de la política de rehabilitación de viviendas del casco antiguo madrileño. En cualquier caso esta pirámide es superponible a las de las otras áreas de la "almendra central" del municipio de Madrid (áreas 2 y 5).

Por distritos del área 6, sus pirámides (gráficos 5 y 6) son en todo superponibles a los del área, destacándose tan solo el exceso de mujeres en edades avanzadas de la vida en el distrito Centro respecto al de Arganzuela, reflejo de un mayor envejecimiento en aquél distrito sobre éste.

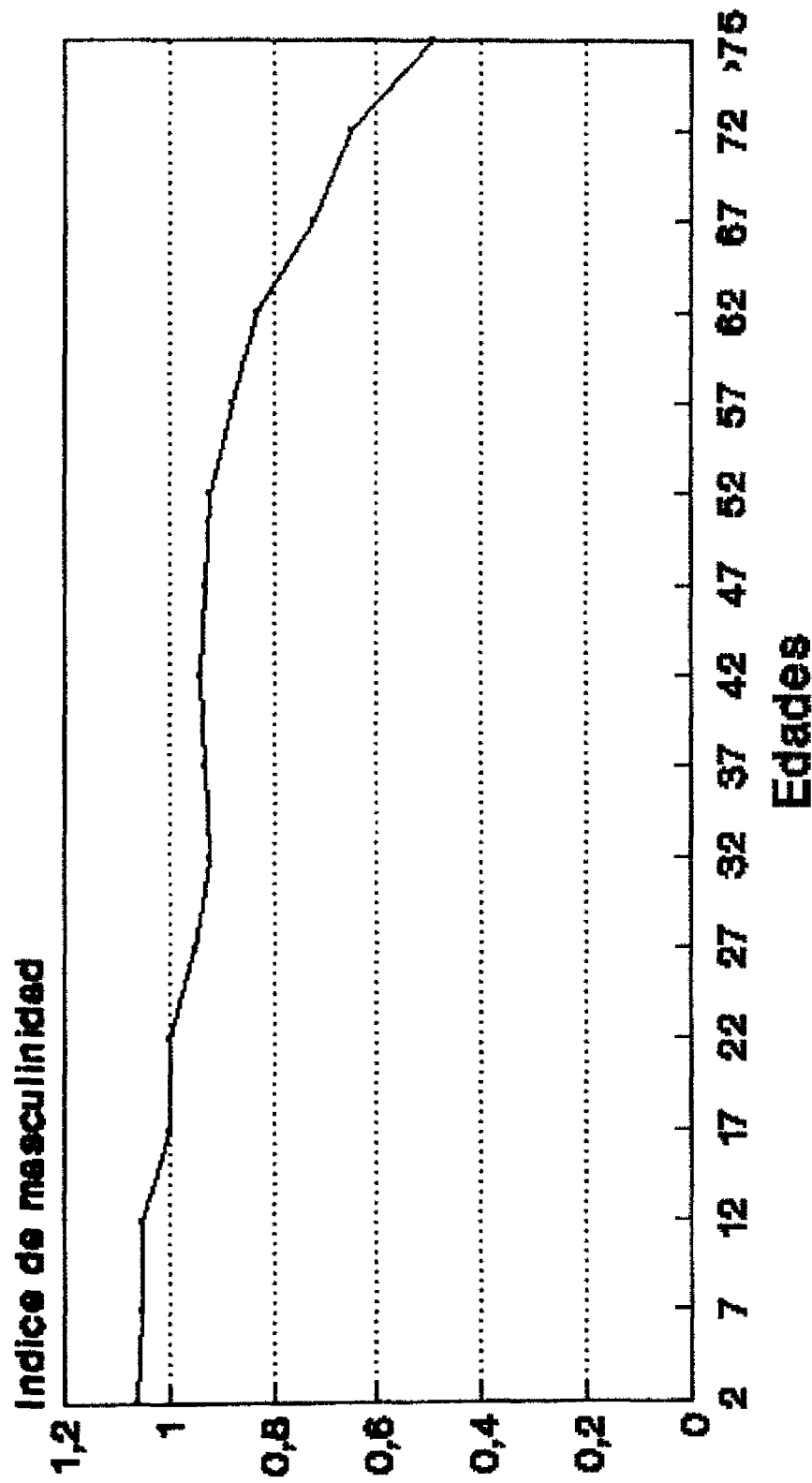


Población Total:

4,780,572 GRAFICO 1. POBLACION DE LA CAM.

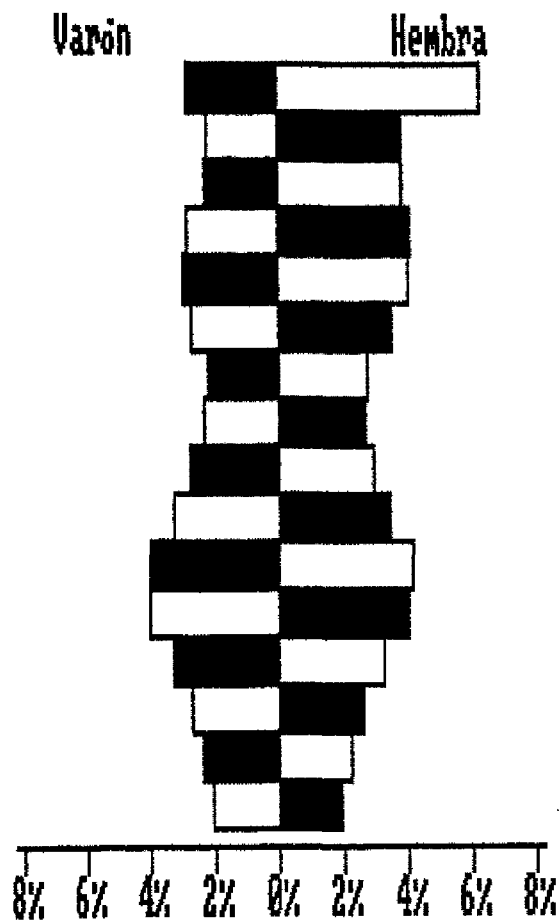
GRAFICO 2

INDICE DE MASCULINIDAD POR GRUPOS DE EDAD. CAM. 1986.



Fuente: anexo VI

75+	
70 -	74
65 -	69
60 -	64
55 -	59
50 -	54
45 -	49
40 -	44
35 -	39
30 -	34
25 -	29
20 -	24
15 -	19
10 -	14
5 -	9
0 -	4

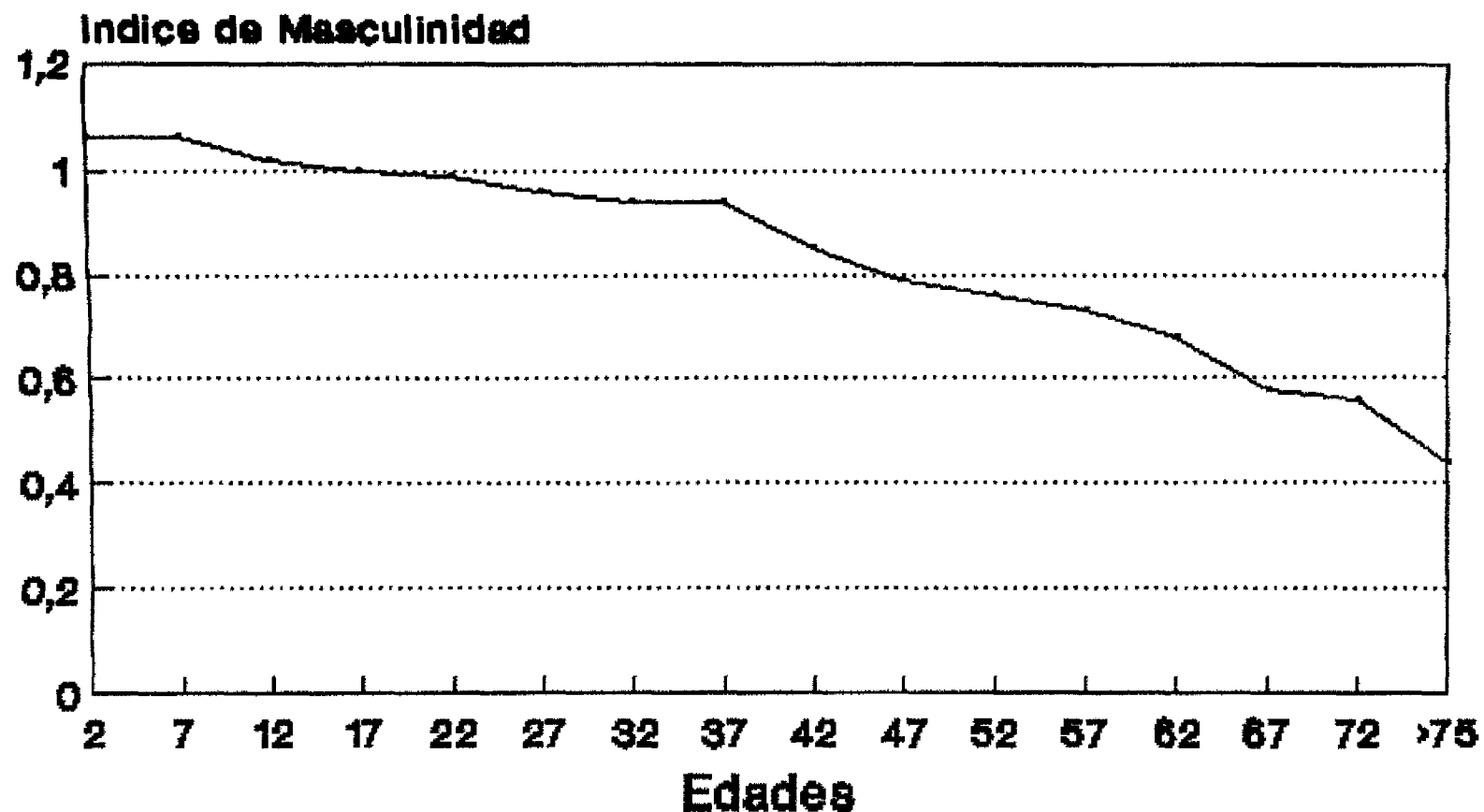


Población Total:

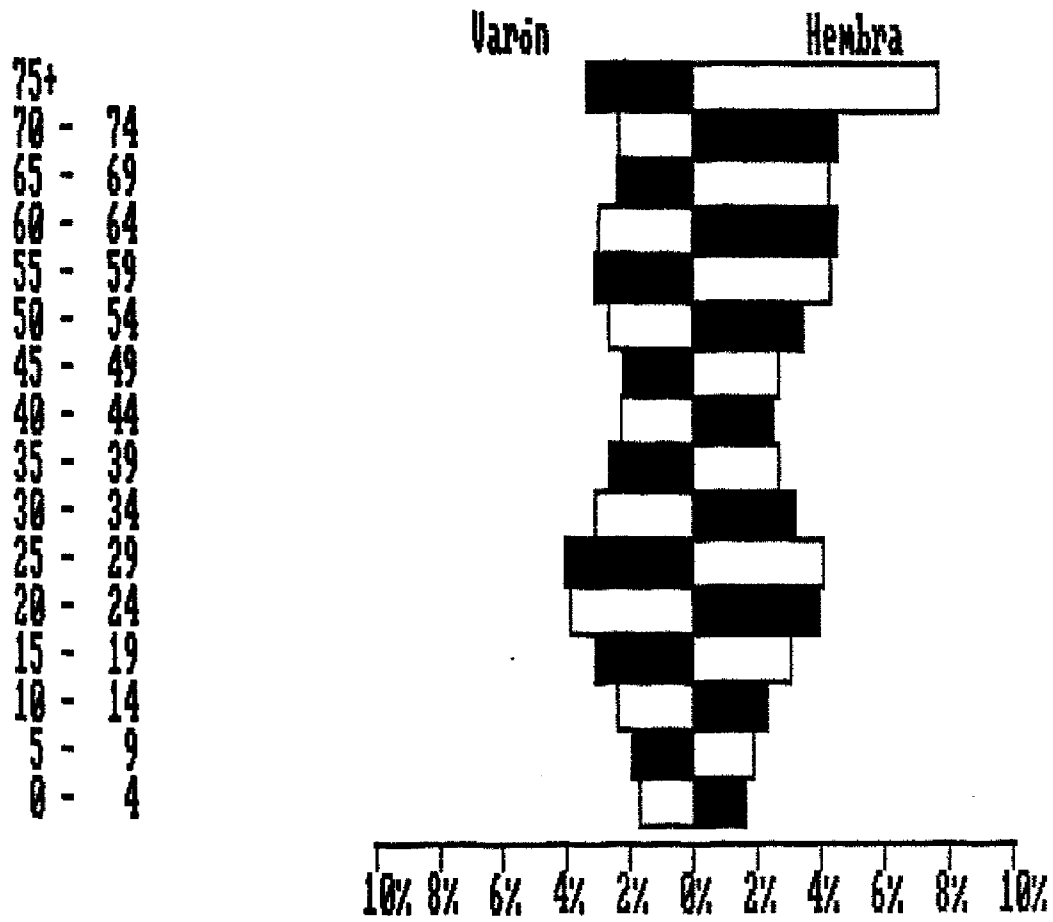
262,463 GRAFICO 3. POBLACION DEL AREA 6.

GRAFICO 4

INDICE DE MASCULINIDAD POR GRUPOS DE EDAD. AREA 6.



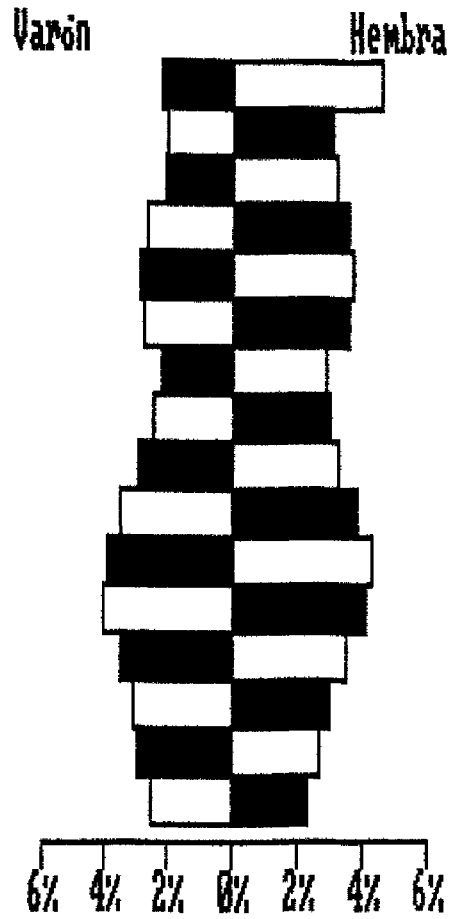
Fuente: anexo VII



Población Total:

143,658 GRAFICO 5. POBLACION DISTRITO CENTRO.

75+
 70 - 74
 65 - 69
 60 - 64
 55 - 59
 50 - 54
 45 - 49
 40 - 44
 35 - 39
 30 - 34
 25 - 29
 20 - 24
 15 - 19
 10 - 14
 5 - 9
 0 - 4



Población Total:

118,815 GRAFICO 6. POBLACION DISTRITO ARGANZUELA

La pirámide del área 9 (gráfico 7) es, por el contrario, la de una población básicamente joven, con un importante grado de equilibrio entre sexos, por lo que su configuración es extraordinariamente simétrica. El aluvión de inmigrantes, preferentemente varones buscando empleo, de los años sesenta queda bien identificado dentro de esa curiosa configuración de una pirámide sobre otra que el área posee, y que aparece bien delimitado por los acusados excesos de población entre los 40 y los 55 años y, aún mejor, por el exceso de varones en esos grupos de edades. Este fenómeno resulta absolutamente inusual en poblaciones que no han sufrido inferencias externas. La traducción de este hecho se refleja claramente en el gráfico del Índice de masculinidad (gráfico 8), que cambia su tendencia normal a partir del grupo de 25 a 30 años, momento donde comienza a actuar la distorsión del grupo inmigrante, y no vuelve a aparecer su tendencia usual (exceso de mujeres) hasta el grupo de 55 a 60 años.

El "eco demográfico" por los excesos en la natalidad que marcó el grupo inmigrante aparece en los aumentos poblacionales entre los 5 y los 20 años, destacándose el hecho de que el último quinquenio se ve marcado por la disminución de la natalidad que, al igual que lo visto para la CAM, ha llegado al área 9 aunque un quinquenio más tarde.

Por distritos del área 9, la configuración general de sus pirámides es en todo similar a la del global del área (gráficos 9 y 10), llamando la atención en todo caso, la mayor juventud de Móstoles (mayores proporciones de población joven y menores de población vieja) que Alcorcón. Los excesos de población femenina por distritos son similares y la caída de la natalidad aparece un quinquenio antes en Alcorcón que en Móstoles, consolidándose allí en los últimos cinco años.

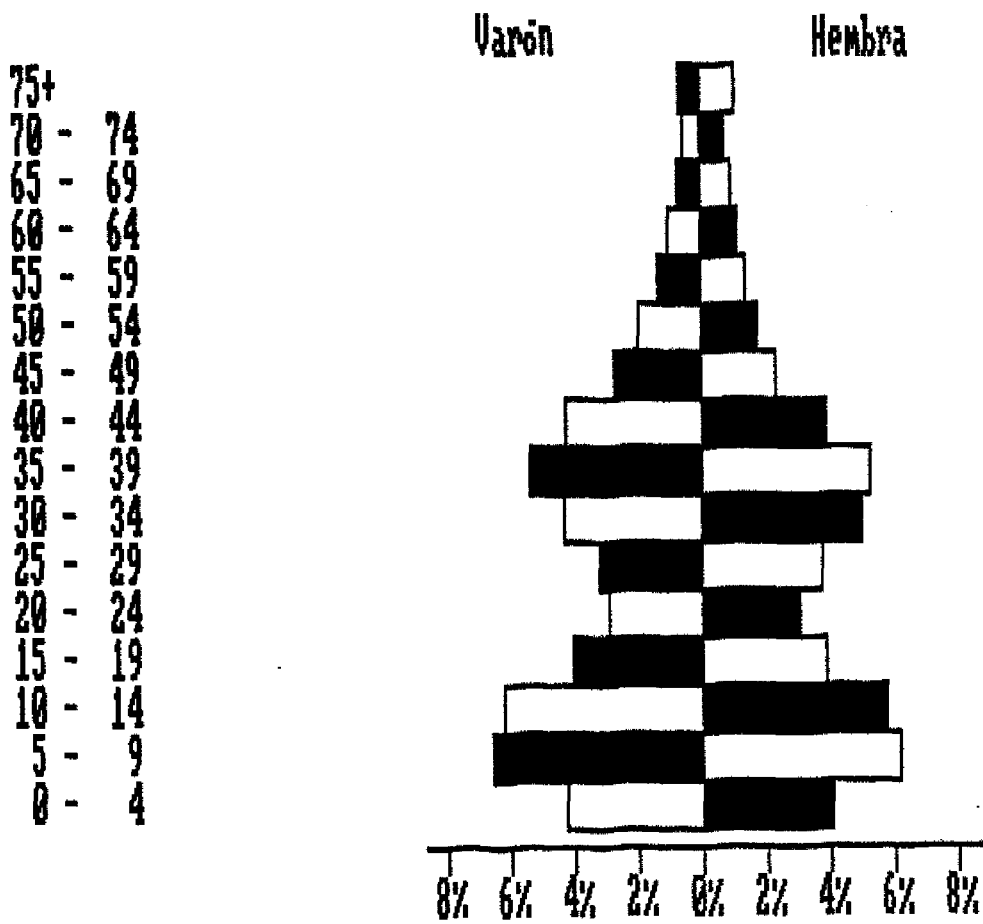
En fin, y como resumen, las tres pirámides que hemos revisado responden a los tres grandes tipos de pirámide poblacional que nos encontraremos en las diferentes realidades que componen la CAM, es decir:

a.-población vieja (área 6 y, en general, Madrid-capital);

b.-población intermedia (área 9 y, básicamente, todo el cinturón industrial que rodea a Madrid-capital);

c.-población joven con tendencia rápida a la estabilización (el conjunto de la CAM y, de alguna manera, la zona rural de la CAM).

Al continuar con el análisis de la estructura de edades mediante el estudio de los indicadores derivados de la misma, deberá observarse la tabla 33, en la que se aprecia cómo se distribuyen por CCAA, España y la CEE las tasas de dependencia que se señalan, considerando que a pesar de ser indicadores de dependencia por edades y no por situación laboral, resultan

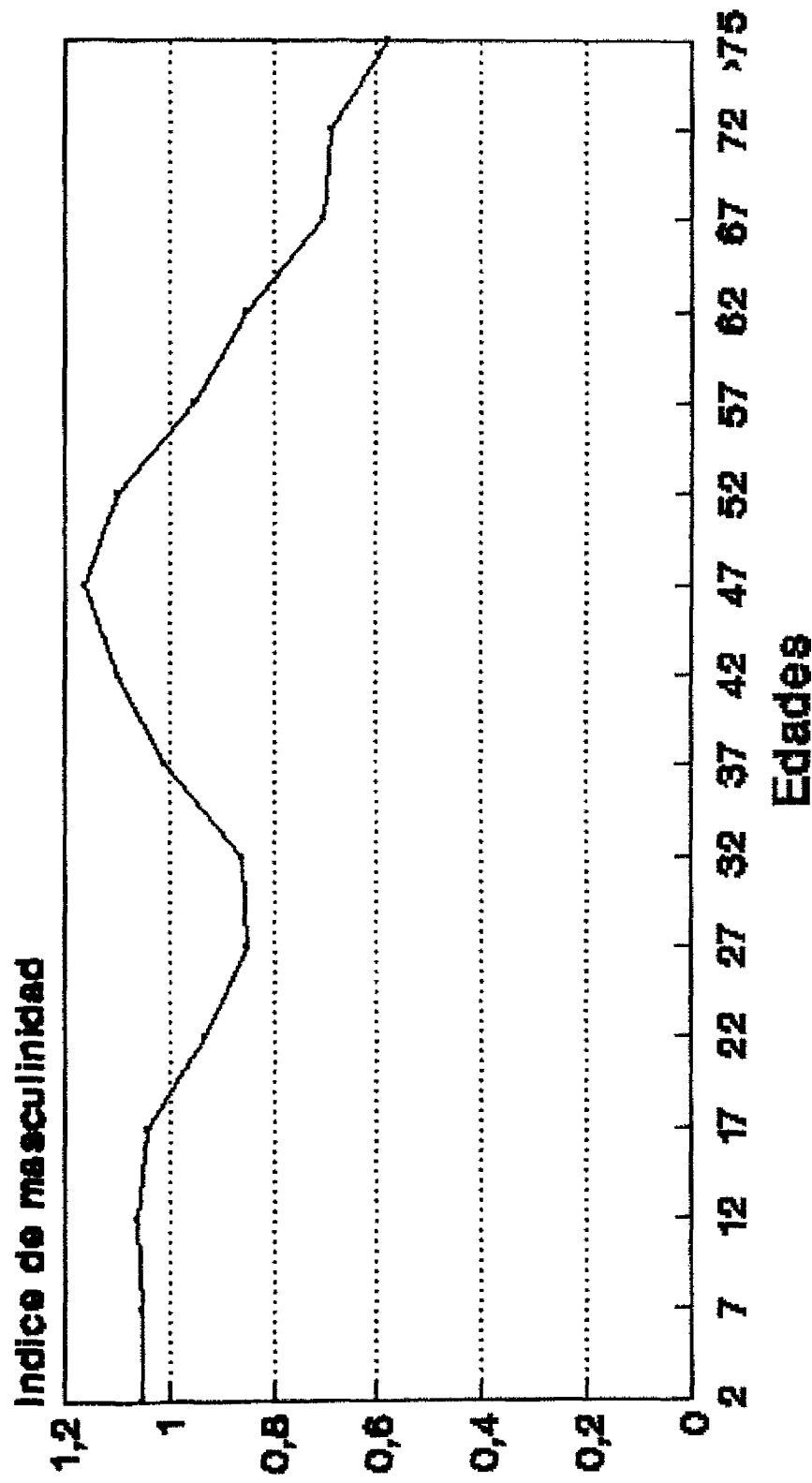


Población Total:

313,019 GRAFICO 7. POBLACION DEL AREA 9.

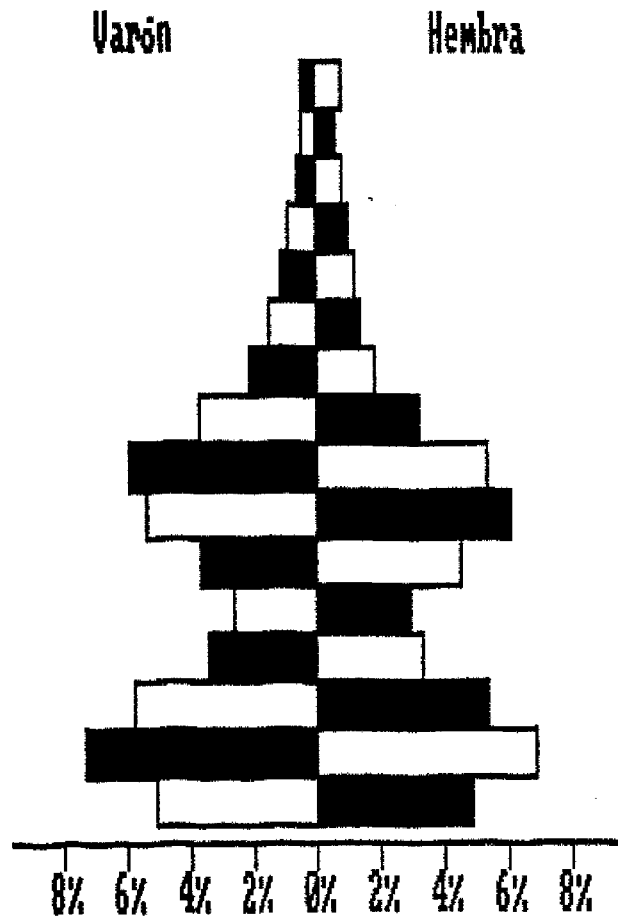
GRAFICO 8

INDICE DE MASCULINIDAD POR GRUPOS DE EDAD. AREA 9. 1986.



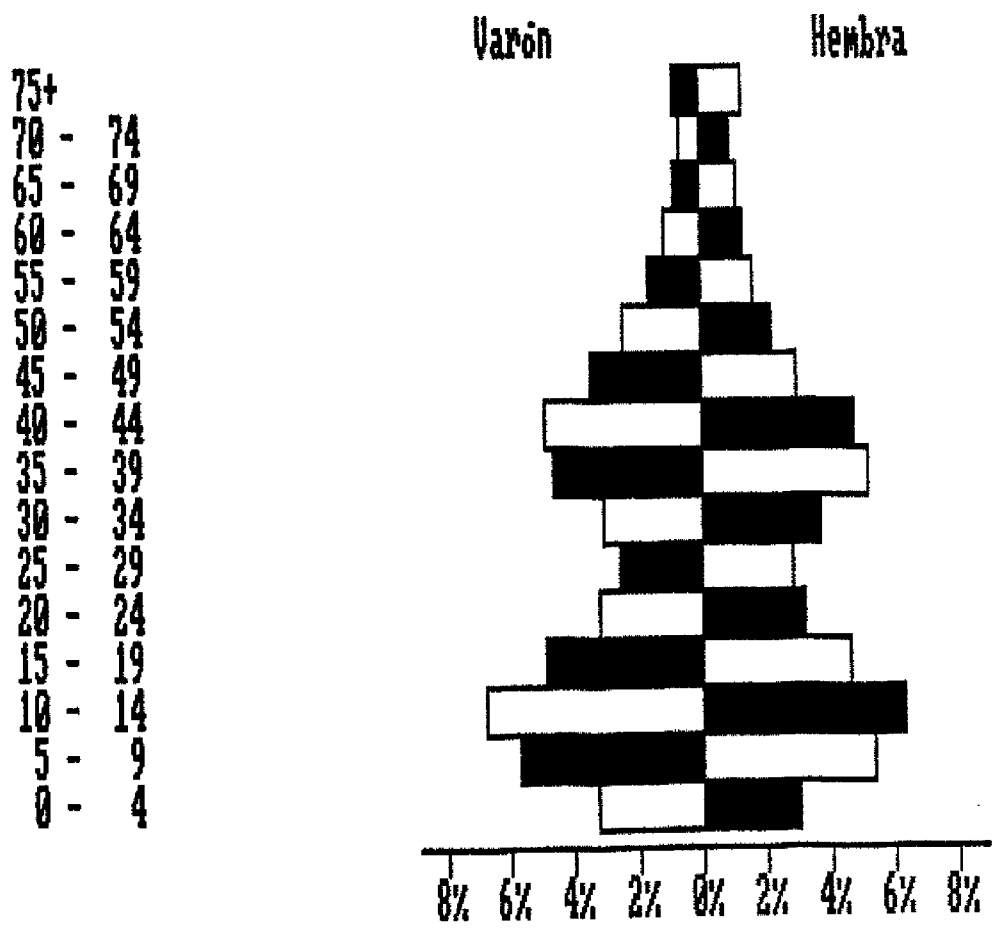
Fuente: anexo VIII

75+
 70 - 74
 65 - 69
 60 - 64
 55 - 59
 50 - 54
 45 - 49
 40 - 44
 35 - 39
 30 - 34
 25 - 29
 20 - 24
 15 - 19
 10 - 14
 5 - 9
 0 - 4



Población Total:

175,133 GRAFICO 9. POBLACION DISTRITO MOSTOLES.



Población Total:

137,884 GRAFICO 10. POBLACION DISTRITO ALCORCON.

TABLA 33

TASAS DE DEPENDENCIA Y RAZON DE SENILIDAD POR CCAA.
PARA ESPAÑA Y LA CEE. (1981).

COMUNIDAD AUTONOMA	TASAS DE DEPENDENCIA			RAZON DE SENILIDAD
	INFANTIL (%)	SENIL (%)	GENERAL (%)	
1. ANDALUCIA	80,9	29,5	110,4	5,9
2. ARAGON	57,5	37,8	95,3	5,0
3. ASTURIAS	57,3	33,8	91,2	5,7
4. BALEARES	63,3	34,5	98,1	5,2
5. CANARIAS	84,5	23,6	118,1	5,8
6. CANTABRIA	63,6	32,6	96,2	5,3
7. CASTILLA-LA MANCHA	69,5	39,0	98,5	5,3
8. CASTILLA-LEON	62,1	37,6	99,7	5,0
9. CATALUÑA	63,4	29,7	93,1	5,7
10. EXTREMADURA	71,9	37,3	109,3	4,9
11. GALICIA	61,6	36,2	97,9	5,0
12. MADRID	68,2	25,3	93,5	5,6
13. MURCIA	79,6	28,9	108,5	4,8
14. NAVARRA	63,3	32,3	95,5	5,6
15. PAIS VASCO	64,6	24,5	89,1	5,9
16. RIOJA	59,4	34,1	93,5	6,5
17. VALENCIA	69,0	30,9	99,8	5,7
ESPAÑA	68,5	30,9	99,4	5,5
CEE	56,9	34,5	91,4	4,9

Fuente: Tomado del Mapa de Salud y Servicios de la CAM. Tomo II.

buenos marcadores indirectos de dependencia económica dentro de las poblaciones. Con tal motivo, y tal como se describe en la parte metodológica de este estudio, las tasas de dependencia que se presentan no están construidas, como es lo usual, sobre el denominador "población entre 15 y 64 años", si no sobre "población entre 20 y 59 años", considerando de esta manera que nos aproximamos más al sentido de "dependencia" de una parte de la población respecto a la población teórica económicamente activa, habida cuenta de la actual tendencia general a alargar la edad escolar y rebajar la edad de jubilación y considerando, además, que las probabilidades de que trabaje un menor de 20 años en España, la CAM y la CEE son cada vez más pequeñas. De esta forma consideramos jóvenes y viejos respectivamente a las personas comprendidas entre los 0 y los 19 años, y 60 años y más. Por ello, entonces, consideramos personas independientes económicamente a los comprendidos entre los 20 y los 59 años.

Respecto al indicador Razón de senilidad observamos que en la medida en que el numerador "personas de 65 a 69 años" aumenta respecto al denominador "personas de 85 y más años", el indicador, por lógica tiende a aumentar. En la tabla 33 apreciamos que la población anciana de la CEE es proporcionalmente más vieja que la de la CAM y la de España.

Al observar la Tasa de dependencia general constatamos que para España es de 99,4%, esto es que por cada 100 personas de 20 a 59 años hay 99,4 comprendidas entre las edades menores de 20 años y mayores de 60. Dicho de otro modo se da una relación de casi una persona "dependiente" económicamente por cada persona en edad laboral. Esta relación 1/1 la sobrepasan en nuestro país las comunidades de Andalucía, Extremadura, Murcia y Canarias. Por su parte Madrid se sitúa entre las tres primeras comunidades con menos población dependiente. Las diferencias observadas entre comunidades se refieren principalmente a diferencias en la proporción de jóvenes y, en consecuencia, a diferencias de tasas de fecundidad. Las columnas tercera y cuarta de la tabla 33 reflejan con claridad este hecho, ya que el componente juvenil es el que más pesa en la tabla de dependencia.

La situación de Madrid respecto al conjunto nacional es que tiene la tasa de dependencia senil más baja de todas y ligeramente inferior a la media nacional. Con respecto a la situación europea, la CAM y España en su conjunto presentan tasas sensiblemente más bajas de dependencia senil y tasas más altas de dependencia infantil por lo que lógicamente la tasa de dependencia general es más baja en la CEE que en España.

Los mismos indicadores antes comentados aparecen en la tabla 34 por áreas y distritos de estudio. Se observa ahí que de las poblaciones ancianas la más envejecida es la del área 6, como seguramente estábamos imaginando.

La mayor dependencia general de las áreas la tiene el área 6 en particular a costa de su elevada dependencia senil. Como queda señalado, en todas las áreas, excepto en la 6, y en el contexto de la CAM el mayor peso de la dependencia lo aportan las poblaciones infantiles y juveniles.

TABLA 34**TASAS DE DEPENDENCIA, RAZON DE SENILIDAD Y RAZON ENTRE SEXOS
PARA LA CAM, AREAS Y DISTRITOS DE ESTUDIO. 1986.**

	TASA DE DEPENDEN. INFANTIL	TASA DE DEPEND. SENIL	TASA DE DEPEND. GENERAL	RAZON DE SENILIDAD	RAZON ENTRE SEXOS
				(*)	
Centro	35,34	63,42	98,76	4,6	0,77
Arganzuela	44,32	44,13	88,45	7,0	0,83
Area 6	39,56	54,07	93,63	5,3	0,80
Móstoles	79,57	10,43	90,00	7,5	0,99
Alcorcón	76,01	15,22	91,23	7,6	0,98
Area 9	78,16	12,91	91,07	7,6	0,99
CAM	59,53	28,05	87,05	5,8	0,92

(*) Datos para el año 1981.

Fuente: Razón de Senilidad tomado del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II. Resto : elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes de 1986. Instituto Nacional de Estadística.

La razón entre sexos (hombres por cada mujer) es mínima en el área 6, como resulta típico en las poblaciones envejecidas. Ningun área ni distrito estudiados posee una juvenilidad tan importante como para colocar este índice por encima de 1. Esta razón fué para la CAM de 0,92 mientras que para el Estado era de 0,96, todo ello para 1986.

El Índice de envejecimiento (mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años), como era de esperar y tal como aparece en la tabla 35, es máximo en el área 6 y mínimo en el área 9 considerando que para el año 1986 la media de la CAM fué de 44,85 por cien. En los cinco años que transcurrieron entre 1981 y 1986 la población de la CAM envejeció en la medida que que marcan 12,5 mayores de 65 años más por cada 100 menores de 15 años que al comienzo del quinquenio. El área que proporcionalmente más envejeció fué el área 6 (incremento del 19,32%) especialmente a costa del distrito Centro, el más viejo y el que más aceleradamente envejece de los cuatro estudiados.

En la misma tabla se observa cómo varió en dicho quinquenio la Tasa de dependencia general apreciándose el hecho de pérdida importante de relación "dependiente/activo" en todas las áreas y en la CAM.

Este dato nos acerca a la realidad europea donde la relación de dependencia que marcan las edades era inferior a la nacional como ya se vió. Señálese el hecho de que el global de la CAM pierde proporcionalmente más dependencia que cada una de las áreas (6,5 personas dependientes menos por cada 100 "activas").

Si, como ya se dijo, esa relación descansaba fundamentalmente sobre la población menor de 20 años, no es descabellado pensar en la relación evidente entre ese decremento de la dependencia y los retrocesos encontrados en la natalidad en los últimos quinquenios. Abunda en esta idea el hecho de que, y recuérdense aquí las configuraciones de las pirámides poblacionales, los distritos donde la relación de dependencia no disminuyó (Móstoles) son los que más tardíamente se han visto afectados por el decremento en la tendencia de natalidad.

Diremos para acabar el presente capítulo que de todo lo dicho, y además tal como se observa en el Mapa de Salud de la CAM (Tomo II) tras ponderar positiva y negativamente algunos de los indicadores ya comentados, que dentro de todo el contexto de la CAM, en cuanto a "juvenilidad" los distritos estudiados quedarían en las siguientes posiciones relativas:

* Alta "juvenilidad": los distritos de Móstoles y Alcorcón, y por lo tanto toda el área 9;

* Baja "juvenilidad": los distritos de Centro y Arganzuela, y por lo tanto toda el área 6.

TABLA 35

INDICADORES DE ESTRUCTURA DE EDAD PARA LA CAM Y AREAS
Y DISTRITOS DE ESTUDIO. (1981 Y 1986).

	INDICE DE ENVEJECIMIENTO		VARIAC. I.E.	TASA DE DEPEND. GRAL		VARIAC. T.D.G.
	1981 (%)	1986 (%)	81/86 (%)	1981 (%)	1986 (%)	81/86 (%)
Centro	168,84	207,28	38,44	103,1	98,7	- 4,4
Arganzuela	82,33	103,10	20,77	92,5	88,4	- 4,1
Area 6	131,87	154,19	19,38	98,5	93,6	- 4,9
Móstoles	8,97	10,49	1,52	87,7	90,0	+ 2,3
Alcorcón	13,44	18,81	5,37	95,4	91,2	- 4,2
Area 9	11,14	13,67	2,53	91,3	91,0	- 0,3
CAM	32,30	44,85	12,55	93,4	87,0	- 6,4

Fuente: Datos de 1981: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM; Tomo II.

Datos de 1986: Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes de 1986. Instituto Nacional de Estadística.

Variaciones interanuales: elaboración propia.

4.1.4.3.- Movimiento natural de la población.

Uno de los componentes básicos que ayudan a explicar la estructura por edades de un país en un momento dado es el de la evolución de sus tasas de natalidad. La tabla 36 contiene la Tasa de nacimientos por mil habitantes desde 1960 a 1986. Comienza la CAM con una tasa más alta que cualquiera de los países de la CEE, incluida España, en 1960. Sin embargo en 1983 su tasa es idéntica a la nacional, y en 1986 aún algo menor. En 1983 solo seis países de la CEE tienen tasas más altas, lo que indica que en ese cuarto de siglo Madrid ha sufrido la caída más brusca de la natalidad de todos los países de la CEE. La variación relativa de tasas entre 1960 y 1986 indica un decremento de más de la mitad de la tasa inicial. Algo parecido ha sucedido en el conjunto nacional, si bien la diferencia de tasas registrada es algo menor.

Por CCAA (tabla 37), entre los años 1960 y 1983 se aprecia que Madrid es la comunidad que parte con mayor número de nacimientos por mil habitantes, para pasar en esos 23 años a igualar la tasa del Estado, siendo de entre todas las CCAA, la que proporcionalmente más natalidad perdió (51,17%), si se exceptúa a la comunidad vasca que perdió un 54,4% de su tasa. A pesar de ello, en el año 1983 había nueve comunidades en el Estado con tasas inferiores a la de Madrid, que aún se encontraba lejos de Cataluña, la comunidad que con un 9,9 por mil presentaba la Tasa de natalidad más baja de todo el Estado.

Por áreas de estudio (tabla 38) para el año 1987, la tasa de natalidad más baja, como era de preveer, la tenía el área 6, especialmente a costa del distrito Centro, y la mayor el área 9, siendo especialmente alta en su distrito de Móstoles.

Otra cosa diferente observamos al repasar las Tasas brutas de mortalidad entre los años 1960 y 1986 en la CEE, España y la CAM (tabla 39). A pesar de la inconveniencia de realizar análisis comparativos de esas tasas sin depurar la influencia que la estructura por edades de las poblaciones marcan sobre la mortalidad, en dicha tabla se observa que España y la CAM partían en 1960 de unas tasas inferiores a las de las CEE debido, sin duda, a su estructura de población más joven. La CEE parece haber estabilizado su tasa sobre los 10,3 fallecidos por mil habitantes al año, mientras que España marcó su mínimo en los años 1980 y 1983 para comenzar a subir a partir de ese año, reduciendo en todo el periodo 60/86 un 8,13% su tasa de inicio.

La CAM registró su mínima tasa en 1980 (6,0 por mil) para comenzar a subir desde entonces hasta situarse en 6,4 por mil en 1986 y mantenerse en ese nivel en 1987. El decremento total que registró la tasa entre 1960 y 1986 fué el más alto de todos con una pérdida de un 16,88% de su tasa.

TABLA 36**EVOLUCION DE LA NATALIDAD EN LA CEE, ESPAÑA Y LA CAM.**
1960/1986.

	TASAS BRUTAS NATALIDAD (*)					VARIACION 60/86 (%)
	1960	1970	1980	1983	1986	
CEE	18,5	16,4	13,0	11,9	---	---
ESPAÑA	21,7	19,5	15,1	12,5	11,2	- 48,38
CAM	25,6	22,2	15,2	12,5	11,1	- 56,64

(*) T.B.N.: Número de nacimientos por mil habitantes.

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.
Elaboración propia.

TABLA 37

EVOLUCION DE LA NATALIDAD EN ESPAÑA Y LAS CCAA. 1960/1983.

COMUNIDAD AUTONOMA	TASAS BRUTAS DE NATALIDAD (*)			VARIACION T.B.N. (%) 60/83
	1960	1970	1983	
1. ANDALUCIA	24,6	21,8	15,8	- 35,7
2. ARAGON	18,3	15,0	10,1	- 44,8
3. ASTURIAS	19,6	15,6	10,3	- 47,4
4. BALEARES	17,0	20,1	12,3	- 27,6
5. CANARIAS	24,9	25,8	15,2	- 38,9
6. CANTABRIA	21,4	18,3	12,6	- 41,1
7. CASTILLA-LA MANCHA	22,7	16,6	12,9	- 43,1
8. CASTILLA-LEON	20,8	15,5	10,8	- 48,0
9. CATALUÑA	18,0	19,3	9,9	- 45,0
10. EXTREMADURA	23,0	17,0	13,5	- 41,3
11. GALICIA	17,6	16,0	11,0	- 37,5
12. MADRID	25,6	22,2	12,5	- 51,1
13. MURCIA	23,7	23,4	16,1	- 32,0
14. NAVARRA	19,3	18,1	11,3	- 41,4
15. PAIS VASCO	23,7	20,7	10,8	- 54,4
16. RIOJA	18,7	16,0	12,0	- 35,8
17. VALENCIA	19,4	19,3	12,9	- 33,5
ESPAÑA	21,7	19,5	12,5	- 42,0

(*) T.B.N.: Número de nacidos por cada mil habitantes.

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.
Elaboración propia.

TABLA 38

**SITUACION DE LA NATALIDAD EN LA CAM Y AREAS Y DISTRITOS
DE ESTUDIO. 1987.**

TASA BRUTA DE NATALIDAD

CENTRO	7,62 (*)
ARGANZUELA	9,46 (*)
AREA 6	8,46 (*)
MOSTOLES	15,32
ALCORCON	9,29
AREA 9	12,66
MADRID-CAPITAL	9,36
CAM	11,36

(T.B.N.: Número de nacidos por mil habitantes)

(*) Datos de 1986.

Fuente: Elaboración propia a partir de:
Boletín trimestral del Movimiento Natural de la población de la
CAM. Consejería de Economía de la CAM. Enero 1988;
y Anuario Estadístico del Ayuntamiento de Madrid. 1987.

TABLA 39**EVOLUCION DE LA MORTALIDAD EN LA CEE, ESPAÑA Y LA CAM.**
1960/1986.

	TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD (*)					VARIACION 60/86 (%)
	1960	1970	1980	1983	1986	
CEE	10,5	10,6	10,3	10,3	---	- 1,90 (**)
ESPAÑA	8,6	8,3	7,7	7,7	7,9	- 8,13
CAM	7,7	6,7	6,0	6,1	6,4	- 16,88

(*) T.B.M.: Número de fallecidos por mil habitantes.

(**) Variación relativa entre 1960/1983.

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.
Elaboración propia.

Es evidente que el envejecimiento progresivo que está registrando la población de la CAM y del Estado condicionará el alza de las tasas que tenderán a igualarse con las de la CEE al igual que otros indicadores dependientes de la estructura de edades ya comentados.

Por CCAA (tabla 40), y salvando la comparabilidad imposible por falta de datos para estandarizar tasas, apreciamos que en 1983 la CAM es la comunidad con la Tasa bruta de mortalidad más baja de todo el Estado, en perfecta armonía con el hecho ya comentado de poseer una de las poblaciones más jóvenes del país. Señalemos aquí que la comunidad que más proporción de su tasa perdió en los 23 años que ofrece la tabla fué Cataluña con un 24,4% de decremento, y a continuación la CAM con un 20,7% de pérdida.

El global del Estado perdió en ese periodo un 10,4%, y algunas comunidades incrementaron sus tasas, destacando Extremadura que ganó un 15,4% respecto a su nivel de partida.

Por áreas, para 1986, llama poderosamente la atención (tabla 41) la TBM del área 9, extraordinariamente baja, solo explicable por su altísimo nivel de juvenalización, como ya se ha comentado. El área 6 y sus distritos presentan tasas superiores a la media de la CAM.

En resumen en el movimiento natural de la población española y madrileña entre los años 1960 y 1986 (tabla 42) cabe destacar: en el año 1980 la CAM registró una Tasa de crecimiento natural de 9,20 por mil habitantes, mientras que el conjunto del Estado español registró una de 7,40 por mil habitantes.

La diferencia observada, a práctica igualdad de las tasas de natalidad, dependió básicamente de la inferioridad que Madrid presentó en su Tasa bruta de mortalidad (6 por mil).

En el año 1986 las diferencias en las tasas de crecimiento natural halladas en la CAM y en España fueron menores (un crecimiento de 1,64 por mil habitantes más en Madrid que en el Estado). El peso fundamental de esa diferencia residió igualmente en las tasas brutas de mortalidad.

La tendencia, por tanto, es a homogeneizar las tasas de crecimiento en función de igualar las tasas brutas de mortalidad en la CAM y en España, una vez alcanzado un equilibrio continuado de los niveles de natalidad.

Conocido es el hecho de la extraordinaria fiabilidad que como indicador del riesgo de morir aporta la Esperanza de vida al nacer (E.V.N.).

TABLA 40

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD EN ESPAÑA Y LAS CCAA. 1960/1983.

COMUNIDAD AUTONOMA	TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD (*)			VARIACION T.B.M. (%) 60/83
	1960	1970	1983	
1. ANDALUCIA	8,0	8,2	7,6	- 5,0
2. ARAGON	9,6	8,8	8,7	- 9,3
3. ASTURIAS	7,8	8,5	8,8	+ 12,8
4. BALEARES	10,8	11,0	9,5	- 12,0
5. CANARIAS	6,6	6,7	6,5	- 1,5
6. CANTABRIA	8,5	8,4	8,4	- 1,1
7. CASTILLA-LA MANCHA	8,6	9,2	9,2	+ 6,9
8. CASTILLA-LEON	9,0	8,8	8,4	- 6,6
9. CATALUÑA	9,4	8,3	7,1	- 24,4
10. EXTREMADURA	8,4	8,8	9,7	+ 15,4
11. GALICIA	8,6	8,9	8,9	+ 3,4
12. MADRID	7,7	6,7	6,1	- 20,7
13. MURCIA	8,1	9,0	7,9	- 2,4
14. NAVARRA	8,8	8,5	8,2	- 6,8
15. PAIS VASCO	7,7	7,2	6,7	- 12,9
16. RIOJA	8,9	9,1	8,0	- 10,1
17. VALENCIA	9,7	9,2	8,4	- 13,4
ESPAÑA	8,6	8,3	7,7	- 10,4
CEE	10,5	10,6	10,3	- 1,9

(*) T.B.M.: Número de fallecidos por cada mil habitantes.

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.
Elaboración propia.

TABLA 41**SITUACION DE LA MORTALIDAD EN LA CAM Y AREAS Y DISTRITOS
DE ESTUDIO. 1987.**

	TASA BRUTA DE MORTALIDAD (*)
CENTRO	9,53 (**)
ARGANZUELA	6,74 (**)
AREA 6	8,27 (**)
MOSTOLES	2,34
ALCORCON	2,98
AREA 9	2,62
CAM	6,39

(*) T.B.M.: Número de fallecidos por mil habitantes.

(**) Datos del año 1986.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Boletín Trimestral del Movimiento Natural de la Población de la CAM, Consejería de Economía de la CAM, primer trimestre de 1988; y Anuario Estadístico del Ayuntamiento de Madrid, 1987.

TABLA 42**EVOLUCION DEL MOVIMIENTO NATURAL DE LA POBLACION PARA ESPAÑA
Y LA CAM. 1981 Y 1986.**

(*)	1980			1986		
	T.B. NATAL.	T.B. MORT.	T.CREC. NATURAL	T.B. NATAL.	T.B. MORT.	T.CREC. NATURAL
ESPAÑA	15,10	7,70	7,40	11,24	7,90	3,34
CAM	15,20	6,00	9,20	11,75	6,39	4,98

(*) Tasas Brutas de Natalidad, Tasas Brutas de Mortalidad, y Tasas de Crecimiento Natural son por mil habitantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Boletín Trimestral del Movimiento Natural de la Población de la CAM, Consejería de Economía de la CAM, primer trimestre de 1988; Y Anuario Estadístico de 1988 del Instituto Nacional de Estadística.

Al pasar a analizar la tabla 43 se observará la tendencia de este indicador entre el periodo de 1970 y el trienio 1980/1983, por sexos, para la CEE, la CAM y España. En 1970 el conjunto del Estado mostraba el mejor indicador de los tres niveles geográficos de análisis, superior al de la CAM, y aún superior al de la CEE. Para el periodo 1980/1983 Madrid mejora el indicador más que España y la CEE, hallándose que para el madrileño que nace en ese trienio la EVN es de 73,3 años y de casi 80 años para la madrileña que viene al mundo en ese mismo periodo.

La CEE presenta una EVN peor que la de España, y ésta peor que la de Madrid. El hecho de que la diferencia en las EVN entre los dos sexos sea más favorable para las mujeres en la CAM en 6,5 años que en España (6 años) puede orientar indirectamente sobre un cierto mayor nivel de desarrollo en Madrid, sabiendo que dichas diferencias favorables a las mujeres se incrementan en la medida en que crece el nivel de desarrollo de las comunidades.

Otro indicador básico del nivel de desarrollo y de la calidad de vida es, como se sabe, la Tasa de mortalidad infantil (T.M.I.). En la tabla 44 podemos analizar este indicador para España, CEE y la CAM para los años 1980, 1984 y 1986. En estos tres años las mejores tasas las ofrecían la CAM y España por encima de las de la CEE. La tendencia de la CAM hasta 1986 es más nítida en cuanto a su reducción que la de España, que entre 1984 y 1986 se incrementó en 1,5 fallecidos menores de 1 año por cada mil nacidos vivos. La CAM ostenta la mejor TMI con 8,2 por mil en 1986.

TABLA 43

**EVOLUCION DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXOS
Y PARA LA CEE, ESPAÑA Y LA CAM. 1970 Y PERIODO 1980-1983.**

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (*)

	<u>AÑO 1970</u>		<u>PERIODO 1980-1983</u>	
	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>
CEE	68,9	75,1	70,8	77,5
ESPAÑA	70,4	76,2	72,6	78,6
CAM	69,6	75,8	73,3	79,8

(*) E.V.N. se da en años.

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

TABLA 44

**EVOLUCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA CEE, ESPAÑA
Y LA CAM. 1980, 1984, 1986. (*)**

	<u>TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (**)</u>		
	1980	1984	1986
CEE	12,4	10,2	---
ESPAÑA	11,1	7,3	8,8
CAM	10,9	9,1	8,2

(*) Los datos de la CAM de la columna de 1980 corresponden a 1979. Los datos de la CEE y España de la columna de 1984 corresponden a 1983.

(**) T.M.I.: menores de un año fallecidos por mil nacidos vivos.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de:
para los indicadores de la CAM de 1984 se toman datos del Anuario estadístico de 1988 del Instituto Nacional de Estadística;
para los datos del año 1986 se toman de datos provisionales del Anuario estadístico de 1988 del Instituto Nacional de Estadística;
resto de los datos se toman del Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM, tomo II.

4.1.4.4.- Migraciones.

La información que se ha podido recoger sobre este extremo para el periodo del análisis se presenta en la tabla 45. A pesar de que la crisis económica frenó de manera casi total el aluvión inmigrante que había cambiado toda la configuración y la dinámica poblacional de la CAM, en 1986, según se aprecia, el crecimiento poblacional que experimenta Madrid dependiendo de movimientos no naturales sigue siendo positivo.

Para esa fecha el resto del Estado es responsable de que la CAM crezca respecto al año previo un 1,28 por mil habitantes que, a falta de conocer las características del movimiento migratorio externo (bastante atenuado tras los años del "boom" económico), sitúa a Madrid en un crecimiento de 6,26 habitantes por mil, tras añadir al saldo migratorio la Tasa de crecimiento natural presentada para ese año.

4.1.4.5.- Fecundidad.

Algunos indicadores facilitan el acercamiento a la realidad actual o reciente de la fecundidad en los niveles comparativos de este estudio y del potencial reproductor a medio y corto plazo. Así, si se analiza la tabla 46 se observará la comparación del indicador "Niñas de 0 a 4 años por cada mil mujeres en edad reproductiva", y se podrá apreciar el potencial reproductor comparado de la CEE, España y la CAM en 1981. La CAM, con 163 niñas menores de 4 años por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años, muy próximo al nivel algo superior de España, se encuentra en una sensible mejor posición para la fecundidad futura que la media de los países de la CEE. En concreto España es, de todos los países de la CEE excluida la "muy joven" Irlanda, el que presenta un indicador más favorable.

Por años, entre 1971 y 1984, la Tasa global de fecundidad para la CAM y España (tabla 47) demuestra cómo la tendencia desde 1971 es la de reducción del número medio de hijos por mujer tanto en Madrid como en todo el Estado. Sin embargo Madrid es quien más pierde en el transcurso de esos trece años de estudio: más de un hijo de media pierde cada mujer madrileña (1971/1982), mientras que en todo el Estado en ese periodo tan solo se pierde un hijo promedio por cada mujer. La decisiva influencia que los descensos generales de fecundidad tienen sobre este fenómeno son evidentes y no merecen más comentario.

TABLA 45

MIGRACIONES INTERIORES DE LA CAM. 1986.

INMIGRACIONES DE OTRAS PROVINCIAS (N° DE PERSONAS)	18.223
EMIGRACIONES A OTRAS PROVINCIAS (N° DE PERSONAS)	12.098
SALDO MIGRATORIO (N° DE PERSONAS)	+ 6.125
TASA DE MIGRACION (POR MIL HABITANTES)	+ 1,28

Fuente: Elaboración propia sobre datos del Anuario estadístico de 1987, Instituto Nacional de Estadística.

TABLA 46

**RAZON "NIÑAS MENORES DE 4 AÑOS/MUJERES DE 15 A 49 AÑOS" PARA
LA CEE, ESPAÑA Y LA CAM. 1981. (*)**

CEE	127,6
ESPAÑA	164,4
CAM	163,4

(*) Razón por mil mujeres de 15 a 49 años.

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

TABLA 47

**EVOLUCION DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN
ESPAÑA Y LA CAM. DE 1971 A 1984. (*)**

	AÑOS							
	1971	1973	1975	1977	1979	1981	1982	1984
ESPAÑA	2,88	2,84	2,80	2,66	2,33	1,99	1,89	1,70
CAM	2,93	2,89	2,87	2,67	2,21	1,83	1,70	--

(*) T.G.F.: número medio de hijos por mujer.

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM, Tomo II;
Consejería de Economía de la CAM, 1985.

Por CCAA (tabla 48) la comparación de indicadores tales como Razón de fecundidad y Optimo fecundo orientan sobre el hecho de una relativa mejor situación del global del Estado en potencial reproductor (España con 343 niños menores de 4 años por mil mujeres en edad reproductiva, sobre la CAM con 332 por mil), mientras que Madrid en el año 1981 presentaba una distribución por edades de las mujeres discretamente mejor para la fecundidad en edades óptimas (307 mujeres de 20 a 29 años por cada mil mujeres en edad reproductiva).

Los dos indicadores, con su referencia representativa ya comentada (Razón de fecundidad como de potencialidad y Optimo fecundo como de momentaneidad), pueden observarse también por áreas y distritos de estudio en su evolución durante el quinquenio 81/86 (tabla 49). Se constata cómo el conjunto de la CAM pierde en esos cinco años 97 menores de cuatro años por cada mil mujeres en edad fértil. Si se volviera a analizar aquí la pirámide poblacional ya presentada en otro capítulo se observaría la naturaleza del fenómeno: de 1981 a 1986 cae de manera importante el número de niños menores de cuatro años pero se incrementa ostensiblemente el conjunto de mujeres de 15 a 49 años. Solo la conjunción de estas dos circunstancias (pérdida de numerador e incremento de denominador) es capaz de justificar lo exagerado del decremento del indicador.

La proporción de mujeres en edades óptimas para procrear, sin embargo, crece en la CAM. La situación en 1986 es, por tanto, más favorable a la fecundidad momentánea en las mejores condiciones etarias y más desfavorable en cuanto a las perspectivas futuras.

Por áreas se destaca la más favorable situación en la Razón de fecundidad del área 9 sobre las demás aunque, como era de esperar, es este área la que presenta las pérdidas más acusadas del quinquenio. De todos los distritos es el de Móstoles el que mejores perspectivas plantea en 1986 para la fecundidad futura.

Respecto al Optimo fecundo se aprecia que el mejor indicador lo presentaba en 1981 el área 6, que se incrementa en el quinquenio, mientras que el área 9 pierde proporción de mujeres entre estas edades. Por ello, en 1986, la situación más favorable, y de forma destacada, la ofrece el área 6 (350 mujeres de 20 a 29 años por cada mil mujeres en edad reproductiva). La explicación de este fenómeno, que a primera vista puede parecer extraño, se encuentra al volver a revisar las pirámides poblacionales de las áreas: efectivamente el área 6 es la que presenta menores contingentes de mujeres en edad fértil, pero también es verdad que las tendencias de baja natalidad que han incidido durante años sobre el área, unido a la escasa recepción de emigrantes, han "suavizado" los escalones de la pirámide por lo que es precisamente aquí donde encontramos menos proporciones de mujeres en edades extremas de la fecundidad (15 a 20 años y 40 a 49 años) por lo que, proporcionalmente, el denominador con el que se trabaja en el cálculo del indicador es menor en el área 6. Sin duda las mujeres de ese área se encuentran más concentradas en los dos grupos etarios de óptima fecundidad.

TABLA 48**INDICADORES DE FECUNDIDAD PARA ESPAÑA Y LAS CCAA. 1981.**

COMUNIDAD AUTONOMA	INDICADORES (*)	
	RAZON DE FECUNDIDAD (POR MIL)	OPTIMO FECUNDO (POR MIL)
1. ANDALUCIA	398	305
2. ARAGON	283	295
3. ASTURIAS	313	314
4. BALEARES	336	315
5. CANARIAS	377	311
6. CANTABRIA	339	321
7. CASTILLA-LA MANCHA	327	304
8. CASTILLA-LEON	291	302
9. CATALUÑA	327	304
10. EXTREMADURA	337	306
11. GALICIA	321	293
12. MADRID	332	307
13. MURCIA	415	313
14. NAVARRA	316	317
15. PAIS VASCO	311	307
16. RIOJA	337	291
17. VALENCIA	371	308
ESPAÑA	343	305

(*) R.F. y O.F.: ambos indicadores se dan por mil mujeres de 15 a 49 años.

Fuente: Censo de Población de 1981, Instituto Nacional de Estadística; Y Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM, Tomo I.

TABLA 42

EVOLUCION DE ALGUNOS INDICADORES DE FECUNDIDAD PARA LA CAM Y LAS AREAS Y DISTRITOS DEL ESTUDIO. 1981 Y 1986.

	RAZON DE FECUNDIDAD (*)		VARIAC. R.F.	OPTIMO FECUNDO (*)		VARIAC. O.F.
	1981 x mil	1986 x mil	81/86 x mil	1981 x mil	1986 x mil	81/86 x mil
Centro	182,89	148,68	- 34,21	356,98	363,02	+ 6,04
Arganzuela	245,42	194,18	- 51,24	320,93	336,83	+ 15,90
Area 6	209,33	170,60	- 38,73	341,57	350,00	+ 8,43
Móstoles	493,16	409,08	- 84,08	370,14	219,44	-150,70
Alcorcón	375,66	232,40	-143,26	249,77	309,15	+ 59,38
Area 9	436,23	306,33	-129,90	311,82	250,80	- 61,02
CAM	332,00	234,33	- 97,67	307,60	314,13	+ 6,53

(*) R.F., O.F. así como sus variaciones se dan por mil mujeres de 15 a 49 años.

Fuente: Datos de 1981: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM; Tomo II.

Datos de 1986: Elaboración propia a partir del Padrón Municipal de Habitantes de 1986. Instituto Nacional de Estadística.

Variaciones interanuales: elaboración propia.

Por áreas, por último, se pueden comparar algunos indicadores de paridad para 1981 en la tabla 50. En ella se aprecia cómo el área 6 es la que mayor proporción de mujeres sin hijos presenta. Las dos áreas y sus distritos acumulan la máxima proporción de paridad en el nivel 1 a 2 hijos por cada mujer.

Se dirá, en resumen, que la CAM, al igual que España, ha sufrido una importantísima caída de la fecundidad, que en España comenzó en 1977 y que alcanzó el llamado nivel de reemplazo en 1980 (2,1 hijos por cada mujer). De esta manera España, y la CAM dentro de ella, se ha incorporado durante los últimos diez años, aunque con cierto desfase temporal y simultáneamente al resto de los países mediterráneos, al conjunto de los países de Europa Occidental que registran niveles de fecundidad extremadamente bajos (inferiores a 2,1 hijos por mujer).

Los niveles de fecundidad del área 6 resultan los más bajos de toda la CAM. La Razón de fecundidad del área 9 es la más alta de todas las áreas (potencial reproductor), sobre todo en el distrito de Móstoles, y muy por encima de la media de la CAM.

El texto ya comentado del Mapa de Salud de la CAM (tomo II) elabora un indicador relativo, al que denomina "Nivel de fecundidad", que obtiene mediante la ponderación positiva de los indicadores "Niñas de 0 a 4 años por mujeres de 15 a 49 años", "Porcentaje de mujeres en edad de procrear", y "Media de hijos por mujer"; y negativa del indicador "Porcentaje de mujeres sin hijos". Así, extrayendo los resultados de dicho texto, aparecen el área 6 y sus distritos como dentro de los de MUY BAJO nivel de fecundidad dentro de todos los distritos y áreas de Madrid. El distrito de Alcorcón aparece como dentro del nivel MUY ALTO; mientras el de Móstoles se encontraría en una situación MEDIA dentro de todos los de la CAM para el Nivel de fecundidad.

En resumen, y para terminar este capítulo, diremos que el área 6 se sitúa entre los niveles más bajos de la CAM en todos aquellos indicadores favorables a la fecundidad, y entre los más altos de la CAM en aquél indicador que hemos denominado como menos favorable para la fecundidad ("Porcentaje de mujeres sin hijos"). El área 9, por el contrario, y a excepción de su muy favorable situación en el Optimo fecundo, posee una baja o muy baja situación, respecto al resto de las áreas de la CAM, en todos los demás indicadores que hemos comentado (positivos y negativos para la fecundidad).

TABLA 50**INDICADORES DE PARIDAD SEGUN AREAS
Y DISTRITOS DE ESTUDIO. 1981.****MUJERES**

	SIN HIJOS (%)	CON 1 ó 2 (%)	CON 3 ó 4 (%)	CON MAS DE 5 (%)
Centro	15,6	51,3	24,4	4,1
Arganzuela	13,3	50,8	26,8	4,6
Area 6	14,7	51,1	25,4	4,3
Móstoles	11,0	59,3	23,1	3,5
Alcorcón	6,9	58,1	27,6	3,6
Area 9	9,0	58,8	25,3	3,5

Fuente: Mapa de Salud y Servicios Sociales de la CAM. Tomo II.

4.2.- TIPOLOGIA SOCIODEMOGRAFICA Y SOCIOECONOMICA DE LA CAM Y DE SUS AREAS 6 Y 9.

El Mapa de Salud de la CAM , en su tomo II, tras ponderar una serie de indicadores de los ya repasados, y valorar en las diferentes zonas factores de recesión demográfica, de ruralidad, de potencialidad demográfica y de posición social, compone, sobre el mapa de la CAM, divisiones geográficas en función de un pretendido "Nivel de desarrollo socioeconómico y demográfico". Se comentan aquí ahora esos resultados que aporta el planificador como un esfuerzo último de síntesis de toda la información manejada por si pudieran ser de utilidad, finalmente, para los objetivos que nos hemos marcado en este análisis.

En esta nueva clasificación de las zonas aparece el área 9 como la de mayor nivel de desarrollo de toda la CAM, sin duda en función del gran peso de su destacada dinámica poblacional y sus perspectivas de fecundidad.

El área 6 se encuentra, y siempre para el texto comentado, entre niveles Medios y Bajos de desarrollo, y puede sorprender tal situación, habida cuenta de lo destacado de sus características socioeconómicas. Pero aquí, sin duda, se muestra decisivo el peso de la recesión demográfica y sus relativamente discretas perspectivas de crecimiento futuro (baja potencialidad demográfica).

Los comentados niveles de desarrollo, en el conjunto de la CAM adoptarían una distribución espacial característica en la que los mayores niveles de desarrollo demográfico y socioeconómico relativo se situarían en un cinturón incompleto del municipio de Madrid que abarcaría la zona intermedia industrial del Sur de Madrid, el llamado "corredor" Madrid-Guadalajara (al Este), y la zona residencial del Noroeste de la capital (eje de la autopista de La Coruña). En toda esta zona de alto desarrollo vivirían, aproximadamente, medio millón de personas.

Las zonas de nivel medio se situarían en los tramos restantes de este cinturón que rodea a Madrid-capital, más nítidamente delimitado al Noroeste, Sur y Norte; además de la mayor parte de los distritos del centro de Madrid-capital (la "almendra central") y del Norte. En torno a dos millones de personas residirían en esas zonas.

En las zonas de bajo nivel de desarrollo se situarían gran parte de los distritos periféricos del Sur y el Este de Madrid, y en algunas zonas del Sur y el Norte de la comunidad. En estas zonas vivirían otros dos millones de personas.

Por último, en los vértices del triángulo del mapa de Madrid, quedaría el auténtico Madrid-rural, donde no se ha producido, como en las otras zonas, el impacto de las segundas viviendas o el turismo, ni, por supuesto, el desarrollo de la industria o los servicios. Estas zonas presentarían, según la clasificación comentada, niveles de desarrollo muy bajos, y en ellas vivirían unas 150.000 personas (Anexo V).

Quede constancia aquí de las reservas que se deben mostrar ante la interpretación de este índice clasificatorio, en el que la necesidad de síntesis simplifica en extremo rasgos diferenciales que, en el caso de las características demográficas y socioeconómicas de las poblaciones, en ocasiones no corren paralelos y muchas veces se presentan en relación inversa. En todo caso la clasificación de este índice que proporciona el tan mencionado texto puede servir como marco referencial de discriminación de zonas básicamente diferentes y como clave de interpretación de otros resultados que en investigación sociológica o sanitaria puedan obtenerse.

Se concluirá, en fin, este capítulo, con un resumen de los rasgos demográficos y socioeconómicos más destacables de las áreas estudiadas.

* AREA 6. URBANA - SERVICIOS - ENVEJECIDA.

Se destaca en este área un volumen relativamente bajo de población, típicamente urbana, desarrollada económicamente, bien equipada, y con una fuerte actividad que se canaliza fundamentalmente al sector servicios. Presenta, así mismo, el mayor nivel de envejecimiento de toda la CAM, con decrecimiento de población marcado, sobre todo, en los dos últimos quinquenios.

* AREA 9. CIUDAD DORMITORIO.

Componen este área dos ciudades dormitorio con unas características específicas: alta densidad, fuerte nivel de dependencia en su población y un gran crecimiento para el quinquenio 75/81, que se ha visto seriamente enlentecido en el periodo 81/86, aunque continúa siendo positivo.

Con el análisis de todos los datos hasta ahora presentados, y en su utilización para la interpretación de otros, no se hará otra cosa que prestar atención a la invitación que el planificador hace en las conclusiones de su trabajo cuando escribe (sic): "los índices aquí obtenidos, una vez refinados, pueden utilizarse para relacionarlos con una serie de variables sanitarias y de servicios sociales. Así, por ejemplo, pueden estudiarse las pautas de mortalidad y morbilidad en función de las características sociodemográficas y socioeconómicas de las zonas tal y como se ha descrito en este estudio".

Ese es, y no lo olvidemos, el objetivo último del presente trabajo.

4.3.- ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LA CAM Y SUS AREAS 6 Y 9.

Durante el año 1987 el Estado español dedicó 1.120.938 millones de pesetas a prestaciones sanitarias, lo que equivale a un 13,81% de todo el Presupuesto General del Estado, que para ese año fué de 8.113.442 millones de pesetas.

Como se aprecia en la tabla 51, por capítulos, la mayor parte de ese gasto se invierte en asistencia sanitaria con medios propios o concertados con otras redes asistenciales. Destaca también el volumen de gasto en prestaciones para farmacia, llamando poderosamente la atención la escasa proporción de gasto en otros renglones como "docencia e investigación", y sobre todo el discreto montante que se dedica a "medicina preventiva".

En datos de 1980 ("La reforma sanitaria" de Pedro Pablo Mansilla, 1986) se constata que en gastos totales de asistencia sanitaria, España invertía en torno al 6% de su producto nacional bruto, proporción inferior a la de la mayoría de los países de la OCDE. Para ese mismo año y según se ofrece en la citada obra, el gasto público se canalizaba entre las tres redes básicas de asistencia pública según las siguientes proporciones sobre el total del gasto:

- * Red del Estado: 7,54%,
- * INSALUD: 84,94%,
- * Corporaciones locales: 7,50%.

Para aquel año el sector privado gastaba el 23,75% de todo el gasto sanitario público y privado.

Dentro de lo que se invirtió en el año 1980 en prestaciones sanitarias, la asistencia sanitaria con medios propios significó un 58,46% mientras que el gasto en farmacia ascendía a un 19,49%. Es decir, de 1980 a 1987 creció el gasto en asistencia sanitaria con medios propios un 7%, mientras que disminuyó el gasto en farmacia un 3%.

Según los "Informes de Gestión del INSALUD de Madrid" a 1 de Diciembre de 1987, esta institución había efectuado un gasto para ese año de 148.448 millones de pesetas, un 80,34% de las previsiones de gasto que se había planificado para todo el ejercicio de 1987. Este gasto significaba 32.346 pesetas por persona protegida en la CAM.

Uno de los capítulos básicos del gasto sanitario que realiza el INSALUD es el dedicado a inversiones. El INSALUD de Madrid realizó en 1987 una inversión equivalente al 16,79% de todo lo invertido por el INSALUD en el Estado.

TABLA 51**GASTO POR CAPITULOS EN PRESTACIONES SANITARIAS PUBLICAS.**
ESPAÑA, 1987.

	MILLONES DE PESETAS	%
ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS PROPIOS	735.688	65,6
ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS	174.403	15,6
FARMACIA	183.848	16,4
INVESTIGACION	2.813	0,2
DOCENCIA	14.058	1,3
MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL	9.250	0,8
ACTIVIDADES PREVENTIVAS	878	0,1
TOTAL	1.120.938	100,0

Fuente: Ley 21/1986 de 23 de Diciembre de 1986. Tomado de Anuario
"El País" de 1987.

La distribución de ese gasto en inversiones en el INSALUD de Madrid y en el INSDALUD de toda España por capítulos se presenta en la tabla 52. Ahí se aprecia cómo los montantes más importantes de las inversiones se concentran en instituciones hospitalarias, siendo aún mayor esta proporción en España que en Madrid (un 5% más). En instituciones abiertas (asistencia extrahospitalaria, básicamente atención primaria y su apoyo especializado) se invierte considerablemente menos, debiendo destacarse que, porcentualmente, se presta más atención a este capítulo en Madrid que en el global del Estado. En direcciones provinciales (básicamente gasto administrativo de las instituciones) la proporción de inversión es bastante más escasa en Madrid.

El 96% de la población española se encontraba, en el año 1986, protegida por algún tipo de red asistencial pública. Esta proporción era harto inferior en Madrid según se aprecia en la tabla 53. Estos porcentajes de cobertura los cubría casi por completo el INSALUD. Del total de personas protegidas en la CAM el 73,39% eran trabajadores o personas dependientes de ellos, mientras que el resto eran pensionistas y sus beneficiarios. En el global del Estado se observa un mayor porcentaje de personas protegidas entre estos que en la CAM.

Como ya se comentó en otro lugar, en España la adscripción a la asistencia sanitaria que brinda el INSALUD es por cartilla de asistencia. Toda cartilla pertenece a un titular y en ella pueden figurar todos los beneficiarios que, según las particularidades legales previstas, dependan del titular. Los beneficiarios tienen derecho a las mismas prestaciones asistenciales que el titular del documento.

Según los "Informes de Gestión de la Dirección provincial del INSALUD de Madrid", de 1987, en ese año las cartillas a las que se prestaba asistencia en la CAM eran 2.260.401, lo que significaba un incremento de 5,18% respecto al año 1986, y un aumento real de la cobertura que, sin embargo, aún no era universal. El mayor peso de ese incremento recaía sobre las cartillas de trabajador (un 5,60% más que en 1986) mientras que el crecimiento entre las de pensionista era bastante menor (2,86% más que en 1986).

La relación en 1987 entre cartillas de trabajador y de pensionista en la CAM era de 3,44 cartillas de trabajador por cada una de pensionista. El conjunto del Estado presentaba una discreta mayor proporción de cartillas de trabajador que la CAM en 1987 (78,35% y 77,51% respectivamente).

Para el año anterior (1986) la media de beneficiarios en cada cartilla de trabajador era de 1,17 para la CAM, siendo superior en todo el Estado (1,40). Estas discretas diferencias se agudizan en la media de beneficiarios por cartilla de pensionista: casi el doble para España (0,49) que para Madrid (0,26).

Por todo ello (tabla 54), para todo tipo de cartilla, Madrid no alcanza la media de un beneficiario por cartilla de

TABLA 52

GASTO EN INVERSIONES, SEGUN CAPITULOS,
DEL INSALUD-MADRID Y DEL INSALUD-ESPAÑA, PARA 1987.
(DISTRIBUCION PORCENTUAL SOBRE EL TOTAL DE CADA INSTITUCION)

	INSALUD-MADRID (%)	INSALUD-ESPAÑA (%)
INSTITUCIONES ABIERTAS	36,34	28,80
HOSPITALES	63,13	68,30
DIRECCIONES PROVINCIALES	0,52	2,90

Fuente: Elaboración propia a partir de:
Indicadores de Gestión del INSALUD, 1987.
Informes de Gestión de la D.P. del INSALUD de Madrid, Enero a
Diciembre de 1987.

TABLA 53

POBLACION PROTEGIDA POR REDES ASISTENCIALES PUBLICAS.
TOTALES Y DISTRIBUCION POR TIPO DE CARTILLA.
ESPAÑA Y LA CAM. 1986.

	Nº PERSONAS PROTEGIDAS	%	BENEFICIARIOS (*)	
			TRABAJADOR (%)	PENSIONISTA (%)
CAM	4.494.600	94,01	73,39	26,60
ESPAÑA	36.973.800	96,10	69,22	30,77

(El porcentaje a que se refiere la segunda columna es el que representa la población protegida en cada zona respecto a la población general de la misma)

(*) El porcentaje es el de beneficiarios y titulares de cartillas sobre el total de individuos protegidos en cada zona de estudio.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Anuario estadístico de 1988 del Instituto Nacional de Estadística.

TABLA 54

**NUMERO MEDIO DE BENEFICIARIOS POR CARTILLA DE ASISTENCIA,
SEGUN TIPO DE CARTILLA, PARA ESPAÑA Y LA CAM. 1986.**

	MEDIA DE BENEFICIARIOS (*)		
	EN CARTILLA DE TRABAJADOR	EN CARTILLA DE PENSIONISTA	EN EL GLOBAL DE CARTILLAS
ESPAÑA	1,40	0,49	1,12
CAM	1,17	0,26	0,93

(*) Se ofrecen beneficiarios sin contabilizar el titular del documento.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Anuario estadístico de 1988 del Instituto Nacional de Estadística

asistencia mientras que en el total del Estado se supera la unidad en 0,12. Este estado de cosas da idea de un mayor nivel de dependencia en España que en la CAM y debe considerarse a la hora de evaluar las repercusiones que tiene en la organización de la asistencia. Según los datos que aporta el INSALUD para el año de estudio, en la CAM trabajan el 20,49% de todos los trabajadores de la institución, de los que el 71% era personal sanitario (en el global del Estado era el 73%).

En la tabla 55 pueden estudiarse algunos indicadores básicos del personal del INSALUD para la CAM y para España (sin las comunidades autónomas de Andalucía y Cataluña que, en ese año, ya tenían asumidas las transferencias en materia sanitaria y autogestionaban la red de INSALUD una vez disgregada de la red nacional). Se observa que la cobertura del INSALUD era similar en la CAM y en España. Por todo tipo de trabajador Madrid ofrecía indicadores más favorables que todo el Estado. Se destaca que en la CAM existían 2,24 médicos por cada mil habitantes, mientras que en España la razón era bastante inferior (1,89 por mil).

En enfermería la relación también era más favorable en Madrid. Para el total de trabajadores Madrid con 8,54 por cada mil personas protegidas se encontraba por encima del conjunto del Estado (7,73 por mil).

Quede constancia aquí, por lo tanto, de una cierta desigualdad en la oferta de recursos humanos favorable en su conjunto a Madrid. Así, las personas protegidas por cada médico en España serían ese año de 530 mientras que en Madrid serían 450.

Conviene ahora analizar por áreas de estudio algunas características de la oferta de servicios de salud en atención primaria. En la tabla 56 se presenta el indicador "Médicos de atención primaria por cada mil habitantes protegidos por el INSALUD" en cada área y en la CAM.

Resulta llamativo el desequilibrio evidente para este indicador. El área 9 es, a considerable distancia del área 6 y muy por debajo de la media de Madrid, la que peor índice presenta con tan solo 0,73 médicos por mil personas. Señálese, en todo caso, que la razón "Médico por mil personas" es más del doble en el área 6 que en área 9.

La relación personal de enfermería por cada mil personas es así mismo más favorable en el área 6 que en el área 9, quedando ésta de nuevo por debajo de la media de la CAM que estaba aproximadamente en una enfermera por cada 1.000 personas en el nivel de atención primaria.

Respecto a la totalidad del personal del INSALUD que trabaja en el primer nivel asistencial se reproducen los mismos desequilibrios encontrados hasta ahora.

Con todo esto, en fin, queda constancia de la desigualdad de la oferta entre las áreas en materia de atención primaria, quedando al área 9 en una situación desventajosa frente

TABLA 55**INDICADORES DE PERSONAL DEL INSALUD-ESPAÑA Y EL
INSALUD-CAM. 1987.**

	INSALUD	
	ESPAÑA (*)	CAM
PERSONAS PROTEGIDAS	24.873.975	4.615.978
COBERTURA (%)	96,76	96,55
MEDICOS/1.000 HABITANTES	1,89	2,24
ENFERMERAS/1.000 HABITANTES	2,32	2,55
OTRO PERSONAL SANITARIO/ 1.000 HABITANTES	1,44	1,44
RESTO DE PERSONAL/ 1.000 HABITANTES	2,08	2,31
TOTAL PERSONAL / 1.000 HABITANTES	7,73	8,54

(*) Los datos para INSALUD-España son sin Cataluña y Andalucía.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de: "Indicadores de Gestión de INSALUD de 1987", y "Informes de Gestión de la Dirección Provincial del INSALUD de Madrid, Enero a Diciembre de 1987".

TABLA 56

**INDICADORES DE PERSONAL SANITARIO DEL INSALUD
EN ATENCION PRIMARIA PARA LA CAM Y AREAS DE ESTUDIO. 1987.**

	INSALUD		
	AREA 6	AREA 9	CAM
NUMERO DE MEDICOS DE A.P.	406	223	5.475
MEDICOS DE A.P./1.000 HABIT.	1,60	0,73	1,18
NUMERO DE ENFERMERAS DE A.P.	318	239	4.577
ENFERMERAS DE A.P./1.000 HAB.	1,25	0,79	0,99
TOTAL PERSONAL DE A.P.	865	549	1.272
TOTAL PERSONAL DE A.P./ 1.000 HABITANTES	3,41	1,81	2,71

(Los indicadores expuestos, al desconocerse el número real de personas protegidas por el INSALUD en cada área, se han elaborado aplicando a la población de cada área el % de cobertura conocido para toda la CAM.)

Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes de Gestión de la Dirección Provincial del INSALUD de Madrid, Enero a Diciembre de 1987.

al área 6 y a la media de todas las áreas de la CAM.

Otra situación interesante de analizar respecto a las características de la oferta sanitaria que se ofrece a los ciudadanos en el primer nivel de asistencia, la constituye el número de centros donde se brinda la atención del primer nivel y su distribución en las zona. Según el "Informe de Indicadores de Gestión del INSALUD de España, 1987", existían en España en ese año un total de 2.615 centros de asistencia de primer nivel. Esto equivalía aproximadamente a un centro de asistencia por cada 10.000 habitantes.

La reforma sanitaria en atención primaria había comenzado unos años antes, aunque su justificación legal datase del mes de Marzo de 1986 (fecha de publicación de la L.G.S.). Esta reforma pasaba por la creación paulatina de los nuevos Equipos de Atención Primaria en todo el territorio nacional. En el año 1987 prestaban atención en España 384 EAP de los que 45 correspondían a la CAM, si bien las previsiones para ese año estaban en la creación de nuevos EAP y la construcción de nuevos Centros de Salud tanto en Madrid como en toda España.

Existían entonces en la CAM un total de 28 ambulatorios. Son estos centros donde se presta apoyo especializado a los entros de primer nivel y los que aseguran los servicios de laboratorio y radiodiagnóstico. En ellos se realizan, pues, las funciones propias del segundo nivel de zonificación (que en la regionalización de la CAM se han denominado "Distritos de Salud"), por lo que se debe considerar como norma, al menos en principio, que en cada distrito se ubique al menos un centro de estas características. En la tabla 57 aparece la distribución de ambulatorios en las áreas del estudio. El área 6, con dos distritos y 253.440 personas de media por ambulatorio presentaba la circunstancia más desfavorable.

En el área 9, con dos ambulatorios y dos distritos, aparece una correcta relación ambulatorio/distrito (1/1) y una media de personas por cada ambulatorio similar a la de la CAM.

Otro problema diferente es el de la distribución geográfica de los centros asistenciales de primer nivel (consultorio tradicional o centro de salud). Según la estructura de organización zonal prevista para España corresponde al menos un centro de primer nivel por cada zona básica de salud. Esta relación, sin embargo, adopta dimensiones notablemente diferentes en función de las características de distribución poblacional en cada zona y de las actuales características de la zonificación sectorial del INSALUD en Madrid.

Se dirá por tanto, y con las reservas comentadas en su interpretación, que en el área 6, con 11 zonas básicas de salud, existen 15 consultorios de primer nivel con una media de 16.896 personas por consultorio. En el área 9, con 12 zonas básicas, existen 5 consultorios (señálese que en este área se concentra una gran proporción de centros de salud) correspondiendo 60.462 personas de media a cada centro. Esta relación, como se ve, es

TABLA 57

**DISTRIBUCION DE CENTROS DEL INSALUD DE PRIMER NIVEL
ASISTENCIAL E INDICADORES DE COBERTURA ESTIMADA
PARA LA CAM Y AREAS DE ESTUDIO. 1987.**

	AMBULATORIOS Nº	PERSONAS/ AMBULAT.	CONSULTORIOS Nº	PERSONAS/ CONSULT.
AREA 6	1	253.440	15	16.896
AREA 9	2	151.157	5	60.462
CAM	28	164.844	132	48.317

Fuente: Elaboración propia a partir del documento interno "Relación de consultorios del INSALUD-Madrid" de la Dirección Provincial del INSALUD de Madrid, 1987.

bastante peor que la media de la comunidad autónoma.

De todo lo dicho, en líneas generales, puede concluirse que en los aspectos globales de la oferta de servicios de atención primaria, la CAM se encuentra en una situación más favorable que el conjunto del país, si bien dentro de ella se advierten destacados desequilibrios y, en especial dentro de las zonas estudiadas, una situación claramente desfavorable para el área 9.

4.4.- UTILIZACION DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LA CAM Y EN LAS AREAS 6 Y 9.

Las características generales de la utilización que los usuarios del Servicio de Salud (INSALUD) hacen del nivel primario de asistencia, van a ser presentados en este capítulo en sus rasgos generales para la CAM y para las áreas 6 y 9 en dos partes esencialmente distintas.

Una primera parte está fundamentada en los datos que para todo el ejercicio de 1987 ha publicado la Dirección Provincial del INSALUD de Madrid ("Informes de Gestión de la Dirección Provincial del INSALUD de Madrid, Enero a Diciembre de 1987").

La segunda parte del capítulo se basa en la presentación y discusión de los resultados de la encuesta trimestral que sobre morbilidad demandada y demanda atendida en atención primaria en Madrid durante 1987, realizó el INSALUD sobre muestras de usuarios que acudieron a los centros asistenciales de primer nivel.

4.4.1.- Informes de Gestión.

En la tabla 58 se presentan algunos indicadores básicos de las actividades de consulta de atención primaria de la CAM en lo que se refiere a los dos servicios básicos (Medicina General y Pediatría) y a los servicios de apoyo especializado.

En la primera columna se expone el número de consultas como media mensual del año para cada especialidad. Recordaremos aquí que en estos documentos se trabajó con el concepto de "consulta" haciéndolo equivalente a "visita", esto es "el encuentro cara a cara entre el paciente o alguien que le representa y el proveedor de salud" (Gervas J., 1987).

En la columna tercera, cuarta y quinta se presentan los porcentajes sobre el total de consultas de cada especialidad según la distribución por tipo de consulta, es decir, según fueron visitas por un problema por el que se consulta por primera vez, veces sucesivas, y las que se hacen fuera de la institución (visita domiciliaria o en terreno). Se observa aquí que en Medicina General dos tercios de las consultas se solicitan por problemas que ya exigieron visitas previas, mientras que por problemas nuevos se realizan un tercio de todas las consultas. Destáquese aquí el poco peso que las consultas domiciliarias tienen sobre el total de consultas.

TABLA 58**INDICADORES DE CONSULTA EN ATENCION PRIMARIA Y SU APOYO
ESPECIALIZADO. INSALUD-MADRID. 1987.****MEDIAS MENSUALES****CONSULTAS**

	MEDICOS Nº	TOTAL DE CONSULT.	PRIMERAS (%)	SUCESIVAS (%)	DOMICILIO (%)
MED. GRAL.	1.754	1.464.067	29,24	68,60	2,14
PEDIATRIA	586	197.806	36,96	59,85	3,18
SUBTOTAL	2.340	1.661.873	30,17	67,55	2,26
CIRUGIA	126	41.369	41,29	58,71	0
TRAUMATOL.	132	93.837	45,80	54,19	0
O.R.L.	123	56.086	44,23	55,76	0
OFTALMOL.	125	61.360	45,06	54,93	0
UROLOGIA	72	25.993	30,37	69,62	0
GINECOLOGIA	87	32.965	32,54	67,45	0
TOCOLOGIA	126	33.549	18,13	81,86	0
ODONTOLOG.	131	42.625	50,12	49,87	0
RESP. Y CIRC.	120	48.510	31,52	68,47	0
A.DIGESTIVO	112	34.725	28,88	71,11	0
DERMATOLOG.	58	32.823	43,57	56,42	0
ENDOCRINOL.	39	25.242	30,07	69,92	0
NEUROPSIQU.	79	28.782	32,42	67,57	0
SUBTOTAL	1.330	557.866	38,48	61,23	0
TOTAL	3.670	2.219.739	32,71	65,50	1,77

Fuente: ver tabla 58-cont.

.../...

TABLA 58 (CONT.)**INDICADORES DE CONSULTA EN ATENCION PRIMARIA Y SU APOYO ESPECIALIZADO. INSALUD-MADRID. 1987.****MEDIAS MENSUALES**

	CONSULTAS POR MEDICO Y DIA (1)	CONSULTAS POR MIL CARTILLAS Y MES	CONSULTAS POR MIL PERSONAS Y MES
MED. GRAL.	39,74	718,94	366,80
PEDIATRIA	16,07	97,13	388,53
SUBTOTAL	33,81	816,07	369,26
CIRUGIA	15,63	20,31	9,19
TRAUMATOL.	33,85	46,07	20,85
O.R.L.	21,71	27,54	12,46
OPTALMOL.	23,37	30,13	13,63
UROLOGIA	17,19	12,76	5,77
GINECOLOGIA	18,04	16,18	7,32
TOCOLOGIA	12,67	16,47	7,45
ODONTOLOG.	15,49	20,93	9,42
RESP. Y CIRC.	19,25	23,82	10,77
A. DIGESTIVO	14,76	17,05	7,71
DERMATOLOG.	26,94	16,11	7,29
ENDOCRINOL.	30,82	12,39	5,60
NEUROPSIQU.	17,34	14,13	6,39
SUBTOTAL	19,97	273,94	123,90
TOTAL	28,80	1.090,01	493,22

1) Para la construcción del indicador "consultas por médico y día" se consideran 21 días de consulta mensual de media.

Para la construcción de los indicadores se ha considerado para INSALUD-CAM: N° de cartillas: 2.036.423; N° personas protegidas: 4.500.481; N° personas protegidas en edad pediátrica: 509.104; N° personas protegidas en M.General: 3.991.377.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Informes de Gestión de la D.P. INSALUD de Madrid, Enero a Diciembre, 1987.

Se aprecia, eso sí, por especialidad de atención extrahospitalaria, que las consultas sucesivas son, en general, menos frecuentes que en Medicina General. De todas ellas las que mayor proporción de "consultas primeras" atienden son aquellas en que la patología más habitual es de tipo "agudo" o "autolimitado", como Odontología, Traumatología, Oftalmología o Dermatología; mientras que registran gran porcentaje de consultas sucesivas aquellas en que por la propia naturaleza de la atención que deben prestar (Tocología) o por el tipo de patología más frecuente que atienden (Endocrinología, Gastroenterología o Urología), se prestan más a la repetición de las visitas por un mismo problema.

En la sexta columna de esa misma tabla aparecen las medias de consultas por cada médico y día en el global de los doce meses de 1987.

Se constata que en la CAM cada médico de atención primaria que atiende a población mayor de siete años (Medicina General) recibe casi 40 enfermos al día. La media es, sin duda, alta, sobre todo si valoramos que en los centros de asistencia según el modelo tradicional (la mayoría de todos) el tiempo dedicado a la consulta es de dos horas, y en los nuevos centros (centro de salud o EAP) el tiempo dedicado a la consulta a demanda es, así mismo, de dos horas. Ello equivaldría a 20 enfermos cada hora, o lo que es lo mismo, una media de 3 minutos por enfermo. Este tiempo, como se comprende, es extraordinariamente escaso para prestar una atención de calidad a la mayoría de los problemas que se demandan. Bastante más favorable es este indicador para las consultas de pediatría (16 enfermos por cada pediatra al día).

Respecto al resto de especialidades se objetivan los mayores niveles de masificación en las consultas de traumatología, endocrinología y dermatología. El caso concreto de la consulta de endocrinología puede explicarse por el elevado porcentaje de "consultas repetidas" que se atienden en esta especialidad. Por lo que respecta a las otras dos pudiera responder, por un lado, a un cierto tipo de déficit de formación en estas materias por parte de los generalistas, lo que les predispondría a la derivación de estas patologías al especialista, o por otro, a un problema de cobertura que se debería constatar, esto es, una falta de adecuación de la oferta especializada a las reales exigencias de estos problemas. En cualquier caso ninguna de las hipótesis pueden contrastarse con los datos disponibles, ya que nos faltaría información sobre la frecuencia real de este tipo de patologías en la demanda del primer nivel de asistencia.

En fin, la frecuencia global media de todas las consultas de especialidades de apoyo a la atención primaria es de 20 consultas por especialista y día, bastante inferior a la frecuencia encontrada en las consultas de los generalistas.

Por mil cartillas de asistencia adscritas a cada consulta en Medicina general se atienden 718,94 consultas al mes, siendo muy inferior en Pediatría habida cuenta de que, por la estructura organizativa del INSALUD, cada pediatra tiene adscritas las cartillas de varios médicos generales y en un porcentaje elevado de ellas no tienen beneficiarios en edad pediátrica.

Por mil personas protegidas, cada médico general atendió en 1987 una media de 366 consultas al mes. Este indicador es extraordinariamente importante en la evaluación de la demanda que se atiende en atención primaria y en algunos textos se le denomina "intensidad de uso" (Gervas J., 1987). Algo mayor fue la intensidad de uso para las consultas de Pediatría y bastante inferior, como es lógico, la registrada en las consultas de los especialistas de apoyo.

Comparando los tres indicadores básicos comentados (tabla 59) por tipo de centro de atención primaria (los tradicionales consultorios y los nuevos EAP) observaremos lo siguiente tras considerar que aquí los datos son sobre el global de las dos especialidades básicas (M.Gral. y Pediatría): el nivel de masificación de las consultas es similar en los dos tipos de centros en medias de consultas al día, y, a pesar de eso, el número de consultas mensuales por cada 1.000 cartillas es muy superior en los EAP, así como la intensidad de uso de la consulta. Esto se explica solamente por el hecho de que el número de cartillas de asistencia asignadas a cada médico en los EAP sea ostensiblemente inferior a las asignadas a los médicos del otro modelo. Es decir que en los EAP existe una mejor relación médico/personas protegidas que en los consultorios tradicionales.

Además se detecta una mayor intensidad de uso de la consulta en los EAP que en el resto de consultorios. Sin duda tienen mucho que ver con este fenómeno las características concretas de los EAP donde el control y seguimiento periódico de enfermos crónicos o de personas de riesgo (consulta programada), que es una actividad básica de estos equipos, elevaría este indicador.

Puede resultar interesante ahora repasar en qué medida existen variaciones en el indicador "consultas por cada médico y día" en media mensual, entre las áreas de estudio y con la media de la CAM para las consultas básicas de atención primaria y las de apoyo especializado. Ello es posible analizando la tabla 60. En el área 6, recordemos aquí que es la de mejor relación médico/persona protegida, cada médico atiende diariamente de media un número de consultas bastante inferior a la media de la CAM. En M. General son algo más de seis consultas menos que las cuarenta que observa como media la CAM. Las mayores diferencias las aprecian especialidades como Traumatología, O.R.L., Ginecología, Tocología y Odontología. La única especialidad donde cada médico atiende más consultas que la media de la comunidad es Endocrinología. Todo lo expuesto para el área 6 tiene fácil explicación al revisar la estructura poblacional del área (envejecida y con pocas mujeres en edad fértil) y la mejor dotación en personal sanitario.

TABLA 59

**INDICADORES DE CONSULTA. COMPARACION DE MEDIAS MENSUALES
ENTRE EL TOTAL DE CONSULTORIOS Y LOS EAP. CAM. 1987.**

MEDIAS MENSUALES

	CONSULTAS POR MEDICO Y DIA	CONSULTAS POR MIL CARTILLAS Y MES	CONSULTAS POR MIL PERSONAS Y MES
CONSULTORIOS	33,81	816,07	369,26
EAP (*)	31,30	1.148,00	556,32

(*) Los datos de los EAP están incluidos dentro del total de consultorios de M.General y Pediatría.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Indicadores de Gestión de la D. P. del INSALUD de Madrid, Enero a Diciembre de 1987.

TABLA 60

NUMERO DE CONSULTAS POR MEDICO Y DIA EN ATENCION PRIMARIA Y SU APOYO ESPECIALIZADO (PROMEDIO MENSUAL). CAM Y AREAS DE ESTUDIO, 1987.

	CAM	AREA 6	DIFEREN. CAM/A-6	AREA 9	DIFEREN. CAM/A-9
M. GENERAL	39,74	33,71	- 6,13	63,10	+ 23,36
PEDIATRIA	16,07	10,85	- 5,22	38,90	+ 22,83
CIRUGIA	15,63	12,93	- 2,70	18,78	+ 3,15
TRAUMATOLOGIA	33,85	23,85	-10,00	36,01	+ 2,19
O.R.L.	21,71	14,21	- 7,49	37,39	+ 15,68
OFTALMOLOGIA	23,37	19,58	- 3,78	42,95	+ 6,18
UROLOGIA	17,19	15,89	- 1,29	18,90	+ 1,71
GINECOLOGIA	18,04	10,93	- 7,10	36,88	+ 18,83
TOCOLOGIA	12,67	6,11	- 6,55	25,59	+ 12,92
ODONTOLOGIA	15,49	9,10	- 6,39	27,75	+ 12,26
RESP.Y CIRCUL.	19,25	16,70	- 2,54	17,97	- 1,28
A. DIGESTIVO	14,76	11,61	- 3,14	21,50	+ 6,74
DERMATOLOGIA	26,94	24,91	- 2,02	38,73	+ 11,79
ENDOCRINO.	30,82	34,86	+ 4,04	27,35	- 3,47
NEUROPSIQ.	17,34	13,37	- 3,97	13,34	- 4,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Informes de Gestión de la D. P. del INSALUD de Madrid, Enero a Diciembre de 1987.

Algo muy distinto es lo que acontece en el área 9. Todas las consultas evaluadas están mucho más masificadas que las del área 6 y la media de las áreas de la CAM. En concreto en Medicina General se atienden, por cada médico al día, 23 consultas más de las 40 que tiene la CAM de media. El cómputo en minutos por consulta se sitúa aquí en algo menos de dos minutos para satisfacer, en dos horas de consulta, las 63 que se demandan a cada médico. Esta relación resulta, aquí, algo más que alarmante.

Mala resulta también la situación del indicador para Pediatría, Ginecología, O.R.L., Tocología, Odontología y Dermatología. Mejor que la media de la CAM queda la situación de consultas tan habitualmente sobrecargadas de patologías crónicas como las de A. Digestivo, Respiratorio y Circulatorio y las de Endocrinología.

Si para el área 6 se encontró claro paralelismo entre la situación de este indicador y las características demográficas y de oferta de servicios, en este caso la relación no es menos evidente. Una población joven, con gran proporción de mujeres en edad fértil, a la que se le ofertan unos servicios en atención primaria en clara desventaja con la media de la CAM, es natural que condicione una utilización de servicios como la encontrada. Si a esto se le suma el hecho de que esta zona posee un elevado número de EAP, que al parecer y por lo visto generan una gran intensidad de uso en las poblaciones que atienden, es posible que se haya completado una visión bastante aproximada del fenómeno que se analiza.

Siguiendo con el mismo indicador ("consultas por médico y día") para Medicina General y observando su evolución para los 12 meses de 1987 en la CAM y las áreas 6 y 9 se observa (tabla 61 y gráfico 11) que en todos los casos las caídas en los meses de verano, y especialmente en el mes de Agosto, son la norma. Los máximos para el indicador se registran en el mes de Enero y se aprecia también una recuperación de la tendencia durante el Otoño alcanzando su acmé en el mes de Octubre. Llama la atención el trazo irregular del área 9 respecto a la relativa uniformidad de la 6 y la CAM; en especial la caída del indicador en el mes de Abril que se mantiene más bajo de lo esperado también en el mes de Mayo. Cabe destacar, sin embargo, que en ningún mes del año ninguna de las áreas pierde su posición relativa y su relación proporcional respecto al resto de las áreas y a la media de la CAM, dando idea por ello de situación consolidada y perdurable en las actuales circunstancias.

Desde hace unos años se detecta una gran preocupación en la Administración Sanitaria Pública Española por el gasto farmacéutico tanto por su representatividad como indicador de funcionamiento de los servicios de salud, como por la importancia económica que esta variable representa en la formulación del gasto sanitario general y por las posibilidades que ofrece para el control del mismo. Por esta razón se encuentra abundante información sobre este capítulo en todos los informes de gestión sanitaria pública y a su estudio se pasará ahora.

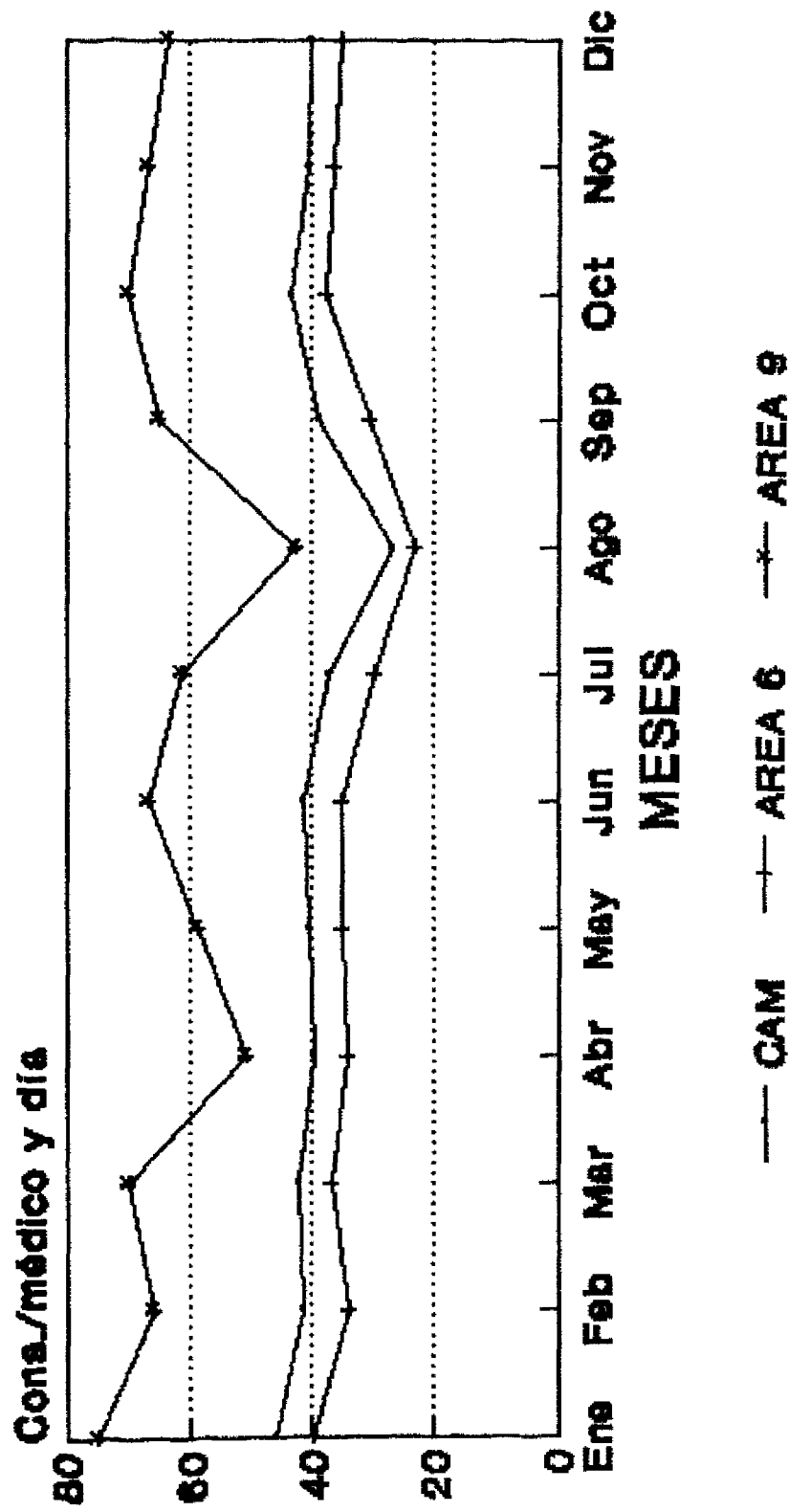
TABLA 61**EVOLUCION MENSUAL DEL INDICADOR "CONSULTAS POR MEDICO Y DIA"
PARA MEDICINA GENERAL. CAM Y AREAS DE ESTUDIO. 1987.**

	CONSULTAS POR MEDICO Y DIA		
	CAM	AREA 6	AREA 9
ENERO	45,78	39,68	74,99
FEBRERO	41,51	33,98	66,03
MARZO	42,07	36,73	70,19
ABRIL	39,70	34,43	50,79
MAYO	40,60	35,03	58,70
JUNIO	41,25	35,05	66,59
JULIO	37,15	29,69	61,28
AGOSTO	26,75	23,04	42,43
SEPTIEMBRE	39,00	30,47	64,91
OCTUBRE	43,68	37,43	69,90
NOVIEMBRE	40,70	36,23	66,86
DICIEMBRE	39,95	35,04	63,39

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Informes de Gestión de la D.P. del INSALUD de Madrid, Enero a Diciembre de 1987.

GRAFICO 11

CONSULTAS POR MEDICO Y DIA PARA M. GENERAL. EVOLUCION MENSUAL



Fuente: Tabla 61

En 1987 el número total de recetas expedidas en España por el INSALUD ascendió a 281,69 millones, lo que representa un crecimiento de 1,38% respecto a los 276,65 millones de unidades emitidas en el ejercicio precedente. Este aumento guarda estrecha relación con la expansión de la cobertura sanitaria por parte del INSALUD, cuyo crecimiento puede situarse en el 1,32%, y el mayor contingente de esta población protegida que hace uso efectivo de los servicios sanitarios que proporciona el organismo.

Los colectivos contemplados por aquellos indicadores, trabajadores y pensionistas, inciden de manera diferente y no proporcional a su presencia relativa en el conjunto. Mientras que el grupo de los trabajadores equivalen al 78,35% de todas las cartillas del INSALUD estatal su incidencia cuantitativa en el número total de recetas se sitúa en el 46,50%. Por el contrario el grupo de pensionistas, con un peso específico del 22,65%, absorbe el 53,50% del acumulado total de recetas expedidas. Esta situación es equivalente en el ámbito de Madrid (tabla 62).

La diferencia es llamativa, sin embargo, entre lo que ocurre en Madrid y en España en cuanto a la media de recetas que se prescriben por persona asegurada al mes. Para el conjunto de los asegurados (independientemente del tipo de cartilla en la que estén incluidos) en España en 1987, se prescribió aproximadamente una receta por persona al mes (0,98), mientras que en Madrid la media se situó en 0,86. Para personas inscritas en cartillas de trabajador la media receta/persona fué de 0,57 al mes en España, y de 0,49 en Madrid. Para pensionistas la media en el Estado fué de 2,41 por persona y mes, y en la CAM de 2,93.

Esto es, y en resumen, en Madrid globalmente se receta menos por cada persona que en el global del Estado aunque por cada pensionista se prescriben más recetas en Madrid (0,52 recetas más por cada pensionista).

Si convertimos todo lo dicho en gasto en pesetas reales, en 1987, y considerando que las arcas públicas corren con el 60% del costo de cada receta de activo y con el 100% de cada receta de pensionista, se dirá (tabla 63) que el gasto farmacéutico creció en Madrid algo más que en España respecto al año 1986.

Cada persona protegida costó en farmacia al INSALUD en Madrid 468 pesetas al mes, mientras que en España el gasto fué de 587 pesetas al mes. Sin embargo por persona protegida en cartilla de trabajador gastó más el INSALUD en España (256 pts.) que en Madrid (219 pts.), situación inversa a la que se presentó en el gasto por pensionista, donde en Madrid fué de 2.148 pts. al mes y en España 1.768 pts. Evidentemente este fenómeno está en relación con el hecho ya comentado de la mayor prescripción relativa de recetas para los pensionistas en Madrid y para los trabajadores en España, habida cuenta de que el coste medio por receta fué similar en el Estado que en la CAM (600 y 577 pesetas respectivamente).

TABLA 62**INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA.**
INSALUD-ESPAÑA Y MADRID, 1987.

	ESPAÑA	CM
PERSONAS PROTEGIDAS SEGUN TIPO DE CARTILLA (%):		
C. TRABAJADOR	78,35	77,51
C. PENSIONISTA	22,65	22,49
RECETAS PRESCRITAS SEGUN TIPO DE CARTILLA (%)		
C. TRABAJADOR	46,50	50,25
C. PENSIONISTA	53,50	49,74
PROMEDIO DE RECETAS PRESCRITAS POR PERSONA PROTEGIDA Y MES		
EN C. DE TRABAJADOR	0,57	0,49
EN C. DE PENSIONISTA	2,41	2,93
EN TODO TIPO DE CARTILLA	0,98	0,86

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de: Indicadores de Gestión del INSALUD, 1987; e Informes de Gestión de la D.P. del INSALUD de Madrid, Enero a Diciembre de 1987.

TABLA 63**INDICADORES DE GASTO FARMACEUTICO**
INSALUD-ESPAÑA Y MADRID, 1987.

	ESPAÑA	CAN
CRECIMIENTO DEL GASTO FARMACEUTICO ENTRE 1986 Y 1987 (%)	+ 19,30	+ 20,75
GASTO FARMACEUTICO POR PERSONA PROTEGIDA Y MES SEGUN TIPO DE CARTILLA (PESETAS)		
EN CARTILLA DE TRABAJADOR	256	219
EN CARTILLA DE PENSIONISTA	1.768	2.148
PROMEDIO DE GASTO FARMACEUTICO POR CADA CARTILLA AL MES SEGUN TIPO DE CARTILLA (PESETAS)		
CARTILLA DE TRABAJADOR	587	468
CARTILLA DE PENSIONISTA	600	577
COSTO PROMEDIO DE CADA RECETA PRESCRITA PARA CADA TIPO DE CARTILLA		
CARTILLA DE TRABAJADOR	446	--
CARTILLA DE PENSIONISTA	733	--

Fuente: ver tabla 62

Las diferencias en lo que el INSALUD gasta por cada tipo de recetas responde al porcentaje aproximado de aporte ya comentado. Para todo el Estado fueron 446 pesetas por receta de activo y 733 pesetas por receta de pensionista.

En total, por cada cartilla de trabajador se extendieron en España durante 1987 una media de 16,41 recetas, en Madrid 12,75 recetas (tabla 64).

Por cada cartilla de pensionista se extendieron en todo el Estado una media de 6,6 recetas más que en Madrid. Por ello el gasto en farmacia que requirió cada cartilla de pensionista el año fué de 31.584 pts. en España, siendo menor en Madrid. La justificación de esta situación reside en que, como se vió, existe mayor número de beneficiarios en las cartillas de pensionistas del Estado. Cada cartilla de trabajador exigió en farmacia un gasto de 7.318 pts en el Estado, y en Madrid de 5.686 pts.

En fin, cada cartilla de todo tipo requirió en España un gasto farmacéutico de 7.044 pts. para hacer frente a las 11,76 recetas que de media se extendieron. Bastante más barata resultó, de media, la cartilla en la CAM: algo menos de 6.000 pts. para pagar las 10,32 recetas que se prescribieron también como promedio.

En resumen se destaca, la gran carga que sobre el gasto farmacéutico tiene el colectivo de pensionistas, a los que se prescribe un número proporcional de recetas por persona muy superior a las prescritas a cada trabajador, agravado por el hecho de que todo el montante del costo de la receta corre a cargo de la institución pública. Estas circunstancias son superponibles en España y la CAM, si bien en Madrid se detectan unos niveles de prescripción de medicamentos (y por tanto de gasto farmacéutico) sensiblemente inferior que en el conjunto del Estado.

Sería interesante detenernos ahora en las variaciones que experimentó el gasto farmacéutico en la CAM entre 1986 y 1987. Así, en Madrid el número de recetas extendidas en 1987 creció un 4,17% respecto al año anterior (Informes de Gestión de la D.P. del INSALUD de Madrid de 1987). Este crecimiento se experimentó básicamente a costa del crecimiento en la proporción de recetas extendidas para pensionistas (6,14%), ya que el número de recetas extendidas para beneficiarios de cartillas de trabajador retrocedió un 2,43%. El coste en pesetas del capítulo de farmacia, sin embargo, creció desproporcionadamente durante ese periodo: se incrementó un 20,75% respecto al año 1986. La justificación de esa circunstancia reside en el hecho del importante incremento de los precios que experimentó el comercio de medicamentos.

El número de recetas extendidas a cada beneficiario de cartilla de trabajador cayó casi un 5% mientras que aumentó un 1,73% para cada pensionista. De esta manera el costo medio por todo tipo de receta creció un 17,48% y por todo tipo de cartilla un 15%.

TABLA 64

INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN Y GASTO FARMACEUTICO.
INSALUD-ESPAÑA Y MADRID. 1987.

	ESPAÑA	CAN
RECETAS PRESCRITAS POR CARTILLA AL AÑO, SEGUN TIPO:		
CARTILLA DE TRABAJADOR	16,41	12,75
CARTILLA DE PENSIONISTA	43,09	36,43
GASTOS FARMACEUTICOS POR CARTILLA AL AÑO, SEGUN TIPO (PESETAS):		
CARTILLA DE TRABAJADOR	7.318	5.686
CARTILLA DE PENSIONISTA	31.584	26.703
RECETAS PRESCRITAS POR TODO TIPO DE CARTILLA AL AÑO:	11,76	10,32
PROMEDIO DE GASTO FARMACEUTICO POR TODO TIPO DE CARTILLA AL AÑO (PESETAS):	7.044	5.955

Fuente: ver tabla 62

Esto significa que además de los incrementos de precios de los medicamentos, los pensionistas tienden a incrementar su consumo de medicamentos, siendo éstos (los de los pensionistas) los que proporcionalmente más incrementan su precio que, además, corre por entero a cargo del erario público.

Durante el año en estudio el área donde mayor número de recetas se extendió de media por cada cartilla de activo, de las dos estudiadas, fué el área 9, incluso por encima de la media de la CAM (tabla 65 y gráfico 12). Por cada cartilla de pensionista se extendieron al mes 3,7 recetas de promedio en la CAM, aproximadamente igual que en el área 6, siendo ostensiblemente mayor este promedio en el área 9.

La relación entre los dos indicadores "promedio mensual de recetas extendidas por cada cartilla de pensionista / promedio mensual de recetas extendidas por cada cartilla de trabajador" que es de 3,42 en Madrid, se ve superada en el área 9 donde se obtiene para esta ecuación un coeficiente de 3,47.

Por último y por todo tipo de cartilla las dos áreas estudiadas se encuentran en relación con la media de la CAM (1,67 recetas al mes), una de ellas por encima (área 9) y la otra por debajo (área 6) aunque muy próxima.

En resumen diremos que se observa más moderación en el consumo de medicamentos extendidos en el primer nivel asistencial en el área 6 que en la 9 y aún que en la media de la CAM. En el área 9 se registra mayor consumo global, siendo proporcionalmente más llamativa la diferencia en el promedio de recetas que se extienden a los pensionistas.

Queda solamente y respecto a lo ya comentado para las áreas, hacer un comentario: el indicador que hemos manejado es el de "recetas por cartilla". El INSALUD no aporta el dato de número de beneficiarios por cartilla y tipo en las áreas. Por ello, al desconocer este dato no es posible hablar aquí de un indicador mucho más fino de consumo farmacéutico, como sería el de "recetas por persona protegida". Por ello debe quedar aquí la reserva en el análisis comparativo efectuado pues por las propias estructuras poblacionales de las dos áreas y sus niveles de dependencia es muy posible que este indicador ("recetas por persona") ofreciera una situación sensiblemente diferente a la aportada.

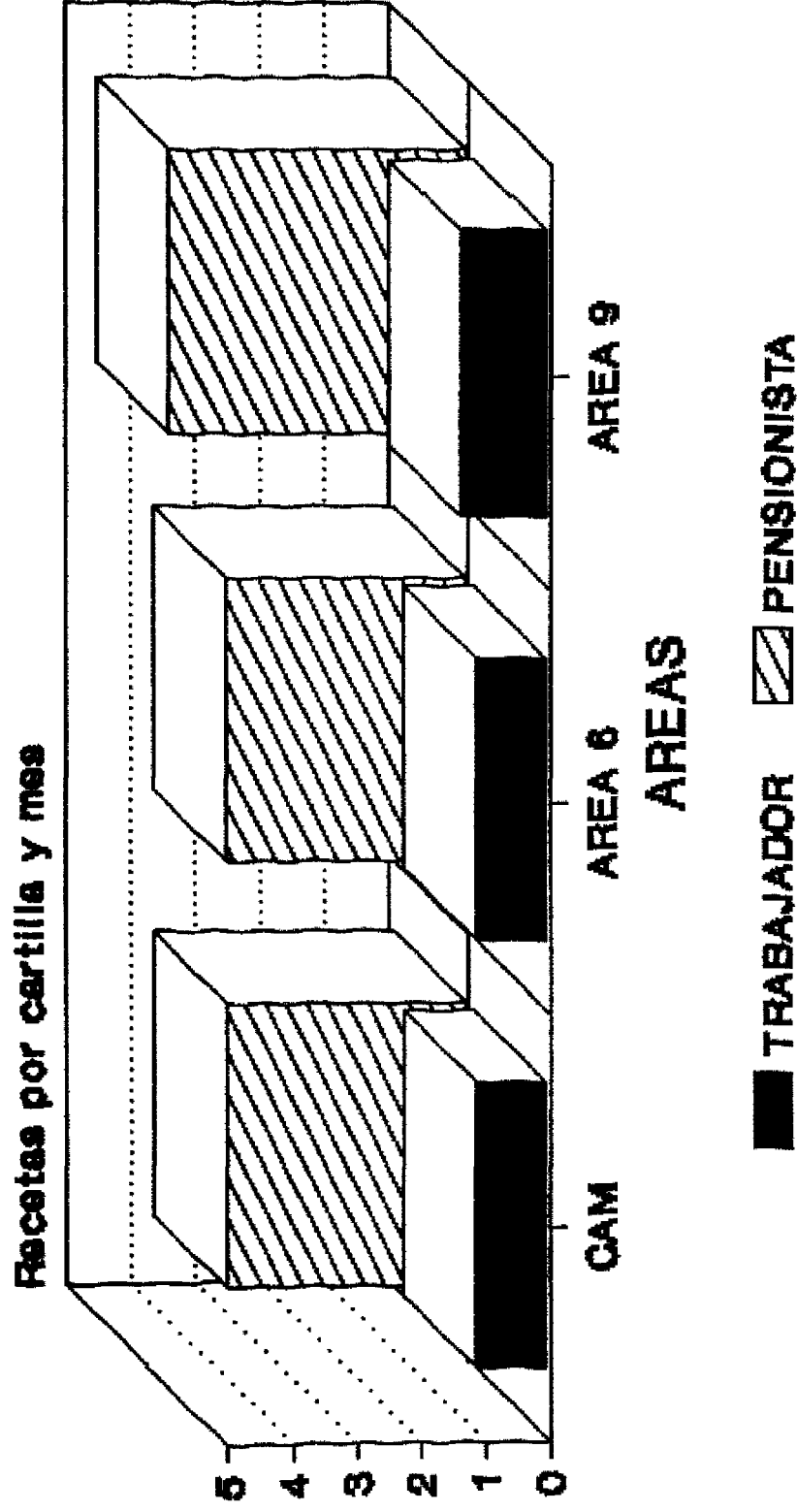
TABLA 65
INDICADORES DE PRESCRIPCION FARMACEUTICA.
CAM Y AREAS 6 Y 9. 1987.

	<u>CAM</u>	<u>AREA 6</u>	<u>AREA 9</u>
PROMEDIO DE RECETAS EXTENDIDAS POR CARTILLA DE TRABAJADOR AL MES	1,08	1,07	1,32
PROMEDIO DE RECETAS EXTENDIDAS POR CARTILLA DE PENSIONISTA AL MES	3,70	3,69	4,59
"PROMEDIO DE RECETAS POR CARTILLA PENSIONISTA / PROMEDIO RECETAS POR CARTILLA TRABAJADOR"	3,42	3,44	3,47
PROMEDIO DE RECETAS EXTENDIDAS POR TODO TIPO DE CARTILLA	1,67	1,64	1,84

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Indicadores de Gestión de la D.P. del INSALUD de Madrid, Enero a Diciembre de 1987.

GRAFICO 12

PROMEDIO DE RECETAS POR TIPO DE CARTILLA



Fuente: Tabla 65

4.4.2.- Encuesta de demanda atendida.

A continuación se exponen la distribución de frecuencias absolutas halladas entre los individuos de la muestra para los diferentes caracteres de los denominados factores determinantes del uso. De esta manera se obviará la indicación de los valores de n de que se trate tanto en el texto como en las tablas. En aquellos casos en que las distribuciones de la muestra no se ajusten a lo expresado a continuación se indicará expresamente en el texto o en las tablas.

MUESTRA SEGUN GRUPOS DE EDAD (n = 8.224)

- * De 7 a 14 años: 212 individuos
- * De 15 a 24 años: 780 individuos
- * De 25 a 34 años: 878 individuos
- * De 35 a 44 años: 1.091 individuos
- * De 45 a 54 años: 1.287 individuos
- * De 55 a 64 años: 1.606 individuos
- * De más de 65 años: 2.370 individuos.

MUESTRA SEGUN SEXO (n = 8.231)

- * Varones: 3.163 individuos
- * Hembras: 5.068 individuos.

MUESTRA SEGUN NIVEL ESCOLAR (n = 7.557)

- * Analfabetos: 425 individuos
- * Leen y escriben: 1.893 individuos
- * E. Primarios: 3.271 individuos
- * Bachillerato: 1.397 individuos
- * E. Medios: 323 individuos
- * E. Superiores: 248 individuos.

MUESTRA SEGUN AREAS DE ESTUDIO (n = 1.114)

- * Area 6: 608 individuos
- * Area 9: 506 individuos.

MUESTRA SEGUN TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL (n = 8.210)

- * Ambulatorio/Consultorio: 7.461 individuos
- * E.A.P.: 359 individuos
- * Consulta de A.P.D.: 390 individuos.

MUESTRA SEGUN PROFESION O SITUACION LABORAL (n = 8.081)

- * Agricultura: 31 individuos
- * Industria: 462 individuos
- * Servicios: 2.007 individuos
- * Inactivos: 1.833 individuos
- * Estudiantes: 539 individuos
- * Labores domésticas: 2.940 individuos
- * En paro laboral: 97 individuos
- * Construcción: 172 individuos.

MUESTRA SEGUN ZONA GEOGRAFICA DONDE RESIDEN (n = 8.231)

- * Madrid-capital: 5.455 individuos
- * Zona intermedia: 2.374 individuos
- * Pueblos: 402 individuos.

La justificación de que para algunos factores no esté distribuida la totalidad de la muestra (8.231 individuos) se encuentra en el hecho de que algunos individuos rehusaron responder a la pregunta o hubo un defecto en la confección de esa encuesta.

4.4.2.1.- CARTILLAS DE ASISTENCIA Y BENEFICIARIOS POR CARTILLA.

El valor medio de cartillas encontradas en el hogar según los resultados en el estudio es de 1,5.

Respecto al número de beneficiarios por cartilla del entrevistado el valor medio para el total de la muestra fué de 1,37 (sin contar, evidentemente, al titular del documento), para $n = 8.237$ y una σ de 0,35. Según la edad del entrevistado los promedios de beneficiarios encontrados en sus documentos fué, para los siguientes tramos, como sigue:

- * De 7 a 14 años: 2,9
- * De 15 a 24 años: 2,0
- * De 25 a 34 años: 1,7
- * De 35 a 44 años: 2,6
- * De 45 a 54 años: 1,7
- * De 55 a 64 años: 0,9
- * Más de 65 años: 0,7

Como se observa disminuye progresivamente a partir del grupo de edad de 35 a 44 años.

Si repasamos esta variable según el nivel de estudios el valor aumenta a medida que se eleva el grado de instrucción del entrevistado. Así el promedio de beneficiarios por cada cartilla de asistencia en función del nivel escolar del entrevistado queda:

- * Analfabetos: 0,9
- * Lee y escribe: 1,0
- * E. Primarios: 1,5
- * Bachillerato: 1,5
- * E. Medios: 1,7
- * E. Superiores: 1,3

Entre las áreas analizadas esta misma variable se distribuye de la siguiente manera:

- * Area 6: 1,0
- * Area 9: 1,7

Como se observa el nivel más bajo de beneficiarios lo ofrece el área 6, que, como se recordará, es la zona más envejecida del estudio y la que presenta un nivel educativo más favorable.

Por zonas geográficas de la CAM el menor promedio de beneficiarios lo presenta Madrid-capital, con tan solo 1,15 beneficiarios de promedio en cada cartilla; en esta zona, como quedó patente, se encuentra incluida el área 6, y por lo tanto presentan entre sí importantes similitudes sociodemográficas. En la denominada zona intermedia el promedio resulta de 1,8 beneficiarios, mayor incluso que la media general de la CAM, lo cual puede deberse a las características demográficas y socioeconómicas ya descritas.

Según el tipo de centro el mayor número de beneficiarios por cartilla se da en los EAP, centros que en una gran proporción se encuentran ubicados en la zona intermedia de la CAM:

- * Ambulatorio/Consultorio: 1,33
- * EAP: 2,06
- * APD: 1,46

4.4.2.2.- OTRO TIPO DE ASISTENCIA SANITARIA.

Un 16,5% de los entrevistados tienen otro tipo de asistencia distinta de la que ofrece el INSALUD. Este índice no varía de forma reseñable en función del sexo del entrevistado. Así, el porcentaje de usuarios que reconocen tener otro tipo de asistencia, según sexos fué:

- * Hombres: 16,2%
- * Mujeres: 17,3%

Si analizamos la distribución de esta variable en función del nivel escolar de los entrevistados aparecerá de la siguiente forma.

* Analfabetos:	3,8%
* Leen y escriben:	10,4%
* E. Primarios:	15,9%
* Bachillerato:	28,5%
* E. Medios:	25,0%
* E. Superiores:	34,0%

Se aprecia claramente que a medida que ascendemos en esta escala ordinal de grados escolares encontramos mayores proporciones de usuarios que poseen otro tipo de asistencia sanitaria o seguro de asistencia además de el que ofrece el INSALUD. Estas diferencias, además, aparecen significativas para la prueba estadística de asociación de variables: $X^2 = 81,41$; $r = 5$; $p < 0,01$.

Según las edades de los entrevistados la mayor concentración proporcional de los que son beneficiarios de otra cobertura sanitaria se aprecia en el grupo comprendido entre 25 y 44 años:

* De 7 a 14 años:	13,4%
* De 15 a 24 años:	16,0%
* De 25 a 34 años:	23,3%
* De 35 a 44 años:	19,9%
* De 45 a 54 años:	15,0%
* De 55 a 64 años:	16,7%
* Más de 65 años:	15,6%

Si analizamos ahora este índice según las profesiones de los entrevistados obtenemos una distribución de la variable "tener otro tipo de asistencia" tal como la que se detalla:

* Agricultura:	0,0%
* Industria:	10,2%
* Servicios:	26,0%
* Inactivos:	15,6%
* Estudiantes:	11,0%
* Labores domésticas:	14,8%
* En paro:	9,5%
* Construcción:	3,8%

De la observación de lo precedente se aprecia que el mayor porcentaje de usuarios que cuenta con asistencia distinta a la ofrecida por el INSALUD se da entre los que trabajan en el sector servicios, y no habrá de extrañarnos si consideramos que es en este grupo donde se concentrarán con seguridad aquellos usuarios que poseen un mejor poder adquisitivo, sobre todo si consideramos que ese tipo opcional de asistencia es, en lo básico, asistencia privada que precisa un pago adicional. Por el contrario este indicador es 0 para el pequeño grupo de agricultores seleccionado. Llama la atención también el relativamente alto valor que encontramos para esta variable entre los parados entrevistados, seguramente más elevado de lo que en principio cabría esperar.

También observamos importantes diferencias en el análisis comparado de las áreas:

- * Area 6: 24,48%
- * Area 9: 7,24%

Esta diferencia tan llamativa encuentra un nivel de significación estadística suficiente ($X^2=49,52$; $p < 0,01$) y no puede extrañarnos que así sea. El área 6, con un porcentaje de usuarios que poseen otra cobertura asistencial además de la pública aún mayor que el de la media de la CAM (16,5%), es el área que presenta una mayor proporción de individuos que trabajan en el sector servicios, así como un mejor nivel educativo que el área 9 y que el global de la comunidad. Ya se observó previamente que esos dos factores pueden estar en relación con el hecho de una mayor utilización de la asistencia privada.

Por tipo de centro al que asisten los entrevistados también se aprecian diferencias a la hora de evaluar esta variable:

- * Ambulatorio/Consultorio: 16,74%
- * EAP: 9,80
- * APD: 12,76

Las diferencias entre los centros de modelo tradicional y los nuevos EAP escapan también al azar para la prueba de significación ($X^2=39,346$; $p < 0,01$).

Según las zonas geográficas ya delimitadas, en fin, apreciamos también notables diferencias en la consideración de esta variable:

- * Madrid-capital: 19,28%
- * Zona intermedia: 10,39%

Se debe reseñar aquí el hecho de que las diferencias expuestas también son significativas ($X^2=606,41$; $p < 0,01$).

Añadiremos por último que la mayor parte de los usuarios que manifestaron tener otro tipo de asistencia distinta pertenecen a sociedades médicas (71,80%), seguido de aquellos otros que buscan el complemento de asistencia privada en las consultas médicas particulares (17,40%).

4.4.2.3.- TIPOLOGIA DEL USUARIO.

Del total de usuarios entrevistados el 38,28% está constituido por varones, y el 61,71% por mujeres. A pesar de las voluminosas diferencias encontradas entre esta distribución por sexos y la distribución por sexos encontrada en la población general de la CAM (mayor de 7 años) observamos que no existen diferencias significativas en la prueba de asociación de variables cualitativas.

Al observar la distribución por grupos de edades de los usuarios encuestados llama la atención el hecho de que a medida

que ascendemos en el orden de los grupos etarios encontramos que cada grupo posee un mayor peso específico en cuanto a proporción de usuarios en ellos contenidos, destacando el elevado porcentaje de usuarios contenidos en el grupo de 65 y más años (tabla 66).

Comparando los porcentajes de usuarios por grupos de edad en la muestra con la composición porcentual por edades de la población general de la CAM se observa que hasta la edad de 34 años son menores los porcentajes de usuarios que los de la población general para esos mismos grupos. A partir de los 35 años esta relación se invierte, esto es, son mayores los porcentajes de usuarios encuestados que los de la población general (gráfico 13). Las diferencias encontradas para cada grupo de edad entre la proporción de individuos en el grupo de usuarios y los de la población general poseen significación estadística para una $p < 0,001$, a excepción de la diferencia observada para el grupo de edad de 35 a 44 años, lo que resulta lógico observando el gráfico ya que la proporción de individuos en ese grupo es similar, resultando el "punto de corte" de ambas distribuciones.

El estudio de la variable edad en función del sexo ofrece una distribución más regular en el grupo de mujeres que de hombres, acudiendo éstos a los centros en mayor proporción a partir de los 55 años.

La variable edad sufre también distintas distribuciones si se analiza según el tipo de centro donde son atendidos los usuarios (tabla 67). Si en los ambulatorios/consultorios y en las consultas rurales (APD) más del 50% de los usuarios son mayores de 55 años, en las consultas de EAP casi el 60% tienen menos de 44 años, ofreciendo el porcentaje más elevado el grupo de edad comprendido entre 35 y 44 años, pudiendo responder este fenómeno al hecho, ya comentado, de la ubicación preferente de estos centros en las zonas geográficas donde la estructura de la población es bastante más juvenil.

Si consideramos ahora el nivel escolar de la población entrevistada observamos que la mayor proporción de usuarios de la muestra se encuentran en el grupo de Estudios primarios, seguidos de los que reconocen que solo leen y escriben. El porcentaje más bajo de usuarios queda comprendido por los que declaran tener Estudios superiores. Mediante tratamiento estadístico de estos datos comprobamos que el hecho de que exista un mayor porcentaje de individuos en la muestra que se declaran analfabetos respecto al porcentaje de analfabetos entre la población general, así como el hallazgo de una menor proporción de individuos con estudios superiores en la muestra que en la población general de la CAM es estadísticamente significativo ($p < 0,001$ en ambos casos).

Es similar, sin embargo, el porcentaje de usuarios encuestados que declaran tener nivel de estudios de "segundo ciclo" al porcentaje de población general que cuenta con este grado escolar. En la distribución por sexos de la variable nivel escolar observamos que el nivel de estudios de las mujeres que acuden a consulta es sensiblemente peor al de los varones, reflejo, sin duda, de la situación real de la población de la comunidad (tabla 68).

TABLA 66

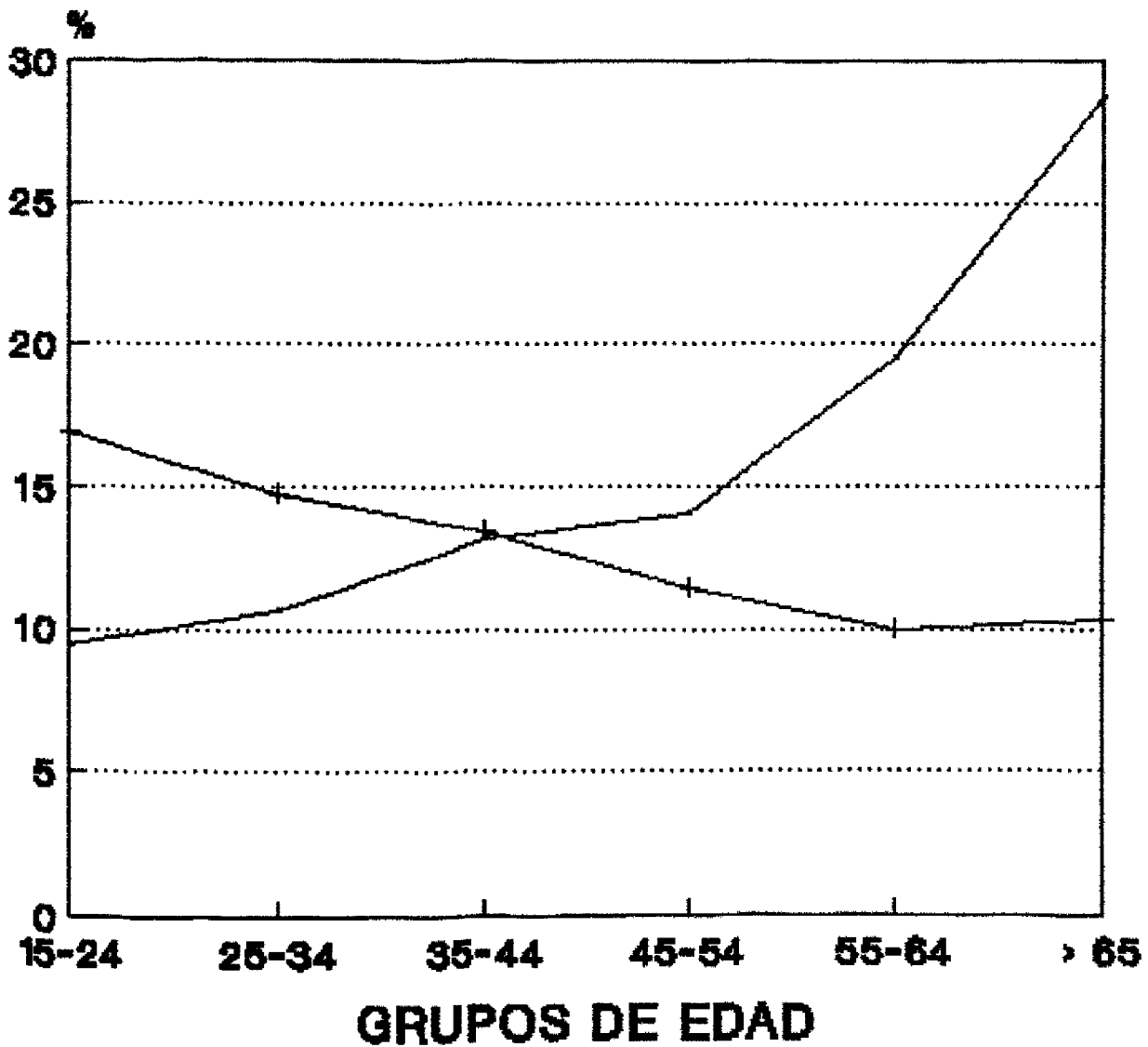
DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EDAD Y SEXO. (3)

GRUPOS DE EDAD

	7-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +
HOMBRES	3,01	10,19	10,22	10,67	11,36	19,53	33,40
MUJERES	2,34	9,05	7,89	14,90	15,72	19,52	26,00
TOTAL	2,45	9,47	10,75	13,25	14,03	19,51	28,79

GRAFICO 13

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA Y DE LA POBLACION GENERAL DE LA CAM POR EDAD



— MUESTRA + POBLACION

Fuente: tabla 73

TABLA 67

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EDAD Y TIPO DE CENTRO DE ASISTENCIA. (%)

GRUPOS DE EDAD

	7-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +
AMB/CON	2,36	9,16	9,84	12,08	14,49	20,21	30,03
EAP	4,59	15,03	16,33	21,50	15,68	13,73	13,07
APD	4,78	6,38	7,97	11,17	6,38	19,68	37,67

TABLA 68

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN SEXO
Y NIVEL ESCOLAR. (%)**

NIVEL ESCOLAR

	ANALF.	LEE Y ESCR.	ESTUD. PRIM.	BACHILL.	ESTUD. MEDIOS.	ESTUD. SUPER.
HOMBRES	3,3	20,6	41,5	18,2	4,0	4,5
MUJERES	7,8	27,2	37,9	14,7	2,8	1,3
TOTAL	5,16	23,0	39,7	17,0	3,9	3,0

Analizando esta variable en función de la edad de los entrevistados, se constata que el mayor porcentaje de analfabetos y de individuos que solo reconocen saber leer y escribir es máximo en el grupo de 65 y más años; en el grupo de 35 a 44 años destacan los que reconocen tener nivel primario y bachillerato; y los que cuentan con un nivel de estudios medios predominan entre los individuos del grupo de 25 a 34 años (tabla 69).

Por áreas de salud estudiadas llama la atención la exagerada diferencia entre los porcentajes de analfabetos y usuarios que sólo leen y escriben entre los individuos de la muestra que corresponden al área 6 y el global de los individuos de la muestra de toda la CAM. Sin duda se debe considerar el elevado porcentaje de individuos del área 6 que no responden a la pregunta de cuál es su nivel escolar (26%) (tabla 70). El análisis estadístico de las diferencias observadas entre la proporción de usuarios, según áreas, que reconocen tener un determinado nivel escolar con la real distribución por niveles de las poblaciones generales de la áreas arroja los siguientes datos:

* Para el área 6, a pesar de que hay ostensiblemente menos proporción de usuarios de la muestra que son analfabetos o que poseen estudios superiores que en la población general, ambas diferencias no alcanzan el margen mínimo de significación.

* Para el área 9 aparece menor proporción de individuos con estudios superiores entre los usuarios encuestados que la que posee su población. Esta diferencia no resulta significativa. Aparece también en este área una mayor proporción de usuarios analfabetos que la proporción de analfabetos que presenta la población general: esta diferencia sí resulta significativa ($p < 0,05$).

Por zona geográfica (tabla 71) el nivel escolar es más elevado entre los entrevistados de Madrid-capital, que posee una mayor proporción de individuos con estudios medios y superiores (7,45%) que las encontradas en las otras dos zonas geográficas. Son los usuarios de las consultas rurales los que poseen un nivel escolar más bajo general contienen, y los que mayor porcentaje de analfabetos presentan. Los usuarios de la muestra que viven en la llamada zona intermedia poseen un nivel escolar más elevado que los de la zona rural, pero sensiblemente inferior a los de Madrid-capital.

Al analizar la tipología del usuario según su profesión o relación con el mercado de trabajo, las amas de casa son las más representadas en la muestra, lo cual es lógico si se comprende que el 61,71% de la muestra son mujeres, y de éstas más del 60% son mayores de 44 años. Por sectores de ocupación los servicios es el más numeroso, lo cual entra en coincidencia con el hecho ya comentado de que la mayor parte de la población activa de la CAM trabaja en este sector. También es elevado el porcentaje de individuos inactivos en la muestra (tabla 72).

Si se comparan los porcentajes de usuarios encuestados según su profesión con los porcentajes de la población general para cada una de las profesiones, se observa que, exceptuando el

TABLA 62**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA
SEGUN NIVEL ESCOLAR Y EDADES. (%)****GRUPOS DE EDAD**

	7-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +
ANALF.	--	0,5	0,5	2,4	7,6	7,6	10,8
LEE/ES.	17,9	3,7	4,8	12,6	23,6	35,1	38,9
E.PRIM.	52,2	31,0	37,1	48,3	45,8	37,6	33,4
BACHIL.	19,4	41,7	37,1	22,4	10,6	8,1	6,3
E.MEDIO	--	7,0	10,0	3,5	2,3	2,0	1,0
E.SUP.	--	4,3	4,8	2,8	2,7	1,7	1,9

TABLA 70

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA
SEGUN AREAS Y NIVELES ESCOLARES. (%)**

NIVEL ESCOLAR

	ANALF.	LEE Y ESCR.	ESTUD. PRIM.	BACHILL.	ESTUD. MEDIOS.	ESTUD. SUPER.
AREA 6	0,6	32,3	20,0	15,5	3,2	1,9
AREA 9	5,7	22,9	45,7	19,3	2,1	0,7
CAM	5,16	23,0	39,7	17,0	3,9	3,0

(La proporción de individuos que NO SABEN/NO CONTESTAN para este factor queda como sigue: Area 6: 26,0%; Area 9: 3,0%; CAM: 8,2%).

TABLA 71

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
ZONA GEOGRAFICA Y NIVEL ESCOLAR. (%)**

NIVEL ESCOLAR

	ANALF.	LEE Y ESCR.	ESTUD. PRIM.	BACHILL.	ESTUD. MEDIOS.	ESTUD. SUPER.
MADRID-C	4,9	24,7	37,6	17,1	4,2	3,2
Z.INTER.	7,4	23,3	41,1	14,4	3,0	1,4
PUEBLOS	10,5	39,3	39,8	7,4	2,0	0,5

(El porcentaje de individuos que NO SABEN/NO CONTESTA a esta pregunta en esta distribución por zonas geográficas queda como sigue: Madrid-capital: 9,8%; Zona intermedia: 5,5%; Pueblos: 3,0%)

TABLA 72

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
SEXO Y PROFESION (%).**

PROFESION/SITUACION LABORAL

	AGRIC.	INDUST	SERVI.	INACT.	ESTUD.	S.L.	PARO	CONS
HOMBRES	0,8	13,0	32,9	37,4	6,8	0,5	1,4	4,7
MUJERES	0,1	1,2	19,8	12,1	6,2	57,2	0,9	--
TOTALES	0,3	5,6	24,3	22,2	6,5	35,7	1,1	1,8

(La proporción de individuos que NO SABEN/NO CONTESTAN esta pregunta es, según sexos la siguiente; Hombres: 3,1%; Mujeres: 1,4%; ambos sexos: 2,0%)

grupo de "no activos" (inactivos, estudiantes y amas de casa) cuyo porcentaje es sustancialmente mayor en la muestra que en la población general, los demás grupos de profesión presentan en la encuesta un porcentaje de representación menor que en la población general, incluido el grupo de parados. Hay que señalar que la diferencia registrada en el sector servicios es menor que en el resto de las profesiones. Todas las diferencias encontradas y antes comentadas gozan de significación estadística para una $p < 0,001$.

Las diferencias encontradas entre las distribuciones de frecuencias para los diversos factores condicionantes del uso en la muestra y en la población general, así como los resultados de los análisis de significación estadística aparecen resumidos en la tabla 73.

4.4.2.4.- DEMANDA ATENDIDA.

4.4.2.4.1.- Motivo de consulta.

El motivo principal por el que el usuario acude a la consulta es el de enfermedad (54,83%), seguido de la solicitud de recetas en un 34,66%, y en una proporción mucho más pequeña el de actividades preventivas (4,35%) y el de trámites de alta/baja laboral en un 3,99% de los casos. En esta variable no existen grandes diferencias entre varones y hembras excepto en el apartado alta y baja laboral, donde predominan los hombres, lo cual es bastante coherente con el hecho de que la mayoría de las mujeres encontradas en el estudio realiza su trabajo cotidiano como ama de casa (tabla 74).

Según el tipo de centro asistencial en donde consultan los usuarios podemos analizar la distribución de este carácter (motivo de consulta) en sus diferentes categorías (tabla 75). Llama la atención en esa tabla el importante desajuste en las proporciones de usuarios que consultan reclamando "recetas" en los EAP y en los otros tipos de centro. En concreto el hecho de que este porcentaje sea menor en los EAP que en los ambulatorios tradicionales posee significación estadística en la muestra (X^2 de 5,59). Por el contrario la proporción de individuos que consultan por actividades de tipo preventivo es mayor en los EAP que en los ambulatorios, mostrando esta diferencia también una significación estadística en la muestra (X^2 de 6,71).

Al analizar de nuevo esta variable en función de otro factor condicionante, como es la edad de los usuarios, observamos que son los más jóvenes los que más frecuentemente consultan por enfermedad y menos para extensión de recetas, y en la medida que avanzamos en la escala ordinal de los grupos etarios se invierte esta tendencia. Las diferencias observadas en la frecuencia en que se consulta por enfermedad entre todos los grupos de edad alcanzan significación estadística suficiente (X^2 de 256,71), al igual de lo que sucede al analizar las diferencias de frecuencias entre los grupos de edad si analizamos los que consultan para la extensión de una receta (X^2 de 352,452). Todo lo consignado en este párrafo es posible analizarlo en la tabla 76. La

TABLA 73

TIPOLOGIA DEL USUARIO. ANALISIS DE LAS DIFERENCIAS HALLADAS ENTRE LAS DISTRIBUCIONES DE FRECUENCIAS RELATIVAS PARA ALGUNOS FACTORES CONDICIONANTES EN LA MUESTRA Y EN LA POBLACION GENERAL.

	<u>MUESTRA</u>	<u>POBLACION</u>	<u>SIGNIFICACION</u>
1.- SEXO: (%)			
Varones	38,2	48,1	N.S.
Hembras	61,7	51,8	N.S.
2.- GRUPOS ETARIOS: (%)			
De 15 a 24	9,4 ($\pm 0,6$)	16,9	p < 0,001
De 25 a 34	10,7 ($\pm 0,6$)	14,7	p < 0,001
De 35 a 44	13,2	13,4	N.S.
De 45 a 54	14,0 ($\pm 0,7$)	11,4	p < 0,001
De 55 a 64	19,5 ($\pm 0,8$)	10,0	p < 0,001
Más de 65	28,7 ($\pm 0,9$)	10,3	p < 0,001
3.- NIVEL ESCOLAR EN LA CAM: (%)			
Analfabetos	5,1 ($\pm 0,4$)	3,6	p < 0,01
E.Superiores	3,0 ($\pm 0,3$)	4,5	p < 0,01
4.- NIVEL ESCOLAR EN EL AREA 6: (%)			
Analfabetos	0,6	2,4	N.S.
E.Superiores	1,9	5,5	N.S.
5.- NIVEL ESCOLAR EN EL AREA 9: (%)			
Analfabetos	5,7 ($\pm 2,1$)	2,9	p < 0,05
E.Superiores	0,7	2,3	N.S.
6.- SITUACION PROFESIONAL Y/O LABORAL: (%)			
Agricultores	0,3 ($\pm 0,1$)	0,7	p < 0,001
Industria	5,6 ($\pm 0,5$)	13,0	p < 0,001
Servicios	24,3 ($\pm 0,9$)	27,2	p < 0,001
No activos (*)	64,5 ($\pm 1,0$)	49,7	p < 0,001
Paro laboral	1,1 ($\pm 0,2$)	8,6	p < 0,001

(*) En "No activos" se incluyen inactivos, estudiantes y labores domésticas.

Entre paréntesis se indican los intervalos de confianza para la población de la que procede la muestra con un error de estimación < 0,05.

TABLA 74

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
SEXO Y MOTIVO DE CONSULTA. (%)**

	<u>MOTIVO DE CONSULTA</u>			
	<u>ENFERMEDAD</u>	<u>RECETAS</u>	<u>PARTES ALTA/BAJA</u>	<u>ACTIVIDADES PREVENTIVAS</u>
<u>HOMBRES</u>	52,9	35,6	6,0	4,2
<u>MUJERES</u>	55,8	36,6	2,3	4,5
<u>TOTAL</u>	54,8	34,6	3,9	4,3

(Para el total de la muestra NO FIGURA este dato en un 1,3% de las encuestas)

TABLA 75

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA
SEGUN TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL
Y MOTIVOS DE CONSULTA. (%)

	<u>MOTIVO DE CONSULTA</u>			
	<u>ENFERMEDAD</u>	<u>RECETAS</u>	<u>PARTES</u> <u>ALTA/BAJA</u>	<u>ACTIVIDADES</u> <u>PREVENTIVAS</u>
		(*)		(+)
AMBU/CONSULT.	54,7	35,5	3,6	4,3
EAP	61,1	23,2	6,3	9,5
APD	61,5	33,5	1,8	1,8

(*) $p < 0,05$ entre amb/cons y EAP

(+) $p < 0,01$ entre amb/cons y EAP

TABLA 76**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
EL GRUPO DE EDADES Y EL MOTIVO DE CONSULTA. (%)**

	<u>MOTIVO DE CONSULTA</u>			
	<u>ENFERMEDAD</u> <u>(*)</u>	<u>RECETAS</u> <u>(+)</u>	<u>PARTES</u> <u>ALTA/BAJA</u>	<u>ACTIVIDADES</u> <u>PREVENTIVAS</u>
7 a 14 años	82,8	7,6	---	8,5
15 a 24 años	74,2	16,0	4,4	5,0
25 a 34 años	72,4	16,3	8,7	4,1
35 a 44 años	68,1	23,7	6,4	4,7
45 a 54 años	57,1	33,3	5,4	3,4
55 a 64 años	51,0	38,9	5,0	4,5
65 y más años	42,01	51,7	---	3,6

(*) $p < 0,01$ entre todos los grupos de edad

(+) $p < 0,01$ entre todos los grupos de edad

tendencia que según los grupos de edad muestran las dos categorías señaladas de esta variable ("receta" y "enfermedad") se resumen en las rectas que apreciamos en el gráfico 14.

Según zona geográfica observamos que los usuarios de las consultas que viven en los pueblos de la comunidad son, de entre todos los usuarios, los que más frecuentemente consultan por enfermedad, en tanto que los de Madrid-capital son los que más lo hacen por extensión de recetas. Si analizamos esta diferencia entre la mayor frecuencia de usuarios que consultan por recetas en Madrid-capital respecto a la menor frecuencia de usuarios que consultan por lo mismo en la llamada zona intermedia vemos que es significativa (X^2 de 4,81), lo cual podríamos justificarlo con el hecho de que es el núcleo urbano donde más población envejecida existe, que es la que, como ya se vió, más demanda por este motivo (tabla 77).

También encontramos llamativas diferencias al analizar esta variable en función de la situación laboral de los entrevistados (tabla 78). De hecho la diferencia entre la frecuencia de usuarios que consultan por recetas siendo mucho mayor entre el grupo de los inactivos que entre los activos resulta, también, significativa (X^2 de 86,66). Sin embargo, a pesar de encontrar en esa tabla una mayor proporción de usuarios en paro que acuden a por recetas que entre los usuarios que se encuentran en situación laboral activa, considerados globalmente, las diferencias en este caso no alcanzan el margen mínimo de significación.

Analizando a continuación el mismo carácter en función del nivel escolar declarado por los usuarios (tabla 79) observamos que la proporción de los que acuden por enfermedad aumenta en la escala ordinal de niveles escolares hasta llegar al nivel de bachillerato, para comenzar a disminuir en el grupo de encuestados con estudios medios. La proporción de usuarios que acuden por recetas, por el contrario, va disminuyendo paulatinamente hasta alcanzar el grado de bachillerato para aumentar después.

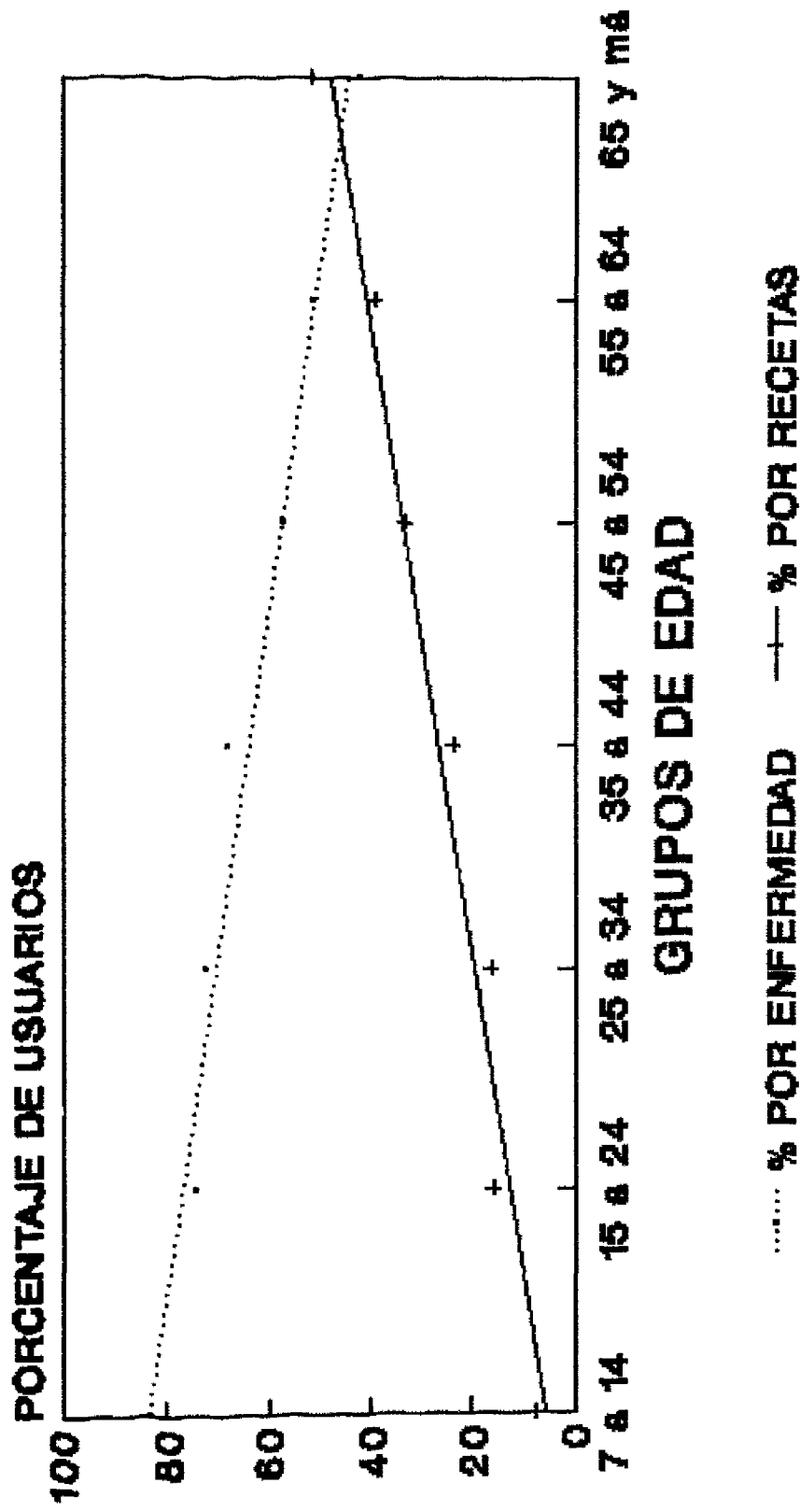
Concluiremos, en fin, resaltando el bajo porcentaje de usuarios que acuden a su centro para realizar una actividad de tipo preventivo, al menos si consideramos el criterio del encuestado al respecto sobre qué tipo de actividad o motivo de consulta le ha impulsado a acceder al servicio.

4.4.2.4.2.- Frecuentación de la consulta.

Como se indicó en el método se considera frecuentación el promedio de veces que un individuo acude a la consulta de su médico general en un periodo de tiempo determinado. Aclaremos aquí que esta variable solo se investigó en el lanzamiento de la encuesta del primer trimestre por lo que el valor n de usuarios sobre los que se trabaja en la frecuentación es de 2.140. Su distribución en el cruce con algunos factores condicionantes del uso se especificará en cada tabla.

GRAFICO 14

TENDENCIA EN EL % DE USUARIOS SEGUN MOTIVO DE CONSULTA Y EDAD



Fuente: Tabla 76

TABLA 77

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
ZONA GEOGRAFICA Y MOTIVO DE CONSULTA. (*)**

	<u>MOTIVO DE CONSULTA</u>			
	ENFERMEDAD	RECETAS	PARTES ALTA/BAJA	ACTIVIDADES PREVENTIVAS
	(*)			
MADRID-CAPITAL	58,7	36,4	3,5	4,8
Z.INTERMEDIA	60,7	31,3	3,6	4,0
PUEBLOS	61,5	33,5	1,8	1,8

(*) $p < 0,05$ entre Madrid-capital y Z.Intermedia.

TABLA 78**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
SITUACION LABORAL Y MOTIVO DE CONSULTA. (%)**

	<u>MOTIVO DE CONSULTA</u>			
	ENFERMEDAD	RECETAS (*)	PARTES ALTA/BAJA	ACTIVIDADES PREVENTIVAS
AGRICULTURA	55,7	27,7	13,9	---
INDUSTRIA	70,0	24,0	4,9	3,8
SERVICIOS	62,7	24,6	13,0	3,2
INACTIVOS	41,2	53,1	---	4,2
ESTUDIANTES	73,0	21,4	---	6,1
L.DOMESTICAS	52,6	41,0	0,2	5,2
PARO LABORAL	58,8	36,8	3,7	---
CONSTRUCCION	65,4	23,5	10,4	---

(*) $p < 0,01$ entre activos e inactivos.

TABLA 79**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
EL NIVEL ESCOLAR Y EL MOTIVO DE CONSULTA. (%)**

	<u>MOTIVO DE CONSULTA</u>			
	ENFERMEDAD	RECETAS	PARTES ALTA/BAJA	ACTIVIDADES PREVENTIVAS
ANALFABETOS	47,9	46,9	1,4	3,0
LEE Y ESCRIBE	49,4	44,9	2,4	2,1
E.PRIMARIOS	56,7	34,3	3,2	5,0
BACHILLERATO	62,0	26,6	7,0	3,8
E.MEDIOS	60,4	28,1	5,8	4,7
E.SUPERIORES	59,0	31,6	5,3	3,5

Así, el promedio de veces que acuden los usuarios entrevistados a la consulta de su médico durante un mes es de 2,1. Esta distribución de valores para el total de la muestra, que cuenta con la media expresada, viene definida además por una σ de 1,4. Es decir, la distribución ofrece un coeficiente de variación de 66,6 % lo que demuestra una desviación muy importante de los valores que la componen. El Sm obtenido para la población de la que procede la muestra es de 0,06 por lo que nos es posible determinar un intervalo de confianza para la frecuentación de la población usuaria de $2,1 \pm 0,06$ ($p < 0,05$; y $n = 2.140$)

Por sexos apenas observamos diferencias para este parámetro (2,1 de media en ambos sexos con una σ de 1,4 en los dos casos).

Si relacionamos esta variable con la edad de los entrevistados observamos que a medida que alcanzamos grupos de mayores edades vemos incrementar la media de frecuentación, rebasando a partir de los 45 años la media para el global de la CAM (tabla 80).

Por nivel de estudios de los encuestados apreciamos que los usuarios que se declaran analfabetos son los que registran una frecuentación superior a los demás. Los que declaran, sin embargo un nivel de estudios superior son los que presentan un promedio de frecuentación más bajo que el resto. Mediante el cálculo del correspondiente error estándar (Sm) para los dos casos se puede inferir sobre la población analfabeta usuaria de los servicios de primer nivel asistencial una frecuentación mensual de $2,4 \pm 0,26$, y para la población con E. superiores una de $1,6 \pm 0,36$, con una probabilidad de error en ambos casos menor de 0,05 (tabla 81).

Según zona geográfica donde residen los usuarios encuestados aparece una frecuentación media mensual mayor en los pueblos que en las otras dos subdivisiones zonales de la CAM, infiriéndose en esa zona en la población general usuaria una media de 2,4 con un intervalo de confianza de $\pm 0,30$ ($p < 0,05$), (tabla 82).

Por último analizando esta variable en función de otro factor condicionante como es el tipo de centro asistencial observaremos que es en las consultas de APD donde se registran unos promedios más elevados, tal y como era de esperar habida cuenta de la ubicación de estos centros en las zonas rurales. La media más baja de frecuentación aparece en los nuevos EAP: 1,8 veces al mes por cada usuario, que al inferir a la población usuaria de estos centros oscilaría entre un margen de confianza de $\pm 0,20$ ($p < 0,05$) según se aprecia en la tabla 83.

Señálese solamente, y para concluir este apartado, la gran dispersión de las distribuciones de datos presentados para esta variable, a fin de facilitar una comprensión más ajustada de su valor real.

TABLA 80

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
FRECUENTACION MENSUAL Y GRUPO DE EDAD (CONSULTAS AL MES).**

GRUPOS DE EDAD

	7-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +
MEDIA	1,6	1,7	1,7	1,9	2,4	2,2	2,2
σ	0,9	1,3	1,0	1,2	2,3	1,2	1,3
Sm	0,11	0,09	0,07	0,08	0,13	0,05	0,05
n	67	187	210	210	301	407	622

TABLA 81

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
FRECUENTACION MENSUAL Y NIVEL ESCOLAR (CONSULTAS AL MES).**

NIVEL ESCOLAR

	ANALF.	LEE Y ESCR.	ESTUD. PRIM.	BACHILL.	ESTUD. MEDIOS.	ESTUD. SUPER.
MEDIA	2,4	2,2	2,1	1,9	1,1	1,6
σ	1,5	1,3	1,6	1,2	1,1	1,3
Sm	0,13	0,05	0,05	0,06	0,13	0,18
n	132	528	838	340	68	53

TABLA 82

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
FRECUENTACION MENSUAL Y ZONA GEOGRAFICA (CONSULTAS AL MES).**

	MADRID-CAPITAL	ZONA INTERMEDIA	PUEBLOS
MEDIA	2,1	2,1	2,4
σ	1,5	1,4	1,5
Sm	0,03	0,05	0,15
n	1.430	614	96

TABLA 83

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
FRECUENTACION MENSUAL Y TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL
(CONSULTAS AL MES).**

	<u>AMBULATORIO/ CONSULTORIO</u>	<u>EAP</u>	<u>CONSULTAS DE APD</u>
MEDIA	2,1	1,8	2,4
σ	1,5	1,0	1,5
Sm	0,03	0,10	1,15
n	1.949	95	96

4.4.2.4.3.- Derivación a los servicios centrales.

Al igual que en la valoración de la variable de uso anteriormente analizada, para la presente solo contamos con datos de la muestra obtenidos en el primer lanzamiento de la encuesta (primer trimestre) por lo que se indicará el valor de n para cada distribución de usuarios.

El 8,6% de los usuarios que acudieron a consulta utilizaron los servicios de radiología (fueron derivados en la visita que justifica su entrevista al servicio de radiología de referencia), y el 18,78% fueron derivados a laboratorio.

La demanda de los servicios de radiología no cuenta con variaciones importantes según el sexo, sin embargo la proporción de mujeres que utiliza los servicios de laboratorio es mayor que la de hombres (tabla 84).

La derivación a los servicios de radiodiagnóstico y de laboratorio es mayor entre la población analfabeta de la muestra. Las diferencias que encontramos entre la proporción de derivaciones de los analfabetos respecto al resto de los usuarios resulta significativa tanto para radiología (X^2 de 6,489) como para laboratorio (X^2 de 7,714) (tabla 85).

Según el tipo de centro asistencial no se observan grandes diferencias entre las proporciones de derivaciones realizadas a radiología y laboratorio entre ambulatorios/consultorios y EAP, diferencias que, además, no resultan significativas para el cálculo estadístico. Sin embargo si encontramos significación en las diferencias de porcentajes observados entre las consultas de APD (menor utilización de servicios centrales) y los otros dos tipos de centro (X^2 de 5,09) (tabla 86).

Se observan desviaciones entre Madrid-capital y zona intermedia respecto a las proporciones de derivaciones a los servicios de radiología que no son significativas para el nivel de error exigido en el cálculo, pero sí resultan significativas las diferencias halladas en las derivaciones a los servicios de laboratorio (X^2 de 10,261). Ambos servicios centrales son más requeridos desde la zona intermedia que desde Madrid-capital (tabla 87).

4.4.2.4.4.- Hospitalización en el último año.

Llama la atención el elevado porcentaje de usuarios encuestados dentro de las consultas de APD que fueron hospitalizados en el año precedente a la fecha de la encuesta (20,8%) frente al porcentaje de los que lo fueron de entre los otros dos tipos de consulta: Ambulatorio/consultorio: 11,2%; y consultas de EAP: 15,8%. Esta diferencia en cuanto a la proporción de hospitalizaciones entre los usuarios de las consultas de APD y el resto de las consultas alcanzan el margen mínimo de significación estadística (X^2 de 9,482 y $p < 0,01$). Este

TABLA 84

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
DERIVACION A SERVICIOS CENTRALES Y SEXO. (%)**

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
DERIVACIONES A RADIOLOGIA	8,9	8,8	8,6
DERIVACIONES A LABORATORIO	16,8	20,0	18,7
n	780	1.343	2.140

TABLA 85

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
DERIVACION A SERVICIOS CENTRALES Y NIVEL ESCOLAR. (%)**

NIVEL ESCOLAR

	ANALF.	LEE Y ESCR.	ESTUD. PRIM.	BACHILL.	ESTUD. MEDIOS.	ESTUD. SUPER.
DERIVAC. RADIOLG. (*)	15,2	8,9	9,1	6,2	2,9	9,4
DERIVAC. LABORAT. —(+)	26,5	16,9	17,8	13,8	17,6	13,2
n	132	528	838	340	68	53

(*) $p < 0,05$ entre analfabetos y el resto

(+) $p < 0,001$ entre analfabetos y el resto

TABLA 86

**DISTRIBUCION DE USUARIOS SEGUN
DERIVACION A SERVICIOS CENTRALES Y CENTRO ASISTENCIAL. (%)**

	<u>AMBULATORIO/ CONSULTORIO</u>	<u>EAP</u>	<u>CONSULTAS DE APD</u>
DERIVACIONES A RADIOLOGIA (*)	9,0	9,8	5,8
DERIVACIONES A LABORATORIO (+)	19,0	22,2	11,7
n	1.949	95	96

(*) $p < 0,05$ entre cons APD y el resto

(+) $p < 0,05$ entre cons. APD y el resto

TABLA 87

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
DERIVACION A SERVICIOS CENTRALES Y ZONA GEOGRAFICA. (%)**

	MADRID-CAPITAL	ZONA INTERMEDIA	PUEBLOS
DERIVACION A RADIOLOGIA	8,4	10,3	5,8
DERIVACION A LABORATORIO (*)	17,8	22,2	11,7
n	1.430	614	96

(*) $p < 0,01$ entre Madrid-capital y Zona Intermedia

elevado porcentaje de hospitalizaciones entre los usuarios de las consultas rurales puede encontrar explicación en la problemática del acceso de estos usuarios a los centro de exploración complementaria, supliéndose, probablemente, mediante la derivación al nivel secundario los problemas de accesibilidad que presenta esta población en el nivel primario.

Si analizamos a continuación mediante qué vía de derivación accedieron los usuarios al nivel hospitalario apreciaremos que la proporción de encuestados que acuden al centro de segundo nivel por iniciativa propia es bastante elevada (27,6%), mientras que los que acuden derivados por su médico son el 38,7%, y por citación del propio centro hospitalario el 31,0%.

4.4.2.4.5.- Número de usuarios en cada consulta.

Como se indicó la unidad de análisis del presente estudio son las consultas. Parece interesante analizar, entonces, el nivel de masificación de esas consultas considerándolo, éso sí, como factor condicionante de la utilización de servicios dependiente de la oferta sanitaria. La distribución de consultas según el número medio de individuos que presentan el día que se realiza la encuesta, para toda nuestra muestra queda como sigue:

* Menos de 10 usuarios:	1,9%
* De 10 a 14 usuarios:	3,4%
* De 15 a 29 usuarios:	27,3%
* De 30 a 44 usuarios:	28,9%
* De 45 a 49 usuarios:	16,6%
* 60 y más usuarios:	13,8%

(No figura este dato en un 7,72% de las encuestas.)

De la distribución precedente llama la atención el hecho de que el intervalo más nutrido lo conforman aquellas consultas que contienen un promedio de 30 a 44 usuarios al día; así mismo destaca también el elevado porcentaje de consultas que presentan de promedio más de 45 usuarios cada día. Es interesante observar el hallazgo de que aproximadamente el 60% de las consultas analizadas atienden diariamente más de 30 usuarios.

Si analizamos este factor condicionante en función del área analizada observaremos una distribución como la que aparece en la tabla 88. Ahí se aprecia que la mitad de las consultas del área 9 presentan un promedio al día de más de 60 usuarios. La mayor concentración de consultas en el área 6, sin embargo se sitúa entre 30 y 44 usuarios. Señalaremos también que mientras que en el área 6 más de un 58% de las consultas analizadas presentan menos de 45 usuarios al día de promedio, este umbral no llega a alcanzarse en tan solo un 24% de consultas del área 9. Tomando este nivel umbral (45 usuarios/día de promedio) y analizando ambas áreas obtenemos que las diferencias encontradas en la proporción de consultas que superan este nivel en el área 6 respecto al área 9 gozan de significación estadística (X^2 de 43,69).

TABLA 88

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EL
PROMEDIO DE USUARIOS/DIA EN SU CONSULTA Y AREAS DE ESTUDIO. (%)**

<u>PROMEDIO DE USUARIOS AL DIA (*)</u>	<u>AREA 6</u>	<u>AREA 9</u>	<u>CAM</u>
MENOS DE 10	6,5	0,0	1,9
DE 10 A 14	0,0	0,0	3,4
DE 15 A 29	16,8	13,6	27,3
DE 30 A 44	34,8	10,7	28,9
DE 45 A 59	14,2	14,3	16,6
MAS DE 60	11,6	50,0	13,8

(No figura este dato en un 16,1 de las consultas del área 6; en un 11,4% de las del área 9; y en un 7,7% de las de toda la CAM)

(*) $p < 0,01$ en % de consultas de menos de 44 y más de 45 usuarios entre las áreas 6 y 9.

Según tipo de centro las proporciones de esta variable oscila en demasía. Así el 62,5% de las consultas de ambulatorio/consultorio presenta más de 30 usuarios al día, frente al 56,8% de los EAP y el 53,4% de las consultas de APD. El mayor porcentaje de consultas con menos de 30 usuarios lo encuentran las consultas de APD (44%), un 37,5% en los EAP y un 29,7% de los ambulatorios/consultorios. Las diferencias encontradas para este punto de corte (media de 30 usuarios al día) entre las proporciones de consultas dentro de los EAP y los ambulatorios/consultorios ofrecen significación estadística (X^2 de 7,62) (tabla 89).

Por zona geográfica, y como era de esperar, hallamos también una mayor masificación en las consultas de la zona intermedia respecto a las de Madrid-capital. Estas diferencias para las consultas entre ambos tipos de centro para un nivel de corte de 30 usuarios de promedio aparece en nuestra muestra con significación estadística para una X^2 de 331,07 (tabla 90).

4.4.2.4.6.- Grado de satisfacción de los usuarios con la asistencia que ofrece el INSALUD.

En general debemos admitir ante el análisis de la tabla 91 que la mayoría de los encuestados manifiestan encontrarse satisfechos con la asistencia del primer nivel del INSALUD. Quedarían por detrás los que manifiestan un grado "normal" de satisfacción y, aún después, los que declaran sentirse insatisfechos. Como se aprecia no hay diferencias destacables entre sexos.

Resulta interesante analizar esta variable en función de uno de los factores condicionantes del uso previamente ennumerado: el nivel de masificación de las consultas. Como podía resultar previsible encontramos mayores proporciones de usuarios insatisfechos y muy insatisfechos a medida que analizamos consultas con mayores promedios de usuarios al día. El proceso inverso se detecta igualmente (mayores proporciones de usuarios satisfechos y muy satisfechos en las consultas menos masificadas), sin embargo en este caso la tendencia entre los grupos resulta menos nítida que en el primer caso (tabla 92).

Respecto a la edad del entrevistado en relación con esta variable (tabla 93) encontramos mayores proporciones de usuarios satisfechos y muy satisfechos con la asistencia entre los mayores de 44 años que entre los menores de esa edad (es además significativa con una X^2 de 234,78). Esta misma relación, pero inversa, la hallamos al analizar los usuarios insatisfechos y muy insatisfechos.

Según nivel escolar (tabla 94) hallamos mayores porcentajes de satisfechos y muy satisfechos entre los usuarios que declaran una situación escolar más precaria (analfabetos y solo leen y escriben) encontrando además una tendencia clara de incremento de los insatisfechos y muy insatisfechos a medida que aumenta el grado escolar de los entrevistados. Las diferencias

TABLA 89

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EL
PROMEDIO DE USUARIOS AL DIA EN SU CONSULTA
Y TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL. (%)**

<u>PROMEDIO DE USUARIOS AL DIA</u> <u>(*)</u>	<u>AMBULT./CONSULT.</u>	<u>EAP</u>	<u>CONS. APD</u>
MENOS DE 10	2,0	0,2	0,0
DE 10 A 14	2,6	4,6	8,6
DE 15 A 29	25,0	32,5	35,4
DE 30 A 44	29,1	31,3	24,2
DE 45 A 59	17,7	12,9	20,8
MAS DE 60	15,7	12,6	8,4

(No figura este dato en las encuestas correspondientes a un 7,6 de las consultas de los ambulatorios/consultorios; en un 5,5 de las de EAP; y en un 2,4 de las consultas de los consultorios de APD.)

(*) $p < 0,01$ en % de consultas de menos de 29 y más de 30 usuarios entre consultas de amb/cons y EAP.

TABLA 20

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
PROMEDIO DE USUARIOS AL DIA EN SU CONSULTA
Y ZONA GEOGRAFICA. (%)**

<u>PROMEDIO DE USUARIOS AL DIA (*)</u>	<u>MADRID-CAPITAL</u>	<u>Z. INTERMEDIA</u>	<u>PUEBLOS</u>
MENOS DE 10	2,7	1,0	0,0
DE 10 A 14	3,4	1,3	8,6
DE 15 A 29	31,2	12,0	35,4
DE 30 A 44	30,1	27,1	24,2
DE 45 A 59	13,8	25,6	20,8
MAS DE 60	11,5	24,7	8,4

(No figura este dato en las encuestas correspondientes a un 6,9% de las consultas de Madrid-capital; en un 8,8% de las de la zona intermedia; y en un 2,4% de las consultas de los consultorios rurales.)

(*) $p < 0,001$ en % de consultas de menos de 29 y más de 30 usuarios entre Madrid-capital y zona intermedia.

TABLA 91

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
EL GRADO DE SATISFACCION CON LA ASISTENCIA OFRECIDA POR
EL INSALUD PARA EL TOTAL Y POR SEXO. (%)**

	<u>MUY SATISF.</u>	<u>SATISF.</u>	<u>NORMAL</u>	<u>INSATISF.</u>	<u>MUY INSATISF.</u>
HOMBRES	10,1	37,4	32,2	14,7	4,9
MUJERES	11,4	36,0	33,5	15,4	3,2
TOTAL	10,8	39,6	32,3	13,4	3,0

(No contesta esta pregunta un 0,5% del total de los encuestados)

TABLA 22**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN GRADO DE SATISFACCION CON LA ASISTENCIA Y PROMEDIO DE USUARIOS AL DIA EN LA CONSULTA. (%)**

PROMEDIO USUAR/DIA	MUY SATISF.	SATISF.	NORMAL	INSATISF.	MUY INSATISF.
< DE 10	11,5	46,1	32,0	8,9	1,2
10 A 14	8,3	45,0	30,5	13,7	2,2
15 A 29	13,2	41,3	29,6	12,5	2,5
30 A 44	10,2	31,9	25,8	11,1	2,5
45 A 59	9,4	34,2	33,8	16,5	5,5
> DE 60	9,0	35,7	32,5	17,3	4,6

(No contesta a esta pregunta un 0,6% de los encuestados comprendidos en el grupo de 15 a 29 usuarios al día; un 0,5% del grupo 30 a 44; un 0,3% del grupo de 45 a 59; y un 0,6% del grupo de más de 60 usuarios al día).

TABLA 93**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
EL GRADO DE SATISFACCION CON LA ASISTENCIA Y LA EDAD. (%)**

EDAD (AÑOS) =(*)	MUY SATISF.	SATISF.	NORMAL	INSATISF.	MUY INSATISF.
DE 7 A 14	8,5	27,6	47,6	14,2	1,9
DE 15 A 24	4,4	30,2	50,0	11,8	2,8
DE 25 A 34	4,3	26,0	38,7	24,3	6,3
DE 35 A 44	5,5	29,8	33,7	23,9	2,5
DE 45 A 54	7,7	39,1	30,8	16,9	3,7
DE 55 A 64	12,7	42,5	30,2	11,5	2,3
MAS DE 65	18,1	49,5	23,8	6,7	1,3

(No contesta a esta pregunta un 0,5% de los encuestados comprendidos en el grupo de 15 a 24 años; un 0,7% del grupo 35 a 44; un 0,5% del grupo de 45 a 54; y un 0,6% del grupo de 55 a 64; y un 0,4% del grupo de más de 65 años de edad).

(*) $p < 0,01$ en % de satisfechos y muy satisfechos entre los menores de 44 y mayores de 45 años.

TABLA 94

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EL GRADO DE SATISFACCION CON LA ASISTENCIA Y EL NIVEL ESCOLAR. (%)

NIVEL ESCOLAR =(*)	MUY SATISF.	SATISF.	NORMAL	INSATISF.	MUY INSATISF.
ANALFABETO	13,8	39,9	33,3	10,9	0,9
LEE Y ESCR	12,6	47,2	28,1	9,0	1,9
E.PRIMARIO	10,4	38,8	31,4	15,2	3,2
BACHILLER.	8,7	32,6	36,4	17,8	4,1
E.MEDIOS	11,6	28,3	36,1	18,0	5,8
E.SUPERIO.	7,5	31,1	32,1	18,8	9,4

(No contesta a esta pregunta un 0,7% de los analfabetos; un 0,3% de los que leen y escriben; un 0,6% de los que poseen E. Primarios; un 1,5% de los que tienen bachillerato; y 0,9% de los que tienen E. superiores).

(*) $p < 0,01$ en % de insatisfechos y muy insatisfechos entre todos los niveles de instrucción.

observadas en la proporción de usuarios insatisfechos y muy insatisfechos entre todos los niveles escolares resultan significativas (X^2 de 203,69).

Es posible analizar la variable también en función del área de salud. A pesar de que tal y como apreciamos en la tabla 95 en ambas áreas de estudio son mayoría los usuarios que dicen estar satisfechos con la asistencia que reciben, aparecen importantes diferencias entre una y otra. Llama la atención el elevado porcentaje de insatisfechos y muy insatisfechos en el área 9. Las diferencias entre los porcentajes de usuarios insatisfechos y muy insatisfechos en ambas áreas resultan, también, significativas (X^2 de 17,17).

Por zonas geográficas apreciamos también grandes variaciones entre los porcentajes, tanto de satisfacción como de insatisfacción, en especial en lo que respecta a la zona intermedia con las otras dos zonas. Véase como los mayores niveles de insatisfacción se registran en la zona intermedia (tabla 96). Las diferencias en el grado de insatisfacción (insatisfechos y muy insatisfechos) entre las tres zonas aparecen con significación estadística (X^2 de 103,19).

Según el tipo de centro asistencial la mayor proporción de satisfechos y muy satisfechos se concentran en las consultas de APD. Las menores proporciones de insatisfechos y muy insatisfechos la observamos en los EAP, sin embargo esta diferencia no resulta estadísticamente significativa (tabla 97).

4.4.2.4.7.- Opinión de los usuarios sobre la mejora experimentada por la asistencia sanitaria.

La mayor parte de los entrevistados opinan que la asistencia sanitaria permanece igual que antes, aunque también es importante el porcentaje de usuarios que opinan que ha mejorado. Así responden que la asistencia está mucho mejor un 4,3% de los encuestados, que está mejor un 31,6%; que permanece igual un 52,6%; que está peor un 8,3%; y, por último, que está mucho peor un 1,4%. No responden a esta cuestión un 1,5% de los encuestados.

En todos los grupos de edad la opinión de que la asistencia permanece igual es la más frecuente, encontrándose que las mayores proporciones de usuarios que opinan que la asistencia ha empeorado entre los grupos comprendidos de los 25 a los 54 años (tabla 98).

Al igual que lo observado al analizar el grado de satisfacción de los usuarios según el promedio de usuarios por cada consulta, aquí también apreciamos que se incrementan las proporciones de usuarios que opinan que ha empeorado la asistencia (peor y mucho peor) a medida que el promedio de usuarios por consulta es mayor, siendo estadísticamente significativas las diferencias de porcentajes encontradas entre todos los grupos de promedios de usuarios por consulta para una opinión de peor y mucho peor asistencia (X^2 de 15,73). Respecto a las opiniones favorables la tendencia no es tan nítida (tabla 99).

TABLA 95

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN GRADO DE SATISFACCION CON LA ASISTENCIA Y AREA DE ESTUDIO. (%)

	<u>GRADO DE SATISFACCION (*)</u>		
	<u>SATISFECHO</u>	<u>NORMAL</u>	<u>INSATISFECHO</u>
			<u>(+)</u>
AREA 6	56,9	29,2	12,5
AREA 9	39,8	34,4	25,0
CAM	50,4	32,3	16,4

(Para la proporción de satisfechos se suman las encontradas como "satisfechos" y "muy satisfechos". Para las de insatisfechos se suman las de "insatisfechos" y "muy insatisfechos")

(+) $p < 0,01$ entre las áreas.

TABLA 96

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EL
GRADO DE SATISFACCION CON LA ASISTENCIA
Y LA ZONA GEOGRAFICA. (%)**

GRADO DE SATISFACCION

	<u>MUY SATISF.</u>	<u>SATISF.</u>	<u>NORMAL</u>	<u>INSATISF.</u>	<u>MUY INSATISF.</u>
<u>(*)</u>					
MADRID-CAP.	12,3	41,0	30,7	12,6	7,4
Z.INTERMED.	8,8	34,3	35,7	24,7	4,3
PUEBLOS	10,1	44,1	26,0	13,2	5,3

(No contestan a esta pregunta un 0,6% de los encuestados en Madrid-capital; un 0,4% de los de la Zona intermedia; y un 1,0% de los encuestados en los pueblos)

(*) $p < 0,01$ en % de insatisfechos y muy insatisfechos entre las tres zonas.

TABLA 97

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN
EL GRADO DE SATISFACCION CON LA ASISTENCIA Y EL
TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL. (%)**

GRADO DE SATISFACCION

	<u>MUY SATISF.</u>	<u>SATISF.</u>	<u>NORMAL</u>	<u>INSATISF.</u>	<u>MUY INSATISF.</u>
AMB/CONSULT.	10,9	36,1	33,1	15,4	3,8
EAP	11,6	36,8	38,9	10,5	1,1
CONS. APD	11,5	41,7	27,1	12,5	6,3

(No contestan a esta pregunta un 0,7% de los encuestados en Ambulatorios; un 1,1% de los encuestados en los EAP; y un 1,0% de los encuestados en las consultas de APD)

TABLA 96

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN SU
OPINION SOBRE LA MEJORA ASISTENCIAL Y LA EDAD. (%)**

EDAD (AÑOS)	OPINION				
	<u>MUCHO MEJOR</u>	<u>MEJOR</u>	<u>IGUAL</u>	<u>PEOR</u>	<u>MUCHO PEOR</u>
DE 7 A 14	3,8	29,5	58,0	7,6	0,9
DE 15 A 24	3,4	34,2	54,7	4,7	0,7
DE 25 A 34	4,1	33,9	47,0	10,9	2,6
DE 35 A 44	3,5	31,8	46,5	13,5	3,5
DE 45 A 54	4,1	29,5	47,8	14,7	1,7
DE 55 A 64	3,6	27,4	57,4	9,1	1,5
MAS DE 65	5,0	27,4	60,3	4,7	0,8

(No contesta a esta pregunta un 2,1% de los encuestados comprendidos en el grupo de 15 a 24 años; un 1,2% del grupo 25 a 34; un 0,9% del grupo de 35 a 44; un 1,8% del grupo de 45 a 54; un 0,9% del grupo de 55 a 64 años; y un 1,5% del grupo de mayores de 65 años).

TABLA 99

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN OPINION
SOBRE LA MEJORA ASISTENCIAL Y PROMEDIO DE USUARIOS
EN LA CONSULTA AL DIA. (%)**

PROMEDIO USUARIOS AL DIA = (*)	OPINION				
	<u>MUCHO MEJOR</u>	<u>MEJOR</u>	<u>IGUAL</u>	<u>PEOR</u>	<u>MUCHO PEOR</u>
< DE 10	5,1	16,6	74,3	3,8	1,2
DE 10 A 14	4,5	39,6	46,5	6,8	1,5
DE 15 A 29	4,7	30,6	51,5	8,9	1,2
DE 30 A 44	4,2	32,5	44,5	7,7	1,4
DE 45 A 59	3,6	26,7	56,7	10,0	2,3
MAS DE 60	4,6	26,2	53,5	11,8	2,2

(No contesta a esta pregunta un 0,7% de los encuestados comprendidos en el grupo de 10 a 14 usuarios; un 2,8% del grupo 15 a 29; un 1,0% del grupo de 30 a 44; un 0,4% del grupo de 45 a 59; un 1,4% del grupo de más de 60 usuarios).

(*) $p < 0,01$ en % de peor y mucho peor entre todos los promedios de usuarios.

Según grado educacional la opinión de que la asistencia permanece igual es la más frecuente en todos ellos. La opinión de que mejora se distribuye aproximadamente de forma similar en todos los niveles, sin embargo el criterio de que está mucho peor y peor aumenta a la vez que lo hace el nivel escolar de los usuarios, hasta llegar al nivel superior donde la tendencia sufre un decremento brusco. Estas diferencias, a pesar de existir, no alcanzan nivel de significación estadística (tabla 100).

Para las áreas de estudio se aprecian grandes diferencias en los porcentajes para cada opinión de las encuestadas. Las diferencias entre los que opinan que la asistencia está peor y mucho peor en el área 9 (13,7%) y en el área 6 (5,26%) son estadísticamente significativas (X^2 de 11,46), y es posible analizarlas en la tabla 101. No olvidemos aquí que es el área 9 la que presenta una peor dotación en su estructura y una peor oferta sanitaria para este primer nivel.

Tanto se está hablando en la literatura especializada sobre el impacto que en la atención está imprimiendo el nuevo tipo de centros de atención primarias que, a pesar de que comprendamos que es desde la óptica de la impresión del usuario, será interesante evaluar la opinión que tienen sobre la mejora de la asistencia los usuarios en función del tipo de centro asistencial al que acuden (tabla 102). En los EAP es mayor el porcentaje de los que opinan que ha mejorado la asistencia, porcentaje que es muy superior al correspondiente a esta opinión en los otros centros asistenciales y, además, estadísticamente significativa (X^2 de 54,96).

4.4.2.4.8.- Prescripción de medicamentos.

El porcentaje de usuarios encuestados a los que se les prescribe al menos un medicamento en el transcurso de la consulta que están demandando cuando se les realiza la entrevista es del 80,6%. La proporción de usuarios a los que se hace alguna prescripción no es muy diferente en función del sexo: 78,0% a los varones y un 81,1% a las mujeres.

Donde sí se observan diferencias, y además son significativas para el cálculo estadístico, es cuando se analiza esta variable en función de la edad de los encuestados: una X^2 de 328,63 ($p < 0,01$) al comparar esta diferencia entre los menores y los mayores de 44 años. Así, las proporciones de usuarios que reciben alguna prescripción en el transcurso de la visita, según edades queda como sigue:

* De 7 a 14 años:	70,2%
* De 15 a 24 años:	67,9%
* De 25 a 34 años:	70,3%
* De 35 a 44 años:	75,0%
* De 45 a 54 años:	80,4%
* De 55 a 64 años:	84,4%
* Más de 65 años:	87,9%.

TABLA 100**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN OPINION
SOBRE LA MEJORA ASISTENCIAL Y EL NIVEL ESCOLAR. (%)**

NIVEL ESCOLAR	OPINION				
	MUCHO MEJOR	MEJOR	IGUAL	PEOR	MUCHO PEOR
ANALFAB.	3,2	29,9	57,7	7,3	0,4
LEE Y ESC.	4,5	29,1	54,9	8,4	1,4
E.PRIMARIO	3,8	29,9	54,2	8,9	9,7
BACHILLER.	3,6	34,6	48,7	9,7	1,8
E.MEDIOS	4,5	27,0	49,6	14,1	2,5
E.SUPERIO.	3,7	22,6	56,6	9,4	1,8

(No contesta a esta pregunta un 1,2% de los encuestados comprendidos en el grupo de analfabetos; un 1,2% del grupo de los que leen y escriben; un 1,1% del grupo de E. Primarios; un 1,3% del grupo de bachillerato; un 1,9% del grupo de E. Medios; y un 5,6% del grupo de E. Superiores).

TABLA 101

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN SU
OPINION SOBRE LA MEJORA ASISTENCIAL Y EL AREA DE ESTUDIO. (%)**

AREA (*)	OPINION				MUCHO PEOR
	MUCHO MEJOR	MEJOR	IGUAL	PEOR	
AREA 6	5,5	25,9	58,8	5,2	---
AREA 9	2,5	27,8	52,8	11,2	2,5

(No contesta a esta pregunta un 2,9% de los encuestados en el área 6 y un 3,0% en el área 9)

(*) $p < 0,01$ en % de peor y mucho peor entre ambas áreas.

TABLA 102

DISTRIBUCION DE USUARIOS SEGUN SU OPINION SOBRE LA MEJORA ASISTENCIAL Y EL TIPO DE CENTRO DE ASISTENCIA. (%)

TIPO DE CENTRO = (*)	<u>OPINION</u>				
	<u>MUCHO MEJOR</u>	<u>MEJOR</u>	<u>IGUAL</u>	<u>PEOR</u>	<u>MUCHO PEOR</u>
AMB/CONSL.	4,1	28,5	54,9	9,1	1,6
EAP	11,7	50,3	32,6	5,2	---

(No contesta a esta pregunta un 1,4% de los encuestados en el ambulatorio/consultorio y un 0,0% en los EAP)

(*) $p < 0,01$ en % de mejor y mucho mejor entre ambos tipos de centro.

A mayores edades de los usuarios se registran mayores proporción a los que se les extiende alguna receta en la consulta. La mayor proporción la alcanzan los mayores de 65 años. Esta proporción desciende al descender en la escala ordinal de edades, a excepción del grupo de 7 a 14 años donde la proporción de individuos a los que se les extiende una receta es algo superior que en el grupo de edad posterior.

Si consideramos la profesión o situación laboral observamos que es en el grupo de los inactivos (que aquí equivaldría a los jubilados) donde aparece la mayor proporción de usuarios a los que se les prescribe algún medicamento. La distribución de usuarios que reciben alguna prescripción según este factor quedaría como sigue:

* Agricultor:	82,3%
* Industria:	68,6%
* Servicios:	73,0
* Inactivos:	89,4%
* Estudiante:	68,1%
* Labores domésticas:	82,6%
* Parados:	69,5%
* Construcción:	81,9%.

(No figura el factor o la variable conjuntamente en un 2,9% de las encuestas).

El análisis estadístico de la distribución precedente demuestra que las diferencias en porcentaje de usuarios que reciben prescripción entre los inactivos y los activos son significativas (X^2 de 61,08; $p < 0,01$). No son significativas, sin embargo, las diferencias encontradas entre los parados (que son quienes menos proporción de prescripción presentan) y los usuarios activos.

Sin embargo sí hallamos diferencias marcadas según el tipo de centro. Así la proporción de usuarios que salen del centro con alguna receta queda:

* Ambulatorio/consultorio:	80,7%
* EAP:	69,8%
* Consulta de APD:	82,1%.

Se observa que en los nuevos EAP se registran menores proporciones de usuarios a los que se les receta algún medicamento. Esta diferencia respecto a los ambulatorios/consultorios presenta una significación estadística con una X^2 de 18,77 ($p < 0,01$).

Según zona geográfica la prescripción aparece de seta forma:

* Madrid-capital:	81,1%
* Zona intermedia:	78,0%
* Pueblos:	82,1%.

En este caso no encontramos significación estadística entre las diferencias. Tampoco las encontramos al analizar esta variable en función de las áreas de estudio, cuya distribución quedaría así:

- * Area 6: 87,7%
- * Area 9: 82,9%.

Otro asunto diferente es el repaso de esta variable según el nivel de instrucción de los encuestados:

- * Analfabetos: 90,0%
- * Lee y escribe: 89,6%
- * E.Primarios: 80,8%
- * Bachillerato: 74,6%
- * E.Medios: 69,2%
- * E.Superiores: 85,2%.

Si consideramos la precedente como una escala ordinal observamos claramente que desde los analfabetos (que son los que mayor proporción de prescripciones reciben) al ir ascendiendo en la escala de los niveles de instrucción van disminuyendo en cada grupo el porcentaje de usuarios que la reciben, en clara tendencia excepto al llegar al nivel de E. Superior donde, como una nota disonante, se rompe esa tendencia de manera clara. Si excluimos el nivel superior y comparamos las diferencias entre todos los demás niveles hallamos que esas diferencias son estadísticamente significativas (X^2 de 45,21; $p < 0,01$).

4.4.2.4.9.- Tipo de prescripción.

A un 36,8% de los encuestados a los que se les extiende alguna receta, la prescripción se hace como iniciación de un tratamiento puesto por el propio médico; a un 35,9% de los que reciben prescripción ésta se da como continuación de un tratamiento previamente establecido; y al 19,3% restante se les hace como transcripción de una prescripción realizada por otro médico.

Al relacionar esta variable con la edad (tabla 103) aparecen diferencias significativas (X^2 de 249,98) al relacionar en todos los grupos de edad las proporciones de usuarios que reciben prescripción según cada una de las tres categorías que hemos definido para valorar este carácter. Así se observa cómo los más jóvenes son los que reciben más prescripciones como iniciación de tratamientos, los porcentajes por este concepto descienden progresivamente hasta alcanzar su nivel mínimo en el grupo de los mayores de 65 años. Son los usuarios de más edad (a partir de los 55 años). Los que reciben más prescripciones proporcionales para continuar tratamientos o como transcripción de otro tratamiento.

Por sexo, aunque las diferencias no son muy grandes, se observa que a las mujeres se les receta más frecuentemente por el concepto de "continuar" un tratamiento que a los varones (tabla 104). Por áreas de salud estudiadas aparece el área 9 (la

TABLA 103

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EL TIPO DE PRESCRIPCION QUE RECIBEN Y LA EDAD. (%)

EDAD (AÑOS)	TIPO DE PRESCRIPCION		
	<u>INICIACION DE TTOS.</u>	<u>CONTINUACION DE TTOS.</u>	<u>TRANSCRIPCION DE OTRO TTO.</u>
(*)			
DE 7 A 14	79,4	12,3	1,3
DE 15 A 24	66,1	18,1	10,3
DE 25 A 34	61,1	15,1	16,5
DE 35 A 44	50,6	22,9	16,4
DE 45 A 54	40,6	31,5	20,6
DE 55 A 64	21,1	43,0	26,8
MAS DE 65	17,1	48,9	25,6

(No figura este dato en un 6,8% de las encuestas de los usuarios de 7 a 14 años; en un 5,3% de los de 15 a 24; un 7,1% de los de 25 a 34; en un 9,9% de los de 35 a 44; un 5,9% de los de 45 a 54; un 8,9% de los de 55 a 64; y un 8,3% de los mayores de 65 años.)

(*) $p < 0,01$ en % de los tres tipos de prescripción entre todos los grupos de edades.

TABLA 104

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EL TIPO DE PRESCRIPCION QUE RECIBEN Y EL SEXO. (%)

SEXO	<u>TIPO DE PRESCRIPCION</u>		
	<u>INICIACION DE TTOS.</u>	<u>CONTINUACION DE TTOS.</u>	<u>TRANSCRIPCION DE OTRO TTO.</u>
HOMBRES	31,1	36,0	26,7
MUJERES	30,5	39,9	22,5

(No figura este dato en un 6,2% de las encuestas de los hombres y en un 7,2% de las encuestas de las mujeres).

de población más joven) como la que mayor proporción de prescripciones se lleva como de "inicio" de tratamientos. En el área 6, sin embargo, las proporciones de "inicio" y "continuación" son equivalentes, pero el porcentaje de prescripciones por transcripción es muy superior al del área 9 y al de la CAM (tabla 105). La situación comentada para las dos áreas de estudio es reproducible al comparar las zonas geográficas, apareciendo de nuevo gran homogeneidad entre el área 6 con Madrid-capital, y entre el área 9 con la llamada zona intermedia (tabla 106).

4.4.2.4.10.- Prescripción media de recetas.

La media de recetas que se extienden por usuario para el total de la muestra es de 1,7 con una σ de 0,5. Por sexos las medias oscilan escasamente:

- * Hombres: 1,7; σ : 0,5
- * Mujeres: 1,8; σ : 0,5.

Ordenando las medias de recetas según la edad de los usuarios obtenemos una distribución como la que sigue:

- * De 7 a 14 años: 1,0; σ : 0,6
- * De 15 a 24 años: 1,0; σ : 0,7
- * De 25 a 34 años: 1,2; σ : 0,6
- * De 35 a 44 años: 1,3; σ : 0,6
- * De 45 a 54 años: 1,7; σ : 0,5
- * De 55 a 65 años: 2,0; σ : 0,5
- * Más de 65 años: 2,3; σ : 0,5.

Según el tipo de centro la media más elevada corresponde a las consultas de APD con 1,9 recetas (σ : 0,8); el centro que presenta una media menor son los nuevos EAP con 1,4 recetas (σ : 0,6). Los ambulatorios consultorios se sitúan próximos a las consultas de APD con una media de 1,8 (σ : 0,4).

Por último y según la zona geográfica el mayor promedio de recetas extendidas por usuarios lo registran los pueblos con 1,9 recetas (σ : 0,8), mientras que en Madrid-capital se hallaba una media de 1,8 (σ : 0,5), y en la zona intermedia un promedio de 1,6 recetas (σ : 0,6).

TABLA 105

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EL TIPO DE PRESCRIPCION QUE RECIBEN Y EL AREA DE ESTUDIO. (%)

AREA	TIPO DE PRESCRIPCION		
	<u>INICIACION DE TTOS.</u>	<u>CONTINUACION DE TTOS.</u>	<u>TRANSCRIPCION DE OTRO TTO.</u>
AREA 6	33,1	33,1	26,5
AREA 9	44,0	32,8	18,1
CAM	36,8	35,9	19,3

(No figura este dato en un 6,4% de las encuestas del area 6; en un 5,2% de las encuestas del area 9. Para la CAM no figura en un 6,8%)

TABLA 106

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EL TIPO DE PRESCRIPCION QUE RECIBEN Y LA ZONA GEOGRAFICA. (%)

ZONA GEOGRAFICA	<u>TIPO DE PRESCRIPCION</u>		
	<u>INICIACION DE TTOS.</u>	<u>CONTINUACION DE TTOS.</u>	<u>TRANSCRIPCION DE OTRO TTO.</u>
MADRID-CAPITAL	27,0	41,0	25,8
Z. INTERMEDIA	38,4	32,2	20,1
PUEBLOS	34,7	40,0	25,3

(No figura este dato en un 6,3% de las encuestas de Madrid-capital; y en un 9,42% de las encuestas de la zona intermedia).

4.4.2.5.- Morbilidad demandada.

4.4.2.5.1.- PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD.

En este apartado se analiza el principal problema de salud por el que acuden los usuarios a las consultas de medicina general. Se han seleccionado para su análisis los problemas de salud cuya frecuencia de consultas fué superior al 1%. Ello supone un 45,3% del total de las consultas atendidas y comprende 8 entidades diferentes. El análisis se hace con la totalidad de la muestra y su distribución en función de los llamados factores determinantes es la ya reseñada en otra parte de este trabajo.

El problema de salud que más frecuentemente es codificado en las consultas es "Prescripciones sin examen" con una frecuencia de 15,5%, con un 5,6% más que la siguiente entidad, la "Infección respiratoria aguda", tal como se observa en la tabla 107. En esa tabla llama también la atención el hecho de que la prescripción sin examen sea un problema más codificado en hombres que en mujeres. La "Hipertensión arterial no complicada" aparece sin embargo más frecuentemente como problema que se codifica entre las mujeres, y esta diferencia para esta entidad por sexos resulta ser estadísticamente significativa (χ^2 de 6,59).

Al analizar la distribución de problemas más frecuentes en función de las edades (tabla 108) aparece la evidencia de que las "Prescripciones sin examen", la "Hipertensión no complicada", y la "Observaciones de otro alto riesgo" aumentan su frecuencia a medida que aumentan las edades de los usuarios. La "Amigdalitis aguda" aparece con más frecuencia en el grupo de 7 a 14 años. También es más frecuente en este grupo de edad la "Infección respiratoria aguda", problema que, además, va disminuyendo su frecuencia de aparición al ir avanzando en la escala ordinal de edades. Las diferencias encontradas entre todos los grupos de edad para este problema alcanzan rango suficiente de significación (χ^2 de 209,780).

En la tabla 109 se muestra la distribución de los problemas según el nivel escolar de los usuarios. Allí llama la atención que los usuarios con niveles más bajos consultan con menor frecuencia por problemas en general autolimitados en el tiempo (y muchas veces banales) que los de niveles escolares más altos; véase como ejemplo la distribución de problemas como "Amigdalitis aguda", "Gripe", o "Infección respiratoria". El efecto contrario se tiene al analizar patologías más tendentes a la cronificación, como pueden ser la "Hipertensión no complicada", o la "Osteoartritis". De esta forma podemos comprobar que el hecho de que las diferencias encontradas en la frecuencia de aparición de "Osteoartritis" e "Hipertensión arterial no complicada" entre los tres niveles escolares más bajos y los tres más altos; la "Amigdalitis aguda" entre los dos niveles más bajos y el resto; y las "Prescripciones sin examen"

TABLA 107

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EL PROBLEMA DE SALUD POR EL QUE CONSULTAN, PARA EL TOTAL Y POR SEXOS. (%)

PROBLEMA DE SALUD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
PRESCRIPCION SIN EXAMEN	17,1	14,5	15,5
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	10,0	10,0	9,9
HIPERTENSION ARTERIAL NO COMPLIC. (*)	5,0	6,4	5,8
OBSERVACIONES DE OTRO ALTO RIESGO	5,1	5,9	5,6
OSTEOARTRITIS Y AFINES	2,3	4,2	3,4
AMIGDALITIS AGUDA	1,9	1,9	1,9
GRIPE	1,3	1,6	1,5
OTRAS ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO Y EL DUODENO	2,1	0,9	1,3
TOTAL	45,3	40,2	44,0

(*) $p < 0,05$ entre ambos sexos.

TABLA 108

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EL PROBLEMA DE SALUD POR EL QUE CONSULTAN Y LA EDAD. (%)

PROBLEMA	EDAD (AÑOS)						
	7-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	> 65
PRESCRIPCION SIN EXAMEN	3,7	9,9	9,6	12,3	12,9	19,7	14,9
INFECC. RESPIR. AGUDA (*)	20,0	16,9	16,6	13,9	9,1	5,0	6,3
HIPERTENSION ART. NO COMPLICADA	0,4	0,1	0,3	2,1	5,1	8,1	9,1
OBSERV. OTRO ALTO RIESGO	2,3	2,1	3,0	3,6	5,4	8,0	2,6
OSTEOARTRITIS Y AFINES	0,0	0,8	0,5	2,0	4,0	5,5	3,6
AMIGDALITIS AGUDA	13,9	3,7	2,7	3,3	1,0	0,5	0,3
GRIPE	0,0	2,4	1,4	3,1	1,2	0,9	0,5
OTRAS ENFERM. ESTOM-DUODENO	0,9	2,5	2,2	2,0	0,8	1,3	0,8
TOTAL	41,4	38,7	36,6	42,6	40,3	49,2	43,4

(*) $p < 0,05$ entre todos los grupos de edad

TABLA 109

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EL PROBLEMA DE SALUD POR EL QUE CONSULTAN Y EL NIVEL ESCOLAR. (%)

PROBLEMA	NIVEL ESCOLAR					
	ANALF.	LEE Y ESCR.	EST. PRIM.	BACH.	EST. MEDIOS	EST. SUPER.
PRESCRIPCION SIN EXAMEN (*)	23,9	19,8	11,9	13,0	10,7	14,9
INFECC. RESPIR. AGUDA	7,2	7,5	10,0	14,5	15,1	7,6
HIPERTENSION ART. NO COMPLICADA (+)	8,2	9,4	7,0	2,4	2,1	4,4
OBSERV. OTRO ALTO RIESGO	6,5	7,0	5,9	4,3	3,2	4,0
OSTEOARTRITIS Y AFINES (♥)	3,9	5,3	3,5	1,8	1,0	1,6
AMIGDALITIS AGUDA (♣)	0,4	1,0	2,1	3,2	2,7	2,4
GRIPE	0,7	1,0	1,3	3,0	4,3	0,8
OTRAS ENFERM. ESTOM-DUODENO	0,9	0,7	1,6	1,6	1,5	0,4
TOTAL	52,0	51,9	43,6	44,2	41,0	36,1

- (*) $p < 0,01$ entre los tres primeros y los tres últimos niveles.
 (+) $p < 0,01$ entre los tres primeros y los tres últimos niveles.
 (♥) $p < 0,01$ entre los dos primeros y los dos últimos niveles.
 (♣) $p < 0,01$ entre todos los niveles.

entre todos los niveles escolares escapan al efecto del azar por ser estadísticamente significativas. Obsérvese también en esa tabla que en el nivel de estudios superior se rompe habitualmente la tendencia de presentación de frecuencias de los diferentes problemas cuando las hay: aparece pues el rasgo que daría idea de una cierta "mala ubicación" de ese nivel de estudios dentro de su propia escala ordinal.

Al analizar la frecuencia de presentación de los problemas de salud en función de la profesión o situación laboral de los encuestados (tabla 110) aparecen también algunas peculiaridades:

observamos un elevado porcentaje de sujetos inactivos que acuden a la consulta para "Prescripción sin examen". La diferencia para este problema entre ellos y el conjunto de individuos activos de la muestra goza de significación estadística (X^2 de 57,30);

también escapa al azar para una X^2 de 12,85 la diferencia en porcentajes de usuarios del sector industrial que consultan por "Infección respiratoria" y los que lo hacen y pertenecen a los otros sectores de la actividad. Para la "Hipertensión arterial no complicada" encontramos también significación estadística en las diferentes frecuencias de presentación entre usuarios del sector servicios y los otros sectores de la actividad.

Por áreas del estudio llama la atención (tabla 111) las diferencias en frecuencia de codificación del problema "Infección respiratoria aguda" siendo más frecuente en el área 9. También aparecen en relación a "Prescripción sin examen", más frecuentes en el área 9, sin embargo las diferencias no resisten los márgenes estadísticos considerados mínimos en este estudio, por lo que cabe la posibilidad de que estas diferencias puedan ser atribuidas al azar.

Por tipo de centro asistencial (tabla 112) aparecen diferencias significativas para los porcentajes de presentación de "Prescripción sin examen" entre los EAP y los otros dos tipos de centro, siendo menos frecuente en aquellos (X^2 de 9,27). Igualmente ocurre entre las diferentes frecuencias de presentación encontradas para las mismas agrupaciones de centros según el problema "Osteoartritis", y para "Observaciones de otro alto riesgo" entre las consultas de APD y los otros centros: para el primer problema menor frecuencia en los EAP que en el resto (X^2 de 5,5); y para el segundo menor frecuencia en las consultas rurales que en el resto (X^2 de 47,80). El hecho observado de que se consulte más por "Hipertensión arterial no complicada" en los ambulatorios que en el global de los otros tipos de centros es, igualmente, significativo (X^2 de 10,15).

Los principales problemas de salud han sido relacionados con las enfermedades crónicas de la que son portadores los usuarios (tabla 113). Ahí se aprecia que la mayor parte de los enfermos crónicos diagnosticados acuden a la consulta por los conceptos "Prescripción sin examen" y

TABLA 110

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN PROBLEMA DE SALUD POR EL QUE CONSULTAN Y PROFESION O SITUACION LABORAL. (%)

<u>PROFESION/SITUACION LABORAL</u>					
<u>PROBLEMA</u>	<u>AGRIC.</u>	<u>INDUST.</u>	<u>SERVIC.</u>	<u>INACT.</u>	<u>ESTUD.</u>
PRESCRIPCION SIN EXAMEN (*)	12,9	11,2	14,1	22,8	6,6
INFECC. RESPIR. AGUDA (+)	0,0	16,4	10,5	5,5	19,4
HIPERTENSION ART. NO COMPLICADA	3,2	3,9	6,1	9,2	0,0
OBSERV. OTRO ALTO RIESGO	9,6	6,5	3,6	7,5	1,8
OSTEOARTRITIS Y AFINES	0,0	1,0	3,0	4,0	3,7
AMIGDALITIS AGUDA	0,0	2,8	1,0	0,2	8,2
GRIPE	3,2	3,6	1,6	0,6	1,4
OTRAS ENFERM. ESTOM-DUODENO	0,0	3,2	1,3	1,1	1,1
TOTAL	29,0	48,8	41,5	55,2	42,5

(*) $p < 0,01$ entre inactivos y activos.

(+) $p < 0,01$ entre sector industrial y los otros sectores de la actividad.

.../...

TABLA 110 (Continuación)

PROFESION/SITUACION LABORAL

<u>PROBLEMA</u>	<u>LABORES DOMESTICAS</u>	<u>PARO</u>	<u>CONSTR.</u>	<u>NS/NC</u>
PRESCRIPCION SIN EXAMEN	15,5	11,3	20,0	7,1
INFECC. RESPIR. AGUDA	10,1	7,2	11,3	6,7
HIPERTENSION ART. NO COMPLICADA	6,5	6,1	2,0	2,1
OBSERV. OTRO ALTO RIESGO	7,0	2,0	4,0	5,6
OSTEOARTRITIS Y AFINES	4,3	4,1	4,0	2,5
AMIGDALITIS AGUDA	1,5	3,0	2,6	3,4
GRIPE	1,2	6,1	1,3	1,2
OTRAS ENFERM. ESTOM-DUODENO	1,0	4,3	2,6	0,0
TOTAL	47,5	43,2	47,9	28,7

TABLA 111

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN PROBLEMA DE SALUD Y AREAS DEL ESTUDIO Y LA CAM. (%)

<u>PROBLEMA DE SALUD</u>	<u>AREA 6</u>	<u>AREA 9</u>	<u>CAM</u>
PRESCRIPCION SIN EXAMEN (*)	14,7	16,9	15,5
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (+)	9,8	11,4	9,9
HIPERTENSION ARTERIAL NO COMPLIC.	6,8	5,0	5,8
OBSERVACIONES DE OTRO ALTO RIESGO	5,8	5,5	5,6
OSTEOARTRITIS Y AFINES	4,7	2,7	3,4
AMIGDALITIS AGUDA	0,3	2,2	1,9
GRIPE	2,4	1,7	1,5
OTRAS ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO Y EL DUODENO	1,3	0,9	1,3
TOTAL	45,3	46,3	46,6

(*) N.S. entre las áreas.

(+) N.S. entre las áreas.

TABLA 112**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EL PROBLEMA DE SALUD POR EL QUE CONSULTA Y EL TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL. (%)**

<u>PROBLEMA DE SALUD</u>	<u>AMBULT/ CONSULT.</u>	<u>EAP</u>	<u>CONSUL. APD</u>
PRESCRIPCION SIN EXAMEN (*)	15,6	9,7	20,8
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	10,0	9,8	8,7
HIPERTENSION ARTERIAL NO COMPLIC. (+)	6,1	2,3	3,7
OBSERVACIONES DE OTRO ALTO RIESGO (♥)	5,8	5,4	3,4
OSTEOARTRITIS Y AFINES (♣)	3,6	1,0	3,1
AMIGDALITIS AGUDA	2,0	0,5	3,0
GRIPE	1,6	1,3	1,4
OTRAS ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO Y EL DUODENO	1,3	2,4	1,4
TOTAL	46,1	32,8	45,7

- (*) $p < 0,01$ entre EAP y el resto.
(+) $p < 0,01$ entre EAP y el resto.
(♥) $p < 0,01$ entre cons. APD y el resto.
(♣) $p < 0,01$ entre amb/cons y el resto.

TABLA 113

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN EL PROBLEMA DE SALUD POR EL QUE CONSULTAN Y LA ENFERMEDAD CRONICA DE QUE SON PORTADORES. (%)

PROBLEMA	<u>PATOLOGIA CRONICA</u>				
	OSTEOART Y AFINES	HTA NO COMPLIC (+)	DIABET MELLIT	CARDIO. ISQUEM	DEPRES. (*)=
PRESCRIPCION SIN EXAMEN	21,7	16,1	21,0	26,0	37,3
INFECC. RESPIR. AGUDA	7,4	4,1	5,2	2,5	3,3
HIPERTENSION ART. NO COMPLICADA	8,2	27,6	9,5	5,1	7,3
OBSERV. OTRO ALTO RIESGO	6,7	20,3	15,1	11,2	6,0
OSTEOARTRITIS Y AFINES	15,1	2,9	2,4	2,5	2,6
AMIGDALITIS AGUDA	0,8	0,7	1,2	0,0	0,0
GRIPE	1,0	0,5	0,6	1,0	0,6
OTRAS ENFERM. ESTOM-DUODENO	1,0	0,5	0,0	0,5	0,6
TOTAL	62,1	73,1	55,2	48,9	57,8
TOTAL n	788	716	324	196	150

(*) $p < 0,01$ en % de Prescr. sin examen entre depresión y el resto.

(+) $p < 0,01$ en % de Obsrv. otro alto riesgo entre HTA y el resto.
.../...

TABLA 113 (Continuación)

PROBLEMA	PATOLOGIA CRONICA			
	ARTERIO- ESCLEROSIS	TRAST. LIPIDOS	ENFISEMA Y EPOC	OSTEOAR. COLUMNA
PRESCRIPCION SIN EXAMEN	15,6	17,0	23,7	15,3
INFECC. RESPIR. AGUDA	3,5	3,2	8,1	5,9
HIPERTENSION ART. NO COMPLICADA	11,1	9,4	3,1	5,3
OBSERV. OTRO ALTO RIESGO	11,1	18,0	8,7	5,9
OSTEOARTRITIS Y AFINES	3,5	3,2	1,2	1,7
AMIGDALITIS AGUDA	0,0	1,0	0,0	0,0
GRIPE	0,5	0,5	0,6	0,5
OTRAS ENFERM. ESTOM-DUODENO	0,5	1,6	0,6	1,1
TOTAL	45,9	54,3	46,2	36,0
TOTAL n	198	182	160	179

"Observaciones de otro alto riesgo". Resalta también el elevado porcentaje de usuarios diagnosticados de "Depresión" que consultan para "Prescripción sin examen", que frente a la frecuencia de consultas para el mismo problemas entre el resto de usuarios que son portadores de otras patologías crónicas aparece como estadísticamente significativo (X^2 de 26,14).

Es también llamativo el porcentaje de usuarios con "Hipertensión arterial no complicada" que consultan por "Observaciones de otro alto riesgo". Las diferencias aquí entre esta frecuencia y las de usuarios con otras patologías crónicas que consultan para la misma actividad escapan también al azar (X^2 de 54,71).

4.4.2.5.2.- ENFERMEDADES CRONICAS.

Se seleccionan para su estudio 9 entidades que aparecieron con una frecuencia superior al 1,7%. Ellas suponen un total del 33,7% de todas las consultas evaluadas. Se trata de analizar, como ya se explicó, las enfermedades crónicas de que estaban diagnosticados los usuarios encuestados independientemente de que ese problema fuera o no el motivo de consulta que justificó su presencia en la consulta.

En la tabla 114 se observa la distribución de los usuarios según la presencia de la patología crónica que se presenta para toda la muestra y según sexo. Por sexos se aprecia que la "Osteoartritis y afines" y la "Hipertensión arterial no complicada" son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, diferencias éstas estadísticamente significativas con una X^2 de 59,01 y 20,21 respectivamente. La presencia de depresión aparece también más frecuentemente entre las mujeres encuestadas que entre los hombres. Esta diferencia también supera el margen admitido como suficiente para el azar, siendo, por tanto, significativas para el cálculo estadístico con una X^2 de 5,95.

La "Cardiopatía isquémica crónica", y el "Enfisema/EPOC", por el contrario, presentan mayor frecuencia en su presencia entre los hombres que entre las mujeres.

En la distribución de usuarios en función de la patología crónica que portan y las edades (tabla 115) es de señalar la proporción de usuarios de 35 a 44 años que consultan por depresión, diferencia que entre ese grupo de edad y el resto de los grupos de edad aparecen significativas (X^2 de 5,77).

Los mayores porcentajes de usuarios del grupo de mayores de 65 años que son portadores de alguna patología crónica lo son de "Hipertensión arterial no complicada" y "Osteoartritis y afines".

Por nivel de estudios (tabla 116) se puede decir que, en general, la presencia de estas patologías crónicas es más frecuente entre los usuarios encuestados que poseen niveles escolares bajos. Las diferencias observadas entre los diferentes

TABLA 114**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN LA ENFERMEDAD
CRONICA DE LA QUE SON PORTADORES, PARA EL TOTAL
Y POR SEXOS. (%)**

<u>ENFERMEDAD CRONICA</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
OSTEOARTRITIS Y AFINES (*)	6,3	11,4	9,2
H.T.A. NO COMPLICADA (+)	6,8	9,7	8,4
DIABETES MELLITUS	3,9	3,8	3,7
ARTERIOESCLEROSIS	2,1	2,7	2,3
CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA	1,5	3,6	2,2
DESORDENES LIPIDICOS	2,3	2,6	2,1
OSTEOARTRITIS DE COLUMNA	2,3	1,5	2,0
ENFISEMA Y EPOC	0,7	3,8	1,8
DEPRESION (♥)	1,3	2,1	1,7
TOTAL	33,7	32,7	36,4

(*) $p < 0,01$ entre sexos.

(+) $p < 0,01$ entre sexos.

(♥) $p < 0,05$ entre sexos.

TABLA 115**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN LA ENFERMEDAD
CRONICA DE LA QUE SON PORTADORES Y LA EDAD. (%)**

ENFERMEDAD CRONICA	EDAD (AÑOS)						
	7-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	> 65
OSTEOARTRITIS Y AFINES	0,0	0,6	0,9	3,4	10,1	14,9	15,4
H.T.A. NO COMPLICADA	0,0	0,3	1,0	2,7	8,3	11,5	15,9
DIABETES MELLITUS	0,0	0,6	0,6	2,0	2,5	5,9	7,2
ARTERIOES- CLEROSIS	0,0	0,1	0,1	0,0	0,8	2,3	6,0
CARDIOPATIA ISQUEMICA CRCA.	0,0	0,1	0,3	0,4	1,2	3,8	4,3
DESORDENES LIPIDICOS	0,0	0,0	0,3	1,0	2,3	4,0	3,1
OSTEOARTRITIS DE COLUMNA	0,0	0,2	0,2	1,7	3,3	3,5	2,0
ENFISEMA/EPOC	0,0	0,2	0,1	0,7	1,1	2,0	4,2
DEPRESION (*)	0,9	0,3	1,3	2,7	1,8	2,4	1,6
TOTAL	0,9	2,7	4,7	14,9	31,8	50,6	60,1

(*) $p < 0,05$ entre el grupo de 35 a 44 años y el resto.

TABLA 116

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN LA ENFERMEDAD
CRONICA DE QUE SON PORTADORES Y EL NIVEL ESCOLAR. (%)**

ENFERMEDAD CRONICA	NIVEL ESCOLAR					
	ANALF.	LEE Y ESCR.	EST. PRIM.	BACH.	EST. MEDIOS	EST. SUPER.
OSTEOARTRITIS Y AFINES	17,1	14,6	9,3	3,5	3,3	1,4
H.T.A. NO COMPLICADA	11,0	12,4	8,4	3,9	4,0	6,0
DIABETES MELLITUS (*)	8,4	5,6	3,5	1,9	1,8	1,8
ARTERIOES- CLEROSIS	5,4	2,8	2,1	1,3	1,5	2,8
CARDIOPATIA ISQUEMICA CRCA.	0,9	2,7	2,7	1,6	1,5	1,4
DESORDENES LIPIDICOS (+)	2,8	2,7	2,2	1,5	0,6	1,8
OSTEOARTRITIS DE COLUMNA	2,6	2,3	3,3	1,2	1,3	0,6
ENFISEMA/EPOC (♥)	4,0	2,6	1,8	1,0	0,0	0,4
DEPRESION	2,8	2,0	2,0	1,1	3,0	1,8
TOTAL	55,3	48,0	35,7	17,5	17,3	18,4

(*) $p < 0,01$ entre todos los niveles escolares.

(+) $p < 0,01$ entre los tres niveles inferiores y los tres superiores.

(♥) $p < 0,01$ entre todos los niveles de instrucción.

niveles escolares para la "Diabetes mellitus", y entre los tres niveles superiores y los tres inferiores para "Desórdenes lipídicos" resultan en ambos casos significativos con unos valores de X^2 de 58,80 y de 29,87 respectivamente.

Hay que señalar que la "Osteoartritis de columna" aparece más frecuentemente entre los usuarios con nivel de estudios primarios, la "Depresión" entre los de nivel de estudios medios, y el "Enfisema/EPOC", además, aparece como con significación estadística el hecho de las diferencias en su presencia de aparición entre los diferentes niveles escolares (X^2 de 29,87), en el sentido de ser una patología más frecuente en la medida que descendemos en la escala ordinal del nivel de instrucción. Los usuarios con niveles más bajos presentan, también con mayor frecuencia diagnósticos previos de "Hipertensión arterial no complicada" y "Arterioesclerosis".

Relacionando la variable presencia de enfermedad crónica según la situación laboral o la profesión (tabla 117) se observa que la "Osteoartritis y afines" y la "Hipertensión arterial no complicada" son las dos patologías crónicas más frecuentes en todas las profesiones, como ya se vió, y que, además son especialmente comunes entre los inactivos de la muestra y las amas de casa. Destaca la frecuencia de "Enfisema/EPOC" entre el grupo de parados, de magnitud similar a al que presenta el grupo de inactivos.

Según el tipo de centro asistencial (tabla 118) apreciamos que son los EAP los que con más frecuencia atienden a enfermos que son portadores de las patologías revisadas (enfermedades crónicas), a excepción de la "Osteoartritis y afines" (más frecuente en la consulta de APD), la "Arterioesclerosis" y la "Cardiopatía isquémica" (más frecuente en los ambulatorios/consultorios). Se analizan, a la vista de la distribución que estamos comentando, las diferencias en frecuencia de presentación de "Desórdenes lipídicos" entre los EAP y los otros dos tipos de centro. Sin embargo dichas diferencias no alcanzan el margen de seguridad mínimo para la significación estadística.

En función de la zona geográfica en la que residen los encuestados (tabla 119) la frecuencia de los que son portadores de patologías crónicas aparece menor en la zona intermedia que en los pueblos y en la capital, lo cual podría explicarse fácilmente debido a la mayor juventud que se desprende de la estructura de edades de la población de esa zona.

Llama la atención el hecho de que los usuarios que más frecuentemente presentan "Depresión" son los que residen en los pueblos. A pesar de ello no alcanzan las diferencias suficiente margen de significación.

Al analizar, en fin, la presencia de portadores de enfermedades crónicas por áreas del estudio (tabla 120) observamos que el área 9 es la que menor proporción de usuarios con estos problemas presenta. Exceptuando el porcentaje de

TABLA 117

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN LA ENFERMEDAD
CRONICA DE QUE SON PORTADORES
Y LA PROFESION/SITUACION LABORAL. (%)**

<u>ENFERMEDAD CRONICA</u>	<u>PROFESION/SITUACION LABORAL</u>				
	<u>AGRIC.</u>	<u>INDUST.</u>	<u>SERVIC.</u>	<u>INACT.</u>	<u>ESTUD.</u>
OSTEOARTRITIS Y AFINES	6,4	4,1	5,6	14,2	0,1
H.T.A. NO COMPLICADA	9,6	5,2	4,4	13,4	0,1
DIABETES MELLITUS	0,0	3,1	2,0	6,4	0,1
ARTERIO- ESCLEROSIS	3,2	1,0	0,6	4,2	0,1
CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA	3,2	1,0	0,6	4,2	0,0
DESORDENES LIPIDICOS	3,2	2,1	1,2	2,9	0,0
OSTEOARTRITIS DE COLUMNA	3,2	1,4	1,6	2,1	0,0
ENFISEMA/EPOC	3,2	0,7	1,0	5,2	0,0
DEPRESION	0,0	1,0	1,9	1,6	0,0
TOTAL	33,2	20,2	20,6	55,2	0,7

.../...

TABLA 117 (Continuación)

ENFERMEDAD CRONICA	PROFESION/SITUACION LABORAL			
	LABORES DOMESTICAS	PARO	CONSTR.	NS/NC
OSTEOARTRITIS Y AFINES	12,4	2,0	7,3	2,3
H.T.A. NO COMPLICADA	11,0	3,0	2,6	6,2
DIABETES MELLITUS	4,6	1,0	2,0	2,3
ARTERIO- ESCLEROSIS	2,0	0,0	3,3	2,3
CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA	1,5	2,0	2,0	0,8
DESORDENES LIPIDICOS	3,0	1,0	0,0	0,0
OSTEOARTRITIS DE COLUMNA	2,7	2,0	2,0	0,8
ENFISEMA/EPOC	0,7	5,1	1,9	2,4
DEPRESION	2,3	0,0	0,6	0,9
TOTAL	40,5	16,4	22,0	19,3

TABLA 118

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN ENFERMEDAD
CRONICA DE QUE SON PORTADORES Y TIPO DE CENTRO
ASISTENCIAL. (%)**

<u>ENFERMEDAD CRONICA</u>	<u>AMBULT/ CONSULT.</u>	<u>EAP</u>	<u>CONSUL. APD</u>
OSTEOARTRITIS Y AFINES	9,3	6,9	10,6
H.T.A. NO COMPLICADA	8,6	9,0	5,8
DIABETES MELLITUS	3,8	4,0	3,7
ARTERIOESCLEROSIS	2,4	0,2	1,3
CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA	2,3	1,0	1,3
DESORDENES LIPIDICOS (*)	1,7	2,1	1,2
OSTEOARTRITIS DE COLUMNA	2,0	6,9	1,8
ENFISEMA Y EPOC	1,8	2,4	2,2
DEPRESION	1,6	3,8	3,1
TOTAL	33,7	36,8	31,5

(*) N.S. entre EAP y resto de centros.

TABLA 119

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN LA ENFERMEDAD
CRONICA DE QUE SON PORTADORES Y LA ZONA GEOGRAFICA. (3)**

<u>ENFERMEDAD CRONICA</u>	<u>MADRID CAPITAL</u>	<u>ZONA INTERMEDIA</u>	<u>PUEBLOS</u>
OSTEOARTRITIS Y AFINES	10,0	7,3	10,3
H.T.A. NO COMPLICADA	9,1	7,3	5,7
DIABETES MELLITUS	3,8	3,7	3,4
ARTERIOESCLEROSIS	6,7	1,1	2,5
CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA	2,6	1,5	1,5
DESORDENES LIPIDICOS	2,4	1,6	1,1
OSTEOARTRITIS DE COLUMNA	2,2	1,4	1,8
ENFISEMA Y EPOC	1,8	1,9	2,1
DEPRESION (*)	1,7	1,5	3,0
TOTAL	40,7	27,9	31,8

(*) N.S. entre pueblos y el resto.

TABLA 120

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE LA MUESTRA SEGUN LA ENFERMEDAD
CRONICA DE QUE SON PORTADORES Y EL AREA DE ESTUDIO. (%)**

<u>ENFERMEDAD CRONICA</u>	<u>AREA 6</u>	<u>AREA 9</u>	<u>CAM</u>
OSTEOARTRITIS Y AFINES	13,0	6,2	9,2
H.T.A. NO COMPLICADA	8,3	5,7	8,4
DIABETES MELLITUS	3,5	3,0	3,7
ARTERIOESCLEROSIS	2,5	1,3	2,3
CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA	3,6	0,9	2,2
DESORDENES LIPIDICOS (*)	6,8	2,0	2,1
OSTEOARTRITIS DE COLUMNA	2,2	2,0	2,0
ENFISEMA Y EPOC	2,1	2,0	2,0
DEPRESION	1,3	1,1	1,7
TOTAL	43,6	24,5	33,7

(*) $p < 0,01$ entre ambas áreas.

presentación de usuarios con "Desórdenes lipídicos", el área que más se asemeja en su distribución para esta variable con el global de la CAM es el área 6. Diremos además que las diferencias halladas en la frecuencia de usuarios con este problema crónico entre ambas áreas son significativas con una X^2 de 24,8, en el sentido de ser más frecuente entre los usuarios del área 6.

4.5.- ALGUNAS CONSIDERACIONES RESPECTO A LA ESTIMACION DE VALORES DE LA MUESTRA SOBRE LA POBLACION DE LA QUE PROCEDE.

Habida cuenta de la ingente cantidad de datos obtenidos en los diferentes cruces de distribuciones factor determinante/variable de uso o morbilidad, la estimación de parámetros cuantitativos o cualitativos en intervalos de confianza para la población de la que procede la muestra hubiera resultado tediosa y, las más de las veces inoperante. Se optó por escoger al azar de algunas tablas algunos valores y calcular su intervalo de confianza y su error de estimación aplicando el desarrollo de la ecuación del error estándar (Sm) tanto para variables cuantitativas como cualitativas.

Para variables cuantitativas:

$$S_m = \sigma / \sqrt{(n-1)}$$

Para variables cualitativas:

$$S_p = \sqrt{[p (1-p)/n]}$$

Los estimados, por tanto, se darán en sus intervalos con una $p < 0,05$, aplicando a la media o a la proporción puntual de la muestra un valor ± 2 el Sm o el Sp.

El error relativo que presente el intervalo sobre su media o su proporción se calculará por la fórmula

$$ER = 2 S_m / \text{media (para variables cuantitativas) y}$$

$$ER = 2 S_p / \text{proporción (para las cualitativas).}$$

Una vez dicho esto se exponen a continuación algunos intervalos de confianza para un error de $p < 0,05$ estimando, al azar, algunos datos muestrales del estudio.

SEXO/MOTIVO DE CONSULTA.

Para mujeres/partes de alta y baja:

$$2,3\% \pm 0,4\% \text{ (ER de } 0,17)$$

CENTRO ASISTENCIAL/MOTIVO DE CONSULTA

Para EAP/actividades preventivas:

4,5% ± 2,4% (ER de 0,53)

EDAD/FRECUENTACION

Para grupo de edad 54 años/promedio de frecuentación

2,4 ± 0,2 (er DE 0,08)

NIVEL ESCOLAR/DERIVACION

Para bachillerato/laboratorio

13,8% ± 1,7% (ER de 0,12)

EDAD/SATISFACCION CON LA ASISTENCIA

Para grupo de edad de 25 a 34 años/insatisfechos

24,3% ± 2,8% (ER de 0,11)

ZONA GEOGRAFICA/TIPO DE PRESCRIPCION

Para zona intermedia/continuación del tratamiento

32,2% ± 1,9% (ER de 0,05)

SEXO/PROBLEMA PRINCIPAL

Para varones/Infección respiratoria aguda

10,0% ± 1,0% (ER de 0,1)

EDAD/PROBLEMA PRINCIPAL

Para mayores de 65 años/Osteoartritis y afines

3,6% ± 0,6% (ER de 0,16)

SITUACION LABORAL/PROBLEMA PRINCIPAL

Para ama de casa/prescripción sin examen

15,5% ± 1,3% (ER de 0,08)

AREA/PROBLEMA PRINCIPAL

Para CAM/Hipertensión arterial no complicada

5,8% ± 0,4% (ER de 0,08)

Quede, en fin, constancia aquí de la precisión con la que se trabaja para los valores de la muestra en su inferencia en intervalos de confianza sobre la población de la que procede. Si se asume que las precisiones ideales deben ser aquellas que arrojan un Error Relativo menor de 0,1 comprenderemos que una gran proporción de datos de la muestra resultan bastante precisos en su estimación en intervalos. Como se observa la precisión se hace más precaria en la medida en que los valores de n para la distribución de datos que manejemos se hace más pequeña. Sirva esta reflexión para la más correcta interpretación de la validez estimativa de los datos muestrales

Se invita, también, al lector interesado al cálculo de las precisiones de cada dato que pueda interesar aplicando las ecuaciones referidas.

5.-DISCUSION GENERAL

Sería difícil articular una secuencia lógica en el análisis de los resultados sin considerar el esquema de interrelación entre los llamados factores condicionantes o determinantes y los rasgos generales encontrados en la utilización de los servicios de atención primaria y en las características, también generales, de la morbilidad demandada; así como, y en la medida de lo posible las relaciones de dependencia que se puedan inferir entre estos dos fenómenos (Anexo II).

No sería fácil tampoco desarrollar este análisis extrayéndolo de los ámbitos donde naturalmente suceden los acontecimientos (ámbitos éstos unas veces político-administrativos, otras puramente geográficos y otras, en fin, delimitados por las características de la regionalización del servicio de salud).

Quedaría incompleto, por último, el estudio si no se hiciese el esfuerzo continuo de valorar el sentido que pueda encontrarse entre las variaciones de los fenómenos en cada ámbito y las que conocemos existen en esos mismos ámbitos para los factores que hemos denominado como determinantes del uso.

Sentadas, por tanto, estas premisas parece conveniente presentar antes de abordar las características de los fenómenos en cada zona (la CAM; las zonas socio-geográficas de la CAM; y las dos áreas estudiadas) una brevísima síntesis general de sus situaciones demográficas, socio-económicas y de la oferta de los servicios de atención primaria, como factores condicionantes de la propia morbilidad demandada y de la utilización de servicios tal y como los hemos definido.

La CAM experimentó desde los años sesenta un incremento de población sin precedentes debido sobre todo a los procesos migratorios, si bien y de acuerdo con los datos del Padrón Municipal de Habitantes de 1986, parece haberse alcanzado la asíntota de la curva y ha comenzado a decrecer la población. Es decir la CAM, al igual que el Estado, tiende al estacionamiento poblacional en la medida que el crecimiento ahora depende básicamente de las tasas de nacimientos y de defunciones y ambas se aproximan rápidamente, fenómeno constatado en Europa hace algunos quinquenios.

La estructura de la población de la CAM y de España es bastante más joven que la de la CEE, y aún más la de la CAM que la del Estado, si bien en los últimos quinquenios se observa una disminución paulatina de los contingentes de jóvenes y un aumento paralelo de los de ancianos. Esta circunstancia requiere de los planificadores una reconsideración de líneas básicas en el sentido de que se debe dejar de planificar para el crecimiento indefinido y prever las futuras necesidades de los grupos cambiantes de población.

Las tasas de actividad son peores en la CAM y en España que en la CEE, y son mayores las de paro en especial en jóvenes

y en mujeres, con las implicaciones que de todo ello se derivan para la salud y el bienestar individual y social de la población. La CAM, además, es una comunidad preferentemente de servicios y es en este sector donde se concentra la mayor proporción de la actividad de la población. Las transformaciones que se avecinan estarán muy relacionadas con el proceso de crecimiento del sector servicios. Esto implica, sin duda, unos cambios de modos y estilos de vida que repercutirán sobre la salud física y mental de los individuos, así como sobre su estado de bienestar general.

La CEE registra de manera consolidada en el tiempo unos niveles bajos de fecundidad. Este fenómeno, sin duda, está en relación con las pautas cambiantes en sexualidad, la extensión de los métodos anticonceptivos, los roles sociales distintos que ha ido adquiriendo la mujer, el menor número de hijos deseados y las actitudes nuevas frente a la familia y la procreación. En este mismo sentido la CAM registra en los últimos quinquenios una caída brusca en sus tasas de natalidad y en sus niveles generales de fecundidad, de tal manera que a finales de 1980 alcanzó el umbral mínimo de reemplazo generacional.

La CAM presenta también unos indicadores muy favorables en Esperanza de vida al nacer y en Tasas de mortalidad infantil, mejores que los del conjunto del Estado y la CEE. Así mismo la Tasa bruta de mortalidad es en la CAM especialmente buena debido sin duda a su estructura joven de población.

Para otros indicadores de calidad de vida la CAM registra mejores cifras que las de España aunque sin alcanzar por completo el listón de los países más avanzados de Europa. La CAM se sitúa en el primer lugar entre todas las comunidades autónomas del Estado en nivel de vida, renta y desarrollo.

Dentro de la estructura general del gasto público en salud del Estado llama la atención el pequeño montante que se dedica a capítulos tan importantes dentro de la concepción del nuevo modelo sanitario como la docencia e investigación y las actividades generales de Medicina preventiva. Por inversiones del gasto la preferencia clara es el sector hospitalario a pesar de que la implantación del nuevo modelo necesita un reforzamiento enérgico y contundente del primer nivel de asistencia y una política consecuente de inversiones. La problemática concreta de la duplicidad de redes asistenciales públicas y el hecho de que la cobertura asistencial en el año 1987 aún no fuera universal no merece más comentarios, y la necesidad de cumplir el mandato legislativo en estos aspectos se hacía apremiante.

La dotación de médicos y personal de enfermería por habitantes considerada en sentido global aparece como más favorable en la CAM que en el conjunto del país señalándose además que la situación concreta de España, considerada en datos de 1980 para el indicador médicos por habitante era de las mejores de Europa, tan solo superada por Bélgica y Suiza (Mansilla, P.P., 1986).

El indicador "beneficiarios por cada cartilla de

asistencia", que puede dar una idea bastante aproximada del concepto de "dependencia" es mayor en el Estado que en la CAM para cartillas de trabajador, y aún mayor para las de pensionista, arrojando la idea de una mayor dependencia en el Estado que en Madrid. Esta apreciación queda corroborada con los datos de estructura por edades.

Sabido es el hecho de que la población usuaria habitual de los servicios sanitarios, considerada globalmente, no es una muestra representativa de la población general de la que procede, sino más bien una submuestra de la misma. La selección de esa submuestra la efectúan las diversas características de las poblaciones que condicionan el uso y que hemos denominado factores determinantes. Entre ellos, sin duda, la morbilidad es el más condicionante. Como se sabe los individuos enferman de manera diferencial en función de otros muchos determinantes.

En principio, si desdeñamos la parte condicionante de los otros factores, el reconocimiento del grupo de población más usuario de los servicios de atención primaria nos lleva a identificar al grupo más afectado por procesos mórbidos. Esto se podrá comprobar al analizar el comportamiento de los usuarios en función de la morbilidad sentida. Mientras se observará en qué medida la muestra de usuarios de la CAM difiere en sus características de la población general, es decir, lo que hemos venido en llamar "tipología del usuario".

En multitud de estudios y trabajos sobre el tema se constata el hecho de que las mujeres son mayores consumidoras de cuidados médicos que los hombres (Pineault R. y Daveluy C., 1987; De la Revilla L. y cols, 1987; García Boró S., 1988; Martín Zurro A., 1987). Efectivamente, en el presente estudio se encuentra el mismo hallazgo. Sin embargo, y ésto es importante resaltarlo, la comparación de los porcentajes por sexo en la muestra con la distribución por sexos en la población general, a pesar de lo llamativo de las diferencias, no es significativa para la prueba de asociación estadística. De la Revilla L. y cols., en Granada, en 1987, observa el mismo fenómeno que el señalado aquí: la variable sexo no alcanza significación en el análisis del uso de servicios.

Por edades diversos trabajos insisten en señalar el mayor uso de servicios en función del incremento de la edad (Tejeiro A., 1983; De la Revilla y cols., 1987; Recio Barbier M. 1988; Mateos Sancho C., 1988; García Boró, 1988). Este mismo hallazgo se constata aquí: a medida que se avanza en la escala ordinal de los grupos de edad se observa mayor proporción de usuarios en las consultas. En este sentido cabe comentar que el grupo de edad de 35 a 44 años es el que observa una representación proporcional equivalente en la consulta y entre la población general. El hecho de que los individuos más jóvenes estén menos representados en las consultas que en el global de la población, y que los individuos mayores de 44 años lo estén más es significativo para el cálculo estadístico. De la Revilla L. y colaboradores (Granada, 1987) observa las mismas diferencias en su trabajo.

Se aprecia, eso sí, que los usuarios de los EAP son más jóvenes en general que los de otros tipos de centro.

Por nivel de instrucción se aprecia que los individuos menos instruidos hacen más uso de la consulta que los más favorecidos educacionalmente. En concreto el hecho de que el porcentaje de analfabetos en las consultas sea ostensiblemente mayor que el que se haya entre la población general es significativo para el cálculo estadístico. Pineault R. y Daveluy C. (1987) señalan como justificativo de este fenómeno el hecho de que a menor nivel de instrucción son más frecuentes los problemas de salud. En España se han señalado los mismos hallazgos (De la Revilla y cols.; 1987). Es justo señalar aquí que los ancianos, que son los mayores usuarios, son los que peor nivel de instrucción poseen entre la población general del Estado.

Encontramos además que por tipo de centro es la consulta rural donde se concentran los mayores porcentajes de analfabetos. Esto responde efectivamente a la circunstancia de ser las zonas rurales, históricamente, las de peor nivel educativo.

Por profesiones o situación laboral son las amas de casa las máyores usuarias, encontrándose también un elevado porcentaje de jubilados, exactamente los mismos hallazgos que comentan De la Revilla y cols en 1987. En nuestra muestra el resto de las profesiones o situaciones laborales están menos representadas en la consulta que en la población general de la CAM; por sectores de la actividad el más representado en la consulta es el de los servicios, precisamente el sector mayoritario en la Comunidad de Madrid.

En fin, el usuario-tipo que encontramos en la CAM sería una mujer, mayor de 45 años, con nivel de instrucción bajo y ama de casa o jubilado. Es este un tipo de usuario bastante representativo de la realidad sanitaria española según encuentran otros autores (García Boró S., 1988).

La variable "adscripción a otro tipo de asistencia distinta a la que ofrece el INSALUD" puede acercarnos a algún tipo de concepto de calidad de la asistencia desde el punto de vista del usuario, y en este sentido debería mostrar un paralelismo en su distribución entre los consultantes al de la opinión sobre "satisfacción con la asistencia recibida" y, de alguna manera, a la "opinión sobre la mejora de la asistencia". Hay que señalar que, a diferencia de estas dos últimas variables, la primera podría venir interferida no solo por la opinión del usuario sino también por su nivel económico, ya que las "otras asistencias" requieren pagos a entidades privadas en muchos casos. Ruiz de Castroviejo A. y colaboradores (1985) han estudiado esta variable en Madrid y encuentran, sin embargo, que la elevada utilización mixta (pública/privada) de los servicios de primer nivel asistencial no presenta diferencias respecto al nivel adquisitivo del usuario y se asocia en muchos casos a la

búsqueda de prestaciones farmacéuticas por parte del INSALUD (intentar que la receta extendida por el médico de asistencia privada sea transcrita por el médico del servicio público, y de esta manera no desembolsar todo el precio del medicamento). Este autor, encuentra, además, que la masificación de las consultas públicas, es la justificación fundamental de la utilización de servicios privados.

En este trabajo encontramos una proporción de usuarios con adscripción mixta pública/privada algo inferior a la encontrada por el autor señalado. Observamos una preferencia por este tipo de combinación en las edades de 25 a 44 años, sin relación clara por sexos. La satisfacción con la asistencia se distribuye entre las edades de los encuestados de la misma manera: así, hallamos mejores niveles de satisfacción en los grupos de edades más avanzados. En concreto, que a partir de los 45 años los usuarios se muestran más satisfechos con la asistencia es significativo respecto al menor nivel de satisfacción que señalan los individuos menores de esa edad.

Hallamos una clara tendencia respecto al nivel de instrucción del entrevistado y la adscripción a redes privadas: así, a mayor nivel de instrucción mayor porcentaje de afiliación a entidades de asistencia privada; estas diferencias por nivel de estudios gozan de significación estadística. La misma tendencia hallamos en el grado de insatisfacción con la asistencia y son también significativas: a mayores grados de instrucción mayores grados de insatisfacción. Las mayores cotas de insatisfacción aparecen en los tres niveles de estudios superiores, si bien la satisfacción no muestra una tendencia tan nítida entre todos los grados de instrucción como la insatisfacción.

Destacamos también que la opinión de que la asistencia está empeorando crece a medida que lo hace el nivel de estudios (escapando de esta tendencia el nivel superior), aunque las diferencias aquí no alcanzan el rango mínimo de significación.

Por profesiones se observan mayores porcentajes de adscripción a servicios privados entre los trabajadores del sector servicios y los menores entre los agricultores. Hasta aquí se puede decir que como es lógico, el hecho de pertenecer a un seguro privado de asistencia está en relación directa con el grado de insatisfacción con la asistencia recibida en el sector público; y que esta percepción de la calidad de los servicios distingue niveles de exigencia entre los usuarios, siendo los más exigentes con el servicio los individuos jóvenes y los que mayor nivel de instrucción poseen.

Se puede incluso percibir una cierta discordancia con lo señalado por Ruiz de Castroviejo y colaboradores (1985) en el estudio ya reseñado y lo que aquí encontramos. Por las características de nuestro estudio no se pueden distinguir a los usuarios por nivel de renta, sin embargo será bastante cierto que, en líneas generales, los individuos que mayor nivel de estudios poseen serán los que mejor posición social ostentan y

los que mayores ingresos perciban. Si esto es así encontraríamos, a diferencia de lo que se afirma en ese trabajo, mayores afiliaciones a redes asistenciales privadas entre los individuos de mayor poder adquisitivo. Efectivamente éste es el hallazgo de este estudio (gráfico 15).

Si observamos, aunque sin una tendencia clara, mayor satisfacción entre los usuarios que asisten a consultas con menor promedio de pacientes y mayor insatisfacción en la situación inversa. Resulta, además, estadísticamente significativo que a medida que se incrementa el promedio de usuarios por cada consulta éstos opinan en mayor proporción que la asistencia está empeorando.

Es interesante aquí, y sin perder de vista el sentido de calidad asistencial que se está confiriendo a la opinión del usuario sobre la asistencia (Vuori H.V.; 1988) y su grado de adscripción a redes privadas, analizar estas variables por tipo de centro asistencial:

es significativo para el análisis estadístico que en los EAP exista menor porcentaje de usuarios con otro tipo de asistencia que en los otros centros; que en los EAP los pacientes opinen que está mejorando la asistencia en mayor proporción que en los centros tradicionales; y todo esto en relación con que es más frecuente la masificación de las consultas en los ambulatorios/consultorios y en las consultas de APD (también significativamente) que en los EAP. Los niveles de insatisfacción son menores en los EAP que en el resto si bien las diferencias en este sentido no gozan de rango estadístico (gráfico 16).

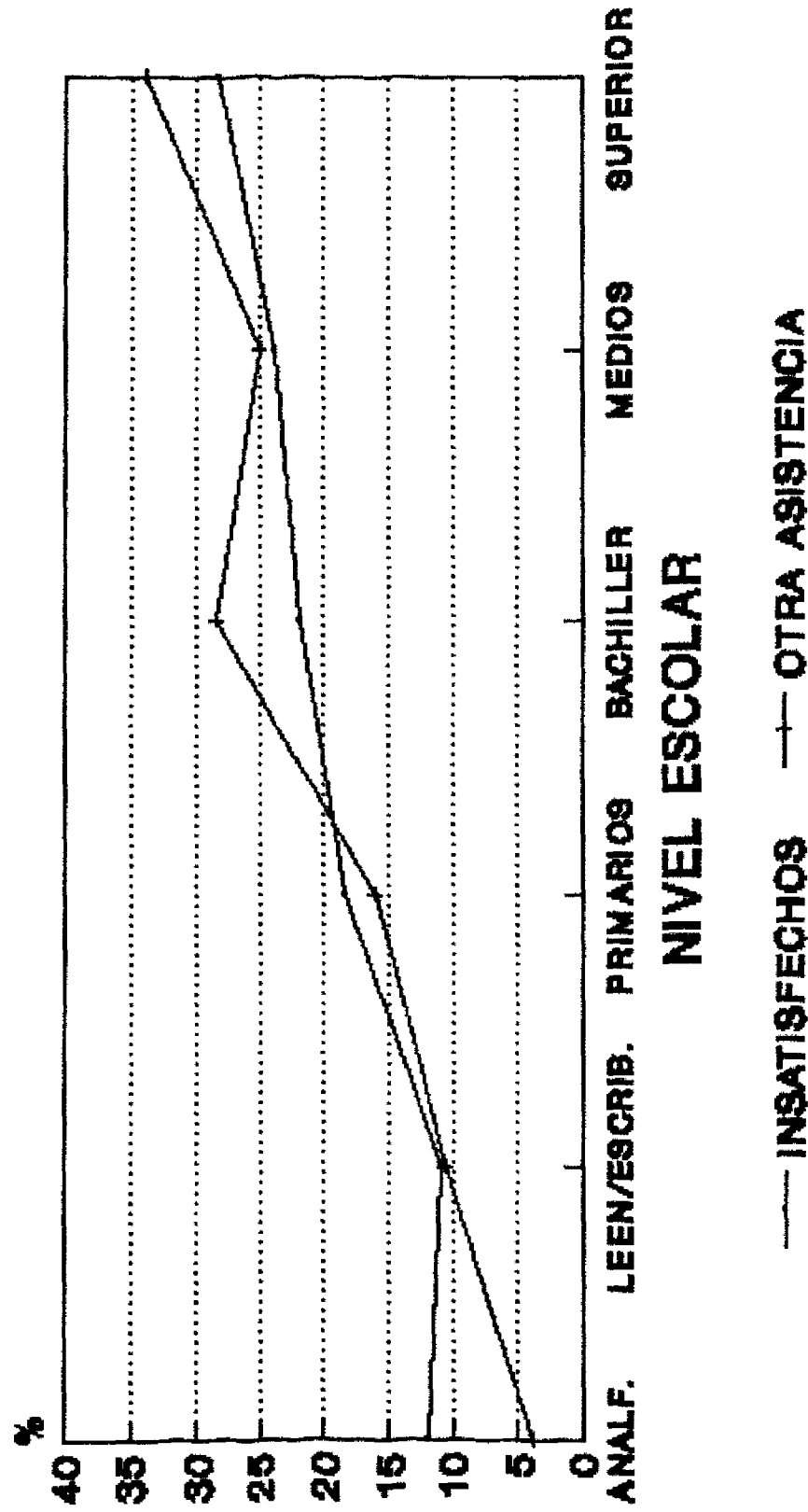
Apuntamos pues aquí una mejor opinión de los usuarios sobre el funcionamiento de los nuevos centros asistenciales, si bien en lo que hasta ahora hemos analizado la relación se hace evidente con las características de la organización de los centros (usuarios por consulta).

Habría que añadir, además, que esta mejor opinión entre los usuarios de los EAP se logra a pesar de que, como se ha dicho, la población que a ellos asiste es más joven que en otros centros y, por lo tanto, más exigente según lo apreciado. Mateos Sancho C. (1988) encuentra, así mismo, un elevado grado de satisfacción entre los usuarios de un Centro de Salud y apunta que un 60% de ellos se considera mejor atendido que en el ambulatorio cercano. En cualquier caso difiere nuestro estudio de otros que no encuentran diferencias en el grado de satisfacción de los usuarios en función de características de los mismos (edad, sexo, nivel educativo) (Editorial At. Prim.; 1985 :61).

El gran volumen de patología crónica que se atiende en las consultas de Medicina general es posible deducirlo, aunque indirectamente del dato de que dos terceras partes de ella son revisiones o consultas sucesivas por un mismo problema. Se comentó ya que para algunos autores (Pineault R. y Daveluy C.; 1987) este indicador orientaba más sobre la influencia del médico en los hábitos de utilización que sobre otros aspectos, de la

GRAFICO 15

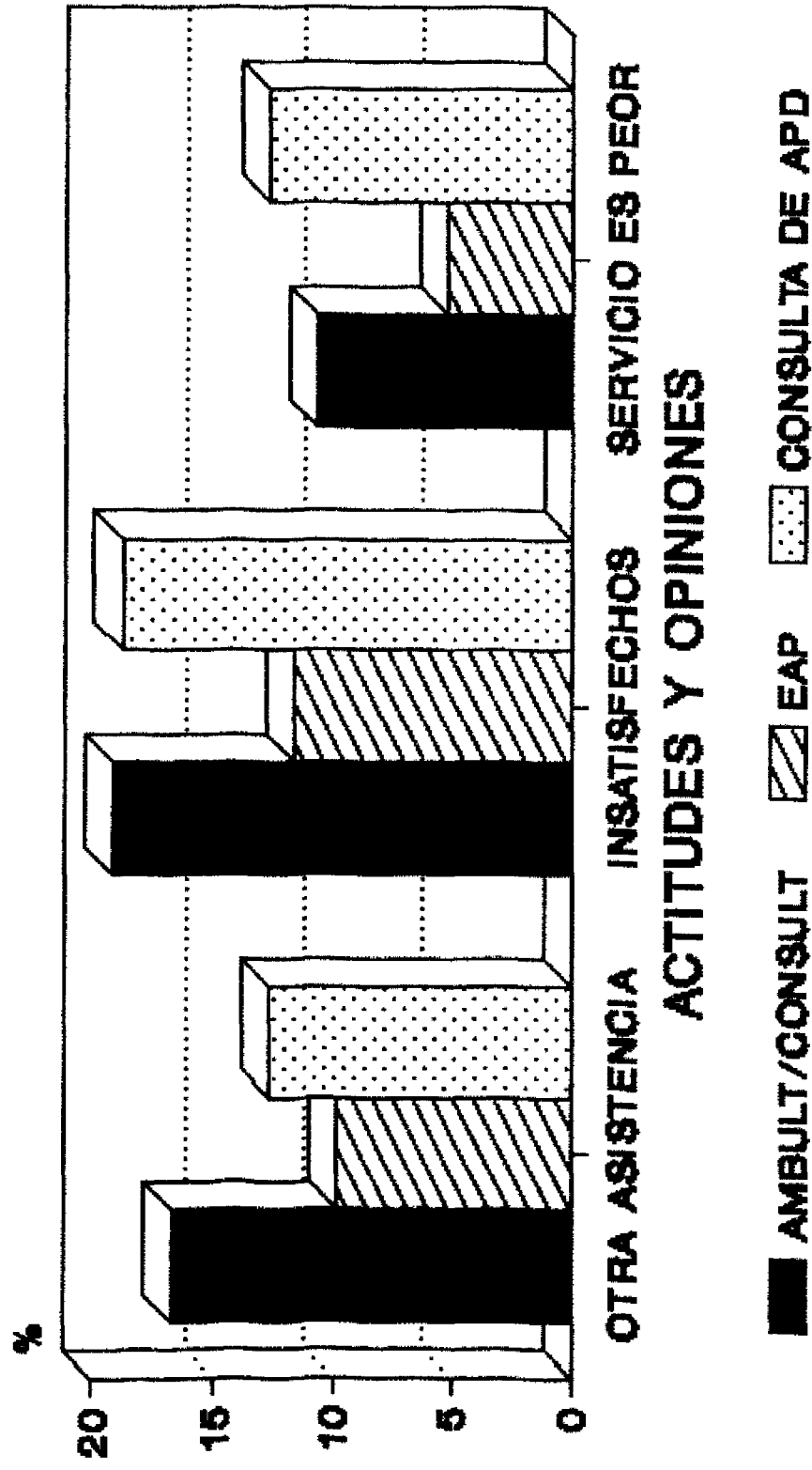
USUARIOS INSATISFECHOS Y CON OTRO TIPO DE ASISTENCIA, SEGUN NIVEL ESCOLAR



Fuente: tabla 94

GRAFICO 16

PROPORCION DE USUARIOS SEGUN OPINIONES Y ACTITUDES POR TIPO DE CENTRO



Fuentes: tablas 97 y 102

misma forma que la primera visita daba idea de los efectos del usuario sobre el fenómeno. Es necesario señalar aquí, y considerando que gran parte de estas reconsultas seguramente no surgirán de citas que hace el profesional sino más bien de la necesidad sentida por el paciente, que en esta variable los aspectos cualitativos de la morbilidad pesan sobremanera.

Para las consultas que se hacen al nivel de especialidades observamos también el peso de las características de la morbilidad o del tipo concreto de asistencia que cada especialidad debe brindar a la hora de evaluar esa misma variable.

Además, al analizar el indicador "consultas por médico y día" en esas consultas apreciamos gran nivel de autonomía en las mismas respecto al volumen de casos derivados de Medicina general, sin perder de vista el hecho de la interferencia que la desigual distribución de recursos humanos puede estar introduciendo en la comparabilidad de dicho indicador. Así, por ejemplo se apunta en algunos estudios (Delgado A.; 1988) el gran volumen de derivaciones que surgen de las consultas de Medicina general hacia las de Oftalmología, y en nuestro estudio vemos que ésta no presenta el grado de masificación de otras que deberían recibir menos derivaciones (Dermatología, Traumatología, Endocrinología).

El indicador "consultas por médico al día" nos aproxima de una manera bastante certera a la oferta de los servicios de primer nivel y a las características de la calidad de la atención que dependen de la oferta. En la literatura especializada se ofrecen datos que orientan sobre la extraordinaria variabilidad del indicador, es decir, sobre los desequilibrios en la oferta. Desde los nueve enfermos por médico y día que encuentra Lombardero Rico E. (1985) en zona rural hasta los sesenta y cuatro que presentan Almenar Roig F. y colaboradores (1986) en una zona industrial de Valencia, aparece una extensa gama de datos.

En la CAM, con una media de cuarenta enfermos por médico y día en Medicina general, nos encontramos en una situación intermedia aunque, a nuestro juicio, desfavorable. Ello significa, como se ha dicho, un promedio de tres minutos por paciente. Este dato dista mucho del considerado como ideal por los usuarios (once minutos según Ruiz de Castroviejo A. y colaboradores; 1985), pero es ostensiblemente superior al que encontraban Bravo y colaboradores (1979) para las consultas de Medicina general del INSALUD: un minuto y medio.

A pesar de que este indicador era muy similar en nuestro estudio para las consultas de Medicina general y Pediatría en los consultorios tradicionales y en los EAP, se apreciaba mayor intensidad de uso (tanto por cartilla como por persona protegida) en estos últimos. Ello traduce una mejor disposición de la oferta médico por persona protegida en los EAP, y la intención de la administración de situar en estos centros unas condiciones de trabajo más racionales que, sin embargo, se ven contestadas con un mayor consumo de servicios por parte de la población adscrita.

La intensidad de uso (por cartilla o por persona) aparece muy dependiente del medio geográfico: así en área rural algunos autores presentan 280 consultas por mil cartillas al mes (Jimenez Rubio D.; 1988) frente a las 718 que hallamos en Madrid. También aparece muy dependiente de las características de los usuarios: Almenar Roig F. y colaboradores (1986) en su muestra hallan intensidades de uso cuatro veces superiores entre población anciana que entre el global de su población. La intensidad, por último, se halla también, como ya se comentó, muy determinada por la disposición de recursos humanos.

Dos indicadores que acercan bastante claramente a la influencia que sobre la utilización ejercen los usuarios, sin perder de vista que el fenómeno en sí surge de la interacción conjunta de muchos factores, son los motivos de consulta, éstos es, la intención de uso que tienen los individuos cuando acuden a la consulta, y la frecuentación, es decir el número de veces que de media mensual acude un usuario a la consulta. No se observan en nuestra muestra importantes diferencias en la distribución por sexo según esas variables. No ocurre lo mismo por edades: las diferencias se hacen significativas para el cálculo estadístico en el sentido de que a medida que avanza la edad se incrementa el porcentaje de consultas por recetas y desciende el de por enfermedad. Las tendencias por grupos de edad son claras según se apreció. La influencia que sobre este hecho tiene el que a medida que avanza la edad aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas no merece más comentarios, si no es el de reseñar que Martín Zurro (1987) encuentra los mismos hallazgos.

La frecuentación también aumenta por grupos de edad de manera nítida.

Por niveles de instrucción se aprecia que se incrementan los porcentajes de consultas por enfermedad hasta los niveles secundarios de enseñanza para, desde ahí, comenzar a decrecer en medios y superiores. Esta situación es exactamente inversa en la apreciación de la categoría "recetas".

Se habrá de ser cauto a la hora de valorar la actitud del usuario frente a la exigencia de prescripción. Indudablemente las características y la severidad de la morbilidad que le hace consultar tiene un peso decisivo. Pero, en principio, no parece descabellado pensar que la actitud del paciente que acude a la consulta a solicitar recetas implica un uso menos racional del servicio que el de aquel que lo hace solicitando soluciones para un problema de salud determinado.

Si la patología crónica se distribuyera equilibradamente según el nivel de estudios de los usuarios lo observado nos indicaría un uso menos racional de la consulta por parte de los usuarios que se sitúan en los extremos de la escala de instrucción: los de estudios mínimos y analfabetos, y los de estudios superiores. La primera situación podría venir justificada por un menor nivel de educación sanitaria propia de

unos niveles generales de educación escasa, pero la segunda situación ofrecería la conclusión de un posible deliberado mal uso del servicio que se brinda.

Si, por el contrario, y según apunta algún trabajo al respecto (Pineault R. y Daveluy C.; 1987), los individuos poco instruidos son los que más frecuentemente presentan patologías crónicas (y en éso coinciden nuestros hallazgos como ya se vió), quedará definitivamente claro lo ya comentado del uso poco racional de los servicios por parte de la población que, en función de su educación, debería mostrar un comportamiento más apropiado. Se acaba de señalar que los individuos con bajo nivel de instrucción presentan con mayor frecuencia patologías crónicas y son ellos, también, uno de los grupos que más proporción de prescripciones obtienen en las consultas. Diremos ahora que, como ya se vió, este bajo nivel de instrucción era más frecuente en la población anciana. Evidentemente esta población es la que con mayor frecuencia presenta patologías crónicas. De tal forma que a la hora de evaluar en qué medida pesa el hecho del nivel de instrucción en la prescripción habría que "controlar" la variable edad del usuario como seguro factor de interferencia en este análisis. La manera efectiva de encontrar sentido a lo dicho sería la estratificación de los individuos de la muestra en función de esos factores bien en la fase de diseño del estudio o en la fase de análisis. Dada la naturaleza del presente estudio esta estratificación no ha sido posible debiendo ajustarnos estrictamente a la labor descriptiva y obviando, en este caso y en otros que ya comentaremos, el análisis en sentido causa/efecto.

Continuando con estos comentarios diremos también que según lo visto, la frecuentación mensual de la consulta es mayor entre los usuarios con menor nivel de instrucción (quizás la mayoría de ellos ancianos con enfermedades crónicas).

Por situación laboral se aprecia que aquellos individuos en situación laboral activa consultan preferentemente por enfermedad, mientras que los jubilados lo hacen por recetas. Estas diferencias, como se dijo, son significativas.

Por tipo de centro conviene destacar dos circunstancias: significación estadística para las diferencias encontradas en consultas por recetas, siendo más frecuentes en los centros tradicionales que en los nuevos EAP. El cambio de hábitos que los nuevos centros están imprimiendo en los usuarios hacia mayores grados de racionalidad del uso parece, aquí, evidente.

Respecto a los porcentajes de pacientes que acuden a los centros a realizar actividades de tipo preventivo (morbilidad anticipada) es apreciablemente superior en los EAP que en los centros tradicionales: esta diferencia también es estadística. Esto revela, sin duda, rasgos más favorables en la oferta de los nuevos centros, si bien es justo decir que el peso específico de estas actividades en los nuevos Centros de Salud dista aún mucho del deseable.

Llama la atención el hecho de una relativa menor frecuentación de enfermos en las consultas de EAP que en las otras. Este dato, que parece estar en discordancia con el ya señalado para estos centros de una mayor intensidad de uso, es posible que pueda estar en relación con la mayor juventud de las poblaciones que los Centros de Salud atienden (ya se vió que a menor edad menor frecuentación) o, quizás, sobre un mayor grado de control de los enfermos crónicos que usan el servicio. Evidentemente a mayores grados de control de los enfermos crónicos debe corresponder una menor frecuentación, y las características del trabajo en estos centros, con funcionamiento en ellos de programas para el seguimiento y control de patologías crónicas en consultas programadas, inclinan a una interpretación del fenómeno como la ya expuesta.

Las variables que pasamos a comentar ahora ofrecen información sobre las características de la utilización que muestran gran dependencia de las actitudes de los profesionales sanitarios.

En primer lugar se comentarán las solicitudes de exploraciones complementarias. Resulta llamativo, y además significativo, el hecho de una mayor solicitud de radiografías y de pruebas de laboratorio para los usuarios analfabetos que para los demás. No resulta fácil discernir aquí si sobre este fenómeno puede influir más la mayor frecuencia de consultas por patologías crónicas entre estos usuarios (en general el control y el seguimiento de estas patologías exige el uso de exploraciones complementarias frecuentes) o la presión que estos pacientes puedan ejercer sobre el médico, bajo la impresión que una escasa cultura sanitaria proporciona de una mejor asistencia en función de un mayor consumo de pruebas complementarias.

Resultan más explicables los hallazgos de una menor solicitud de estas pruebas en los consultorios rurales. La menor accesibilidad a los centros de diagnóstico pesa, sin duda, en la actitud de solicitud del médico. Parece evidente aquí que a mejor accesibilidad mayor consumo de estas pruebas.

Es precisamente en estos centros (consultorios rurales) donde se concentra la mayor proporción de usuarios que fueron hospitalizados en el año previo a la realización de la encuesta. Sin duda es aquí también la accesibilidad el factor que más pesa en el profesional sanitario del primer nivel a la hora de remitir un enfermo al nivel hospitalario y del profesional sanitario del hospital a la hora de decidir un ingreso junto a la valoración de los trastornos que una nueva visita al centro supondría para el usuario.

Destacaremos aquí el elevado porcentaje de usuarios que acudieron por propia iniciativa al hospital y luego fueron hospitalizados. Jiménez Rubio (1988) encuentra en su muestra un menor porcentaje de enfermos ingresados entre los que acudieron voluntariamente.

El nivel de prescripción de medicamentos, considerado globalmente, es algo inferior en la CAM que en el conjunto del Estado, a pesar de que el consumo preferente que los pensionistas hacen sea más acusado en la CAM que en España. Así, en Madrid, el gasto en Farmacia por cada pensionista cuesta diez veces más al INSALUD que el gasto por cada trabajador.

Madrid, con sus 10 recetas de media anual por todo tipo de cartilla, se encuentra claramente por debajo de las 11,7 que se prescriben para el Estado.

El consumo de medicamentos que realizan las personas ancianas en nuestro país es extraordinario y sin duda desproporcionado a las características y la severidad de la morbilidad demandada. La escasa o nula actividad de los principios que se prescriben a los usuarios de esas edades, el hábito consumista, la automedicación y la polimedicación son características del fenómeno cuya responsabilidad descansa en el usuario. La complicidad manifiesta en muchas ocasiones por parte del médico, unas veces en función de una inaceptable relación de complacencia y otras como subterfugios para cubrir defectos en la calidad de la asistencia o en su propia preparación agravan el fenómeno y hacen de él un problema de insospechadas dimensiones.

Así los hallazgos que encontramos de la elevada proporción de usuarios a los que se les prescribe algún fármaco en la visita, que esta situación sea más acusada en los grupos de edades más avanzadas, que sea mayor en los jubilados que en las personas activas, y que a medida que avanza la edad las prescripciones se hagan más frecuentemente como continuación de tratamientos resultan significativos en nuestra muestra. García Boró S. (1988) encuentra un porcentaje de consultas con prescripción sensiblemente inferior al aquí encontrado.

El número medio de recetas por visita encontrado resulta bastante abultado y por encima del que encuentran Gené Badía (1984), y Montaner y colaboradores (1986) en sus estudios. Habrá que decir que estos trabajos citados recogen datos de EAP donde, como se vió, los niveles de prescripción son menores.

Así nosotros, al igual que los autores citados y otros como Turabián y colaboradores (1987), Martín Zurro A. (1987) y Bonet (1984), encontramos significativamente un menor hábito prescriptor entre los médicos de los EAP que los de los otros tipos de centro. Esto sin duda pesa mucho en los costes generales de los mismos y la dimensión puede llegar a ser como la que señala el último autor citado que encuentra un costo en Farmacia por cartilla y mes un 50% inferior en su Centro de Salud que en ambulatorio/consultorio.

El número medio de recetas que se dan por cada visita va aumentando a medida que aumenta la edad del usuario (Turabián y cols.; 1985). Nosotros hallamos que de una receta de promedio que se prescribe por visita a los usuarios del grupo de edad de 7 a 14 años, se pasa a las 2,3 que se llevan de media los de 65

y más años. El problema se agrava para el gasto público si constatamos, como hacen Turabián y colaboradores que los fármacos que consumen los ancianos son los más caros, y si recordamos aquí que todo el costo de Farmacia de los pensionistas corre a cargo del organismo público.

En los EAP de nuestro estudio la media de recetas prescritas es de 1,4 por cada visita, coincidiendo con la que señala algún autor para este tipo de centro (Gené Badía, 1984; y Turabián y cols., 1985).

Por nivel de instrucción se aprecia que a medida que mejora el mismo disminuye el porcentaje de usuarios a los que se receta algún medicamento, en clara tendencia hasta el nivel de estudios medios. Esta tendencia la rompe de nuevo el nivel superior que vuelve a incrementar este porcentaje. Puede señalar este hecho un interés más prescriptorio de este grupo en la consulta, pudiendo apuntar en éste caso un deliberado uso poco racional de los recursos, y sin olvidar la influencia que, en este fenómeno, ejerce el enfermo en el médico (gráfico 17).

Tampoco parece desdeñable aquí recordar que son los individuos de nivel de estudios superior los que en mayor proporción hacen uso de asistencia privada y lo señalado por Ruiz de Castroviejo y colaboradores (1985) en el sentido de que este uso mixto se asocia con la picaresca por parte del usuario de búsqueda de prescripciones farmacéuticas en el INSALUD.

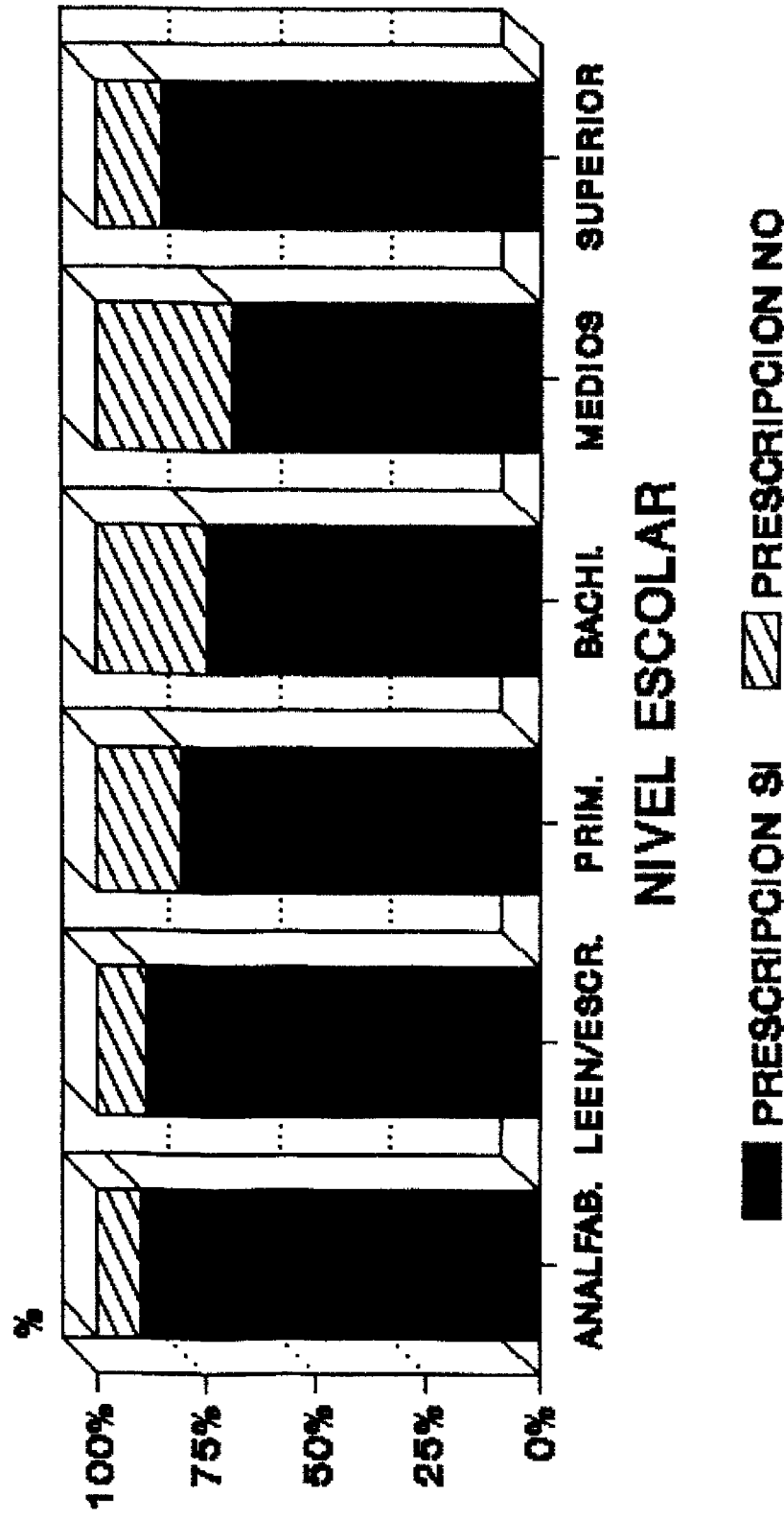
Antes de abordar la discusión que sobre los hallazgos sobre la morbilidad demandada se han encontrado para la CAM en este estudio parece necesario recordar aquí, además de lo sabido sobre que la morbilidad demandada no es más que una parte de la morbilidad real que resulta un concepto inabarcable, en este trabajo solo se presentan los datos de los ocho problemas de salud más consultados y de las nueve patologías crónicas más frecuentes entre los usuarios, consultaran o no por ese problema.

Se recuerda también que no todos los usuarios son enfermos, y que aunque la morbilidad parece ser el factor más determinante del uso, en el fenómeno global influyen también otros factores que se intentan analizar. Se añadirá por fin que los rangos estadísticos se investigan sobre aspectos parciales concretos de la morbilidad demandada y no sobre el fenómeno global por trabajarse solo sobre un 50% aproximadamente de la muestra (la que corresponde a los ocho problemas presentados y a las nueve patologías crónicas).

De la Revilla y colaboradores (1987) encuentran que el factor más determinante de entre todos los investigados del uso de la consulta de atención primaria es la condición de portador de alguna patología crónica. Entre los rasgos generales del portador de enfermedad crónica que encontramos en la muestra destacan: mayor porcentaje de sexo femenino; mayores frecuencias, como es lógico, entre usuarios de mayor edad; mayores proporciones de usuarios con patologías crónicas a medida que se desciende en la escala del nivel de instrucción, hallando la

GRAFICO 17

PROPORCION DE USUARIOS SEGUN PRESCRIPCION Y NIVEL ESCOLAR



mayor presencia proporcional de individuos portadores de patología crónica entre los analfabetos y los que solo saben leer y escribir; y mayores frecuencias entre los jubilados y las amas de casa.

Es decir, el perfil general del enfermo portador de patología crónica coincide en todo con el usuario-tipo que hemos encontrado en la muestra. Por lo tanto parece bastante acertado decir que, en la línea de los señalado en otros estudios (Pineault R. y Daveluy C. en 1987 y De la Revilla y cols. en 1987) en el presente se encuentra también que la presencia de patología crónica es la que más nítidamente define al usuario de la consulta. En fin, aparece esta variable como una de las más determinantes del uso.

El problema de salud que registró mayor frecuencia fué la Prescripción sin examen, seguido de la Infección respiratoria aguda y de Hipertensión arterial no complicada. En la tabla 121 se comparan con nuestro estudio algunas series publicadas en España (el código "Trámites administrativos" agrupa "Prescripción sin examen" y "Remisión del enfermo sin examen"). Obsérvese que con pocas variaciones el orden de frecuencia de los problemas es similar, oscilando en las diversas series la frecuencia en la presentación.

Destáquense dos hechos: el primero es el elevado grado de burocratización de la consulta de atención primaria en España ("Prescripción sin examen" engloba también los epígrafes "Cartas, certificados, volantes, etc"). El segundo es que en segundo lugar en orden de frecuencia aparece la Infección respiratoria aguda como la primera patología en consulta. Esto que observamos en nuestro estudio es un hallazgo coincidente con tres de las series presentadas en la tabla (Lombardero Rico, 1985; Alvarez C. y colaboradores, 1987; y García Boró S., 1987) y en otras revisadas (Moreno Martín y cols., 1985; Jurado Duce y cols., 1985).

Respecto a la "Prescripción sin examen", al igual que se dijo del motivo de consulta "Recetas", se podrá considerar con todas las reservas como indicador de un uso poco óptimo de la consulta. Este código se registra con más frecuencia entre usuarios varones, se incrementa esta frecuencia con la edad, con los niveles más elementales de instrucción y con el nivel *superior (que vuelve a "romper" la tendencia) y es preferente entre los pacientes inactivos (diferencias significativas sobre los activos). Observamos, además, significación en el hecho de que la frecuencia de este código es especialmente baja en los EAP. Apréciase por todo ello la concordancia de la distribución de esta variable con otras que hemos reseñado como de capacidad de discriminación de una atención racional y de calidad (receta como motivo de consulta o grado de insatisfacción del usuario).

TABLA 121

**ORDEN Y FRECUENCIA DE LOS TRES PROBLEMAS DE SALUD
MAS CONSULTADOS SEGUN DIFERENTES SERIES.**

LOMBARDEO Y COLS. (1985)

1º.- Prescripción sin examen	28 %
2º.- Infección respiratoria aguda	8 %
3º.- Hipertensión arterial no compl.	7 %

MONTANER Y COLS. (1986)

1º.- Trámites administrativos	44 %
2º.- Hipertensión arterial no compl.	18 %
3º.- Exámen médico	10 %

ALVARES C. (1987)

1º.- Trámites administrativos	17 %
2º.- Infección respiratoria aguda	12 %
3º.- Síntomas, signos y estados morbosos mal definidos	5 %

GARCIA BORO (1987)

1º.- Examen médico	18 %
2º.- Infección respiratoria aguda	12 %
3º.- Obesidad	10 %

ESTE ESTUDIO (1987)

1º.- Prescripción sin examen	15 %
2º.- Infección respiratoria aguda	10 %
3º.- Hipertensión arterial no compl.	6 %

La "Infección respiratoria aguda" es una consulta más frecuente en edades más jóvenes, disminuyendo al aumentar la edad del paciente, siendo también más frecuente, de entre los tres sectores de actividad, entre aquellos pacientes que trabajan en la Industria, de manera significativa.

La "Hipertensión arterial no complicada" es la patología crónica que genera más consultas (que no la patología crónica más frecuente entre los usuarios), encontrando significativamente más frecuencia de consultas por esta causa entre las mujeres que entre los hombres, significativamente más frecuencias de consultas a medida que avanza la edad del paciente (lo usual en todas las enfermedades crónicas), siendo también más frecuente la consulta por este problema entre los tres niveles más elementales de instrucción (rango estadístico diferencial con los otros dos niveles excluyendo el superior), significativamente más frecuente entre los usuarios que trabajan en el sector servicios que entre los que lo hacen en los otros sectores, y, por fin, significativo también que su frecuencia de consultas sea preferente en los ambulatorios/consultorios que en los otros centros.

Bajo el epígrafe "Observación de otros pacientes de alto riesgo" se agrupan una serie de problemas variados de difícil delimitación, si bien indicaremos que engloba situaciones de cuidados generales de pacientes de riesgo y actividades preventivas sobre personas de riesgo. Llama la atención el elevado porcentaje de este problema en nuestro estudio, sobre todo al comprobar que en otras series comentadas (Moreno Martín M.L. y cols., 1985; Jurado Duce M. y cols., 1985; Turabián J.L. y cols., 1985) no aparece en el listado de los diez primeros problemas en frecuencia. Dudamos por tanto que esta rúbrica haya sido correctamente utilizada en la encuesta que sirve de base al estudio. Señalaremos tan solo que su frecuencia aumenta con la edad y que es significativo que se registre poco en las consultas rurales.

La "Osteoartritis y afines" (artrosis o enfermedad articular degenerativa) es, en frecuencia, el quinto problema de salud registrado en la CAM. Su presentación en consulta es mayor entre las mujeres y por niveles de estudio se observa una diferencia significativa en su presentación preferentemente entre los tres niveles más elementales. Este diagnóstico se hace en muchos casos con poco rigor, las más de las veces por apariencia clínica y sin corroboración radiológica. En general, entonces, podemos pensar que es un diagnóstico poco contrastado que se adjudica a aquel paciente mayor con artralgias y por lo tanto este código es posible que detecte con alguna aproximación situaciones de poco rigor o poca calidad en la asistencia.

Desde luego constatamos en este estudio una significativa menor frecuencia de este diagnóstico en los EAP que en el resto de los centros, aunque es evidente que la causa pudiera residir en el hecho de que la población que acude a esos centros es en general más joven que en los tradicionales.

La amigdalitis, sexto problema en frecuencia de presentación, resulta más codificado entre el grupo de edad más joven de la muestra y aparece como significativo el hecho de que su diagnóstico sea menos frecuente entre los usuarios de los dos niveles de instrucción más bajo que en el resto; siendo menos frecuente en los Centros de salud.

La gripe aumenta su frecuencia de consulta a medida que se escala en nivel de estudios de los usuarios, quedando fuera de esta tendencia el nivel superior.

Por último, de la octava causa en frecuencia ("Otras enfermedades del estómago y del duodeno"), solo señalaremos su mayor frecuencia de consulta entre los varones.

Deberemos señalar de lo dicho que las patologías que por su propia naturaleza son autolimitadas, y las más de las veces banales ("Infección respiratoria aguda", "Amigadálitis" o "Gripe"), son más frecuentemente consultadas por pacientes jóvenes y de nivel de instrucción elevado, precisamente dos rasgos que en sí definen al individuo que hace poco uso de la consulta. Volvemos pues, y por deducción a constatar cómo la patología crónica aparece como determinante claro de la frecuencia de uso y por tanto la patología aguda como distintivo del usuario poco frecuentador.

No se debe dejar de valorar aquí la circunstancia que ha de considerarse de que si bien parece que los usuarios con bajo nivel de instrucción son más consultadores de patologías crónicas y los más instruidos de patologías agudas, al hallar el fundamento de esa circunstancia para lo comentado de distinta distribución de la morbilidad por niveles de estudio, es posible que estemos evaluando una interferencia, y realmente lo que quizás ocurra es que a una similar distribución de la patología por diferentes grados de educación general y, por lo tanto, sanitaria, los enfermos poco intruidos consideren que no necesitan consultar por patologías leves o menores, reservando la consulta para patologías mayores (crónicas). Esto llevaría implícito, así mismo, una cierta tendencia a la automedicación entre los menos favorecidos por la educación.

Es necesario volver a señalar aquí lo ya comentado por otros autores (Pineault R. y Daveluy C., 1987) de una distinta "calidad" en el enfermar dependiente del nivel de estudios y del nivel de renta de los individuos.

Se comentarán a continuación las características de los usuarios de las consultas que eran portadores de las nueve patologías crónicas más frecuentes, fueran o no a consultar por ese problema o por otro. La patología crónica más prevalente de las que presentaron los usuarios fué la "Osteoartritis y afines". Como todas las patologías crónicas la presentan más frecuentemente los usuarios a medida que avanzan en edad. Como la mayoría de las patologías crónicas incrementa su frecuencia a medida que se desciende en la escala de nivel de estudios, sin embargo en el caso de estos usuarios no se encuentra rango

significativo en las diferentes frecuencias por nivel de instrucción. Como todos los pacientes de patologías crónicas hallamos las máximas frecuencias entre jubilados y amas de casa y, además, en este diagnóstico, también los agricultores y los trabajadores de la construcción. Este diagnóstico es especialmente raro entre los usuarios de los EAP. Los usuarios portadores de estas patologías consultan preferentemente por recetas y en segundo lugar por problemas relacionados con su propia patología.

Los pacientes con "Hipertensión arterial no complicada" son los segundos portadores de patologías crónicas, en frecuencia, de entre los usuarios. Es significativo que por sexos sea la mujer la más representada. Por nivel de instrucción y edad queda lo dicho para este tipo de morbilidad. Cabe aquí una consideración: los estudios epidemiológicos nos enseñan que la Hipertensión arterial es más prevalente entre los varones adultos jóvenes, para convertirse en más prevalente entre las hembras en las edades postmenopáusicas. Valorando el hecho de que los grupos más representados en la muestra son los correspondientes a los mayores de 45 años comprenderemos por qué en la consulta encontramos más frecuentemente hipertensas que hipertensos.

Esta patología es, además, la que más frecuencia de consultas presenta por su propia causa, siendo por orden las recetas el tercer problema por el que consultan estos enfermos. Sin duda el dato puede arrojar información sobre un cierto mayor grado de concienciación y de educación sanitaria de estos enfermos.

La tercera patología crónica presente por orden es la "Diabetes mellitus". Se señalará aquí la significación estadística que se encuentra en el hecho de que a medida que mejora el nivel de estudios de los usuarios disminuye la frecuencia de diabéticos. Su diagnóstico es más frecuente en los EAP que en los otros centros, al igual que ocurría en el caso de los usuarios que están diagnosticados de Hipertensión. Se debe decir aquí que en la mayoría de estos centros existen programas de control de la Hipertensión y la Diabetes (Programa de Salud del adulto. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985).

Mención especial merece el análisis de la distribución de frecuencias de los usuarios diagnosticados de "Arterioesclerosis". Este diagnóstico, como se comprende, es básicamente anatomopatológico y no clínico como aquí parece hacerse. Seguramente bajo este epígrafe se presentan problemas que debieran estar clasificados más rigurosamente, seguramente en el acápite "Síntomas y estados mórbidos mal definidos", y en otros que aludan de manera más clara a la problemática de la senilidad y los síndromes involutivos del anciano. Además, curiosamente, en este código y según la clasificación, se alude expresamente a aquellos diagnósticos de arterioesclerosis que excluyen la cerebral, coronaria, intestinal y pulmonar. Es decir que bien por la inadecuada utilización que se presume se está dando a este código, o por el poco rigor del mismo, este epígrafe puede estar distinguiendo deficiencias en la calidad de la

asistencia. Señalemos entonces que el centro donde aparece menos frecuentemente este diagnóstico es en los EAP.

La "Depresión", por último, es por orden de frecuencia la novena enfermedad crónica entre los usuarios. Sus características difieren claramente, sin duda por las peculiaridades epidemiológicas del proceso, del resto de las enfermedades crónicas analizadas. Este diagnóstico, significativamente, es más frecuente entre las mujeres y, preferentemente, en el grupo etario de 35 a 44 años. Se concentra preferentemente el epígrafe entre los usuarios de nivel medio de instrucción (aunque esta diferencia no alcance el rango de significación mínimo), y en las amas de casa, no encontrándose en la muestra ningún agricultor con este diagnóstico ni, curiosamente, ningún parado. Es más frecuente, además en los Centros de Salud, y resulta significativo que por frecuencia es el depresivo de entre todos los enfermos crónicos que acuden a la consulta, el que más lo hace para recibir recetas.

Acabaremos con una última reflexión sobre todo lo comentado hasta aquí en relación con el nivel de instrucción de los usuarios con patologías crónicas. Se ha dicho ya lo preferente de este tipo de diagnósticos entre los usuarios con niveles de estudios más bajos y se ha enfocado su exacto significado desde varios puntos de vista. Se expone ahora el que parece más determinante de esa relación. Ya se ha expresado el hecho de que el usuario-tipo de la consulta concuerda con el de portador de patología crónica. Lo que realmente estamos haciendo al evaluar según factores determinantes el tipo de enfermo crónico es seleccionar desde varios puntos (edad, sexo, situación laboral y también nivel de instrucción) un mismo individuo constantemente: el anciano. Si es verdad que por lógica es el viejo el mayor usuario de la consulta médica y además el portador por excelencia de patología crónica, y si es verdad que como se vió en la tipología del usuario los pacientes con más bajos niveles de instrucción son, en la población y en la muestra, los ancianos, comprenderemos en su exacta dimensión por qué son los menos instruidos los que con más frecuencia presentan enfermedades crónicas.

Sirva, en fin, esta última reflexión como justificación definitiva de un hecho muy comentado en este estudio.

Convendría ahora analizar las diferentes variables de uso y de morbilidad demandada en función de la zona geográfica de la CAM. Recordaremos, entonces, que las tres zonas diferenciales que se han separado responden a las siguientes características generales:

* Madrid-capital: núcleo urbano, con envejecimiento notable de su población, en recesión demográfica clara, alto nivel económico, gran dotación de equipamiento general y una favorable oferta de servicios de asistencia primaria.

* Zona intermedia: alto desarrollo en los últimos años, enlentecido recientemente, con población joven, altos niveles de paro laboral y una oferta de servicios (sanitarios y de todo

tipo) en clara desventaja con el resto de las zonas.

* Rural: zona más desfavorecida en lo económico, con población que tiende al envejecimiento, que en gran proporción relativa se ocupa en la agricultura, unas características de oferta de servicios algo peor que las de la media de la comunidad, aunque mejor que la de la zona intermedia, y problemas de accesibilidad a los servicios sanitarios más acusados que en las otras zonas.

El usuario-tipo de Madrid-capital posee un nivel de instrucción superior al del resto de las zonas, encontrando en los pueblos la proporción máxima de analfabetos. Sin duda, y a pesar de que no poseemos la distribución por niveles de estudio en las zonas, esto responde a la distribución real de esta variable de la población general. Esto es así a pesar de que como hemos dicho a mayor frecuencia de ancianos menor nivel de instrucción. Podríamos inferir aquí, en todo caso, que los ancianos de la zona rural son los que ostentan peor situación en nivel escolar. Tal circunstancia respone a la realidad de la España rural actual.

La zona intermedia de la comunidad es la que reúne un mayor número de beneficiarios por cartilla respondiendo, sin duda, a la mayor dependencia observada en la zona (en especial de dependencia infantil).

Respecto a la calidad de la asistencia según opinión o actitud del usuario medida en base a los indicadores "otra adscripción además de la pública" y "nivel de satisfacción", observamos, con rango de significación estadística, que existe mayor grado de insatisfacción en la zona intermedia que en la otras y que, sin embargo, la mayor frecuencia de utilización de servicios privados de asistencia se da en Madrid-capital.

Significativo resulta también el hecho de que las consultas de la zona intermedia son las que mayores grados de masificación registran.

De todo ello se resume que si bien los dos indicadores comentados pueden medir calidad desde el punto de vista del usuario la adscripción a redes privadas está mucho más determinada por el nivel económico de las comunidades, mientras que la insatisfacción queda determinada más fielmente por el nivel de masificación.

Esta apreciación disiente de la ya comentada del estudio de Ruiz de Castroviejo y colaboradores (1985) que señala como factor más relacionado con la adscripción privada el propio nivel de masificación de las consultas. La insatisfacción parece depender aquí más de la calidad de la oferta.

En la zona intermedia se consulta significativamente menos por recetas que en la capital. El peso de las edades de las poblaciones así como las características de la oferta (mayor presencia de EAP en la zona intermedia) queda aquí bien definida.

Los usuarios más frecuentadores son los que asisten a las consultas rurales. En nuestro estudio, además, observamos diferencias entre la zona intermedia y la capital en cuanto a frecuencia de utilización de los servicios de apoyo al diagnóstico en el sentido de que la zona intermedia se solicitan más esos apoyos que en la capital y, para el caso de las pruebas de laboratorio, las diferencias se tornan significativas. No encontramos grandes diferencias de accesibilidad al nivel de cumplimentación de las exploraciones pensamos que es la diferente oferta de servicios de atención primaria la que condiciona el hecho por alguno de estos motivos o por los dos: mayor presencia relativa de los EAP en la zona intermedia cuya actividad se orienta más a las actitudes preventivas en la atención, y por el hecho de que el exceso de demanda que atiende el profesional en la zona intermedia condicione el incrementar la solicitud de pruebas complementarias supliendo así las deficiencias de las exploraciones clínicas que se efectúan por la premura del tiempo de consulta.

En lo que respecta a la prescripción de fármacos la zona intermedia, a pesar de lo desfavorable de su relación médico/enfermo, presenta los mejores indicadores: es donde menos proporción de prescripción se realiza y donde el número medio de recetas por consulta es más baja. Si comprobamos que es en esta zona donde mayor número de prescripciones se extienden para inicio de tratamientos (morbilidad aguda típica de población joven) cabe hacer la siguiente reflexión: la prescripción, como indicador de funcionamiento y de calidad del sistema, parece verse mucho más determinada por las características de la población y de los profesionales sanitarios (sin olvidar que la morbilidad aguda se presta a menores niveles de prescripción que la crónica) que por las características generales de la oferta de servicios.

Respecto a la morbilidad por zonas aparece con claridad el peso real de las características demográfica sobre su frecuencia y su cualidad. Es en la zona intermedia donde, con nitidez, los usuarios presentes en la consulta, padecen menos enfermedades crónicas. Es por ello por lo que es esta zona donde mayor frecuencia de consultas se efectúan por problemas agudos (Infección respiratoria aguda).

En los pueblos es donde mayor porcentaje de usuarios consultan para Prescripción sin examen. Este hecho, unido a los ya conocidos de un mayor grado de envejecimiento de Madrid-capital cuya población, además, aparece como más instruída, nos aporta un nuevo factor diferencial en la interrelación de las variables "edad del usuario", "patología crónica" y "nivel de prescripción": en Madrid-capital la población está más envejecida que en los pueblos, los usuarios presentan con mayor frecuencia patologías crónicas y, sin embargo, acuden en menor proporción a la consulta a solicitar recetas sin examen. Ello nos lleva a pensar que el factor "nivel de estudios" esté diferenciando las actitudes de tal manera que si bien la frecuencia de enfermedad crónica está condicionada por la edad del usuario su exigencia de prescripción está más en relación con

su grado de instrucción (y de educación sanitaria) que con su condición de padecer una enfermedad crónica.

Si aceptamos que ésto es así estaríamos muy cerca de los planteamientos que aparecen en la literatura sobre el tema (Mapa de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid; 1986) y que encuentran que, superado cierto umbral de desarrollo económico y social, la Salud y las actitudes ante ella están más relacionadas con el nivel cultural y educativo de los individuos que con cualquier otro factor.

Por otra parte, y a pesar de encontrar en la zona rural mayor frecuencia de enfermos con depresión en la consulta, esta diferencia con respecto a las otras zonas no alcanza rango de significación

Al abordar, finalmente, las características diferenciales de los fenómenos por las áreas del estudio convendrá presentar un resumen esquemático, como recordatorio, de las circunstancias de los diferentes factores determinantes en ellas. Es necesario aclarar que, como ya se ha dicho y en función de las zonas geográficas donde se asientan, las características del área 6 serían semejantes a las de Madrid-capital, y las del área 9 a las de la zona intermedia.

El área 6 es la que presenta crecimientos negativos de la población y de la densidad más fuertes que el área 9 y que toda la CAM en los tres últimos quinquenios. Es también el área de las dos que concentra el mayor envejecimiento, y un claro predominio de mujeres en especial en edades avanzadas. Para la actividad recordaremos que sus indicadores son similares a los de las otras áreas del casco antiguo de Madrid, es decir con tasas de actividad más bajas que la media de la CAM y con índices de paro también más bajos tanto en relación con el paro masculino como con el femenino y el juvenil. Posee, así mismo, uno de los mayores porcentajes de población ocupada en servicios.

Sus niveles de fecundidad resultan los más bajos de todas las áreas y, en nivel educativo, ocupa una posición más bien intermedia, aunque más alta que la de la media de la CAM.

La oferta de servicios de atención primaria parece favorable y es mejor que la de la media de la CAM.

El área 9 ha experimentado unos crecimientos notables de población entre 1970 y 1986, observando un desaceleramiento del ritmo en el quinquenio 1981 a 1986, cabiendo esperar que continúe la desaceleración. Las cifras sobre su estructura de edad contrastan fuertemente con las de la CAM y España, y más aún con las de la CEE, en el sentido de que se trata de una población extremadamente joven. Este área cuenta con una Tasa bruta de actividad más baja que el área 6 y con una Tasa general de actividad más alta que aquélla. La Tasa de actividad femenina y el paro femenino son, respectivamente, de los más bajos y altos de toda la CAM. Si bien predomina el sector servicios en cuanto a población ocupada hay que destacar el gran

peso de la población ocupada en la industria, que supera la media de la CAM.

Por su estructura posee un elevado potencial reproductor, y su nivel educativo es bajo si se compara con las restantes áreas de la comunidad. En oferta de servicios de atención primaria ocupa una de las peores posiciones de la comunidad, desde luego mucho peor que la del área 6 y que la media de la CAM, encontrándose muy desfavorecida en proporción de personal sanitario por habitantes y en número de personas por cada centro asistencial.

Los usuarios-tipo que encontramos en las áreas distan poco de lo comentado para el global de la CAM. Es de destacar el hecho de que en el área 6 se encuentra una proporción de analfabetos inferior a la habida en la población general del área (si bien las diferencias no resultaron significativas). En las consultas del área 9, y en el conjunto de la CAM encontramos el fenómeno contrario: existe mayor proporción de analfabetos en las consultas que en sus poblaciones generales respectivas, con la particularidad de que esas diferencias sí son significativas. En las tres zonas se encuentra un menor porcentaje de usuarios con nivel superior de estudios que en sus poblaciones, y ahora estas diferencias no son, en ningún caso, significativas.

Parecería, en fin, que además de lo ya comentado para la CAM de una mayor presencia de analfabetos en las consultas de lo que correspondería a su población general, ésto es más evidente en la medida en que la población general posee un nivel de instrucción inferior. Esto es, a menor nivel educativo de las comunidades mayor desproporción en la presencia de analfabetos en la consulta.

Los indicadores que estamos catalogando, como hipótesis de trabajo, como de calidad de la asistencia según el usuario, aparecen en las áreas mostrando diferencias significativas para las tendencias esperadas: mayores niveles de adscripción a redes privadas de asistencia en el área 6 que es precisamente la que menores niveles de insatisfacción registra entre sus usuarios y donde existe menor masificación de las consultas. Lo ya comentado al hablar de zonas geográficas sobre la interrelación de estos tres indicadores y la influencia sobre ellos del nivel adquisitivo de los individuos es aplicable a estos hallazgos.

Los niveles de masificación en las consultas que registra el área 9 están, desde luego, en concordancia con su peor oferta de servicios y requieren una eficaz intervención de la administración. La relación con el nivel de insatisfacción de los usuarios es evidente.

Habrà que señalar que, curiosamente, se encuentran siempre mejor relación con otros fenómenos al considerar los grados de insatisfacción que de satisfacción, quizás en función con una mayor fundamentación de su respuesta entre los individuos más descontentos.

Existe una circunstancia que llama la atención respecto a este extremo: existe un constante y elevado porcentaje de usuarios (aproximadamente un 50%) que opinan tener un "normal" grado de satisfacción independientemente del número de usuarios que haya en las consultas. Esto equivale a decir que las oscilaciones que se aprecian en las opiniones sobre el servicio dependerían de un pequeño grupo de la muestra. Quede constancia de lo dicho por si el lector considerara que tal evidencia puede tener un peso concreto en la interpretación del análisis de esta variable.

Sobre la opinión de los usuarios sobre la reforma de la asistencia, entre las áreas observamos diferencias significativas estadísticamente: los usuarios del área 9 son los que con más frecuencia opinan que la asistencia ha empeorado a pesar de ser este área la que más número proporcional de Centros de Salud ha visto surgir en su territorio.

De todo ello podría desprenderse la conclusión de que el nivel de exigencia del usuario aumenta con su nivel de instrucción y que independientemente de la mejora en la calidad relativa de la asistencia el hecho de encontrar las consultas masificadas es el factor que más influye en el grado de satisfacción del paciente.

Es el área 6 la que mejor relación posee de usuarios para cada médico. En número de consultas de apoyo especializado apreciamos que aquellas que atienden preferentemente patologías autolimitadas o agudas son las que aparecen con una relación más baja médico/usuarios, a saber: Otorrinolaringología y Odontología, además de Ginecología y Obstetricia. La que aparece más masificada que la media de la CAM es Endocrinología.

Circunstancia inversa se aprecia en el área 9: niveles extremos de masificación en las consultas de Medicina general, y mayor número de usuarios por consulta en especialidades de "agudos": Pediatría, Otorrinolaringología, Odontología, Dermatología, además de Ginecología y Obstetricia.

Posee además este área, una mejor relación que la media de la CAM en consultas de crónicos como "Endocrinología y Aparato Circulatorio.

En general observamos que los niveles de masificación de las consultas están en clara interrelación con la cantidad de la oferta en el nivel primario, mostrándose que la presión asistencial surge independientemente de la cantidad de la oferta. La calidad de la misma, y en consecuencia el grado de satisfacción de los usuarios decrece en la medida que lo hacen cuantitativamente los recursos que se ofrecen. La presión asistencial está en dependencia de la cantidad y la cualidad de la morbilidad y ésta, en general, de la composición por edades de la población de las áreas.

El indicador de prescripción que manejamos por áreas es el de recetas al mes por cada cartilla. Ya se dijo lo inapropiado de este indicador al desconocerse el número medio de personas por cartilla en las áreas, perdiéndose, por tanto, posibilidades comparativas. Se constata sin embargo un indicador favorable en el área 6, mejor que el del área 9, en especial a costa de mayores niveles de prescripción sobre cartillas de pensionistas en este área.

En principio, de lo dicho puede deducirse una cierta relación entre los mejores niveles de instrucción y el menor hábito de consumo de medicamentos. Sobre la encuesta encontramos, sin embargo, y sin llegar a alcanzar rango significativo, un mayor porcentaje de individuos que abandonan la consulta con alguna receta en el área 6 que en el área 9.

Las prescripciones para inicio de tratamientos se hacen preferentemente en el área 9, abundando así en la asociación población joven/enfermedad aguda. Así, donde más frecuentemente se consulta por Infección respiratoria aguda es en el área 9, y donde menos se hace por amigdalitis aguda es en el área 6.

El área de estudio donde más frecuencia de usuarios portadores de patologías crónica encontramos es, claro está, el área 6. La Osteoartritis, la Gripe, la Cardiopatía isquémica crónica, los desórdenes lipídicos y la osteoartritis de columna son patologías mucho más presentes entre los usuarios del área 6. Los problemas agudos, en general, en el área 9.

En las tablas 122, 123, 124 y 125 se presentan, como síntesis, las asociaciones que aparecieron o no aparecieron con significación estadística, de entre todas las investigadas, entre los denominados factores determinantes y las variables de utilización de servicios de atención primaria y la morbilidad demandada o crónica presente entre los usuarios.

Señalaremos, en resumen, que según estas asociaciones:

1ª.- El USUARIO-TIPO parece ser aquel individuo mayor de 45 años, preferentemente mujer, que asiste a consulta en un ambulatorio/consultorio, con nivel de instrucción elemental y jubilado o ama de casa.

2ª.- El USUARIO-TIPO que acude a consulta siendo portador de alguna patología crónica coincide en todo lo dicho con el que acabamos de definir como usuario-tipo general.

3ª.- El USUARIO-TIPO que consulta por un problema de salud agudo es un individuo joven, sin que encontremos preferencia clara para algún sexo, con nivel de instrucción medio o superior y estudiante o trabajador en servicios.

TABLA 122

**RELACION DE ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS ENCONTRADAS
ENTRE LOS FACTORES DETERMINANTES Y LAS VARIABLES DE UTILIZACION.**

<u>FACTOR DETERMINANTE</u>	<u>VARIABLE DE UTILIZACION</u>
<u>EDAD</u>	<ul style="list-style-type: none">* MOTIVO DE CONSULTA* NIVEL DE SATISFACCION* PRESCRIPCION DE FARMACOS* TIPO DE PRESCRIPCION
<u>NIVEL DE INSTRUCCION</u>	<ul style="list-style-type: none">* OTRO TIPO DE ASISTENCIA ADEMAS DEL INSALUD* DERIVACION A SERVICIOS CENTRALES* NIVEL DE SATISFACCION* PRESCRIPCION DE FARMACOS
<u>PROFESION O SITUACION LABORAL</u>	<ul style="list-style-type: none">* MOTIVO DE CONSULTA* PRESCRIPCION DE FARMACOS
<u>TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL</u>	<ul style="list-style-type: none">* OTRO TIPO DE ASISTENCIA ADEMAS DEL INSALUD* MOTIVO DE CONSULTA* DERIVACION A SERVICIOS CENTRALES* HOSPITALIZACION EN EL ULTIMO AÑO* NUMERO DE USUARIOS EN LA CONSULTA* OPINION SOBRE LA MEJORA DE LA ASISTENCIA* PRESCRIPCION DE FARMACO
<u>ZONA GEOGRAFICA</u>	<ul style="list-style-type: none">* OTRO TIPO DE ASISTENCIA ADEMAS DEL INSALUD* MOTIVO DE CONSULTA* DERIVACION A SERVICIOS CENTRALES* NUMERO DE USUARIOS POR CONSULTA* NIVEL DE SATISFACCION CON LA ASISTENCIA
<u>AREAS DE SALUD</u>	<ul style="list-style-type: none">* OTRO TIPO DE ASISTENCIA ADEMAS DEL INSALUD* NUMERO DE USUARIOS POR CONSULTA* NIVEL DE SATISFACCION CON LA ASISTENCIA* OPINION SOBRE LA MEJORA DE LA ASISTENCIA

TABLA 123

**RELACION DE ASOCIACIONES NO SIGNIFICATIVAS, DE ENTRE
LAS INVESTIGADAS, ENTRE LOS FACTORES DETERMINANTES Y LAS
VARIABLES DE UTILIZACION**

<u>FACTOR DETERMINANTE</u>	<u>VARIABLE DE UTILIZACION</u>
<u>NIVEL DE INSTRUCCION</u>	* OPINION SOBRE LA MEJORA EN LA ASISTENCIA
<u>TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL</u>	* NIVEL DE SATISFACCION CON LA ASISTENCIA
<u>ZONA GEOGRAFICA</u>	* DERIVACION A SERVICIOS CENTRALES
<u>AREAS DE SALUD</u>	* PRESCRIPCION DE FARMACOS

TABLA 124

**RELACION DE ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS ENCONTRADAS
ENTRE LOS FACTORES DETERMINANTES Y EL PROBLEMA DE SALUD**

<u>FACTORE DETERMINANTE</u>	<u>PROBLEMA DE SALUD</u>
<u>SEXO</u>	* HIPERTENSION ARTERIAL NO COMPLICADA
<u>EDAD</u>	* HIPERTENSION ARTERIAL NO COMPLICADA
<u>NIVEL DE INSTRUCCION</u>	* PRESCRIPCION SIN EXAMEN * HIPERTENSION ARTERIAL NO COMPLICADA * OSTEOARTRITIS Y AFINES * AMIGDALITIS AGUDA
<u>TIPO DE CENTRO ASISTENCIAL</u>	* PRESCRIPCION SIN EXAMEN * HIPERTENSION ARTERIAL NO COMPLICADA * OBSERVACIONES DE OTRO ALTO RIESGO * OSTEOARTRITIS Y AFINES

TABLA 125

**RELACION DE ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS ENCONTRADAS
ENTRE LOS FACTORES DETERMINANTES Y LA PATOLOGIA CRONICA.**

<u>FACTOR DETERMINANTE</u>	<u>ENFERMEDAD CRONICA</u>
<u>SEXO</u>	* OSTEOARTRITIS Y AFINES * HIPERTENSION ARTERIAL NO COMPLICADA * DEPRESION
<u>NIVEL DE INSTRUCCION</u>	* DIABETES MELLITUS * DESORDENES LIPIDICOS * ENFISEMA Y EPOC
<u>EDAD</u>	* DEPRESION
<u>ENFERMEDAD CRONICA</u>	* MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA
<u>DEPRESION</u>	* PRESCRIPCION DE FARMACOS

Señalaremos también que:

1º.- La EDAD es un factor bastante eficaz para discriminar entre los usuarios las siguientes variables: el motivo de consulta, el grado de satisfacción con la asistencia, la prescripción de medicamentos y el tipo de prescripción, la probabilidad de consultar por Hipertensión arterial y ser portador de la misma, así como la probabilidad de padecer Depresión.

2º.- El NIVEL ESCOLAR de los usuarios discrimina bien: la afiliación a otras redes asistenciales, el grado de satisfacción con la asistencia (en realidad la percepción del usuario sobre la calidad del servicio que se le ofrece), la derivación a servicios centrales, la prescripción de medicamentos, así como la probabilidad de presentar una patología crónica.

3º.- La PROFESION O SITUACION LABORAL selecciona bien: el motivo de consulta, la prescripción de medicación, la probabilidad de acudir a la consulta con el único interés de que el profesional realice una prescripción sin examen, y la probabilidad de consultar por una Infección Respiratoria aguda o por una Hipertensión arterial.

4º.- La circunstancia de residir en una determinada ZONA GEOGRAFICA se asocia con: una distinta percepción de la calidad asistencial, el motivo de consulta, la probabilidad de ser derivado a algún servicio de exploración complementaria (laboratorio), y el hecho de asistir a una consulta con diferente grado de masificación.

5º.- La circunstancia de pertenecer a una determinada AREA DE SALUD, de entre las dos estudiadas, es un factor que distingue diferentes posibilidades de: estar adscrito a redes asistenciales privadas, mostrar un determinado grado de satisfacción con el servicio sanitario, opinar de manera diferencial respecto a la mejora de la asistencia, y tener que acudir a consultas con diferente nivel de masificación.

6º.- Por las circunstancias concretas de la oferta diferencial que en estos momentos, y en el año del estudio, supone en nuestro país la implantación de Centros de Salud donde desarrollan su trabajo los nuevos EAP, y por el extraordinario interés que tiene para el planificador y el profesional la observación de los cambios que el nuevo modelo está introduciendo en la realidad sanitaria española, haremos la exposición de la síntesis de asociaciones por centros asistenciales más detenidamente:

los EAP atienden, por las características de sus ubicaciones geográficas, poblaciones con menos edad media que los otros centros, y el usuario que acude a ellos es portador de una cartilla de asistencia con mayor número de beneficiarios que los de otros tipos de centro. Las consultas de estos Centros de Salud suelen estar, por término medio, menos masificadas que las de los

centros tradicionales, mostrando el usuario una menor frecuentación mensual de la consulta (bien sea por un control más estrecho de las patologías crónicas, bien sea por una mayor eficacia en los tratamientos de la patologías agudas, por ambas cosas, o, incluso, por las propias características de una población usuaria más joven). La mejor relación médico por personas protegidas parece que tiene mucho que ver con el mayor grado de satisfacción de los usuarios de estos centros, la opinión más común de que está mejorando la asistencia y la menor afiliación de los usuarios a redes privadas de asistencia (sensación de calidad en la asistencia).

La propia dinámica de estos centros está generando un cambio de hábitos de uso de servicios entre los individuos adscritos con un aprovechamiento más racional de los recursos, tal y como se deduce del más discreto número de usuarios que aquí acuden por recetas y el mayor número de ellos que acuden para realizar alguna actividad de tipo preventivo.

Otro indicador de calidad como sería la prescripción de fármacos arroja también mejores datos en estos centros: menor número de enfermos que abandonan el centro con alguna receta, y una menor media de medicamentos prescritos por cada consulta. El menor costo de la asistencia (que además parece de más calidad) que estos datos indican es indudable.

La menor frecuencia de prescripciones sin examen y de diagnósticos que, en general, parecen encerrar poco rigor clínico (Osteoartritis, Arterioesclerosis) abundan en lo señalado de mayor calidad y de un destacable cambio de hábitos de uso.

Se terminará, en fin, señalándose algunos rasgos generales de usuarios que caben deducirse de las ya comentadas asociaciones de caracteres:

1º.- Rasgos generales del usuario adscrito a una red asistencial privada además del INSALUD.

Individuo entre 25 a 45 años, de buen nivel de estudios, que acude a consulta en un consultorio tradicional y reside en Madrid-capital.

2º.- Rasgos generales del usuario insatisfecho con la asistencia recibida.

Individuo de edad media, de nivel de instrucción elevado, que asiste a consultorio tradicional y vive en la zona intermedia de la CAM

Obsérvese que, salvando la discordancia que introduce la zona geográfica, la coincidencia de ambos rasgos definen en sí un individuo que podríamos denominar como exigente con la asistencia recibida.

3°.- Rasgos generales del usuario "gran consumidor" de fármacos.

(Acude a consulta por recetas, aunque no exija examen, y se le prescribe siempre algún fármaco. Destáquese aquí, en todo caso, la manifiesta complicidad en el fenómeno del médico y el enfermo) Individuo mayor de 65 años, con nivel de instrucción elemental (!o universitario!), jubilado, que asiste a consulta en un centro tradicional y vive en el municipio de Madrid. Por lo general es portador de alguna patología crónica aunque no es frecuente que consulte por algún problema de salud relacionado con ella.

4°.- Rasgos generales del usuario que acude a la consulta por padecer alguna enfermedad.

Individuo joven, de nivel educativo medio, trabajador en activo, que presenta alguna patología aguda frecuentemente con afectación del tracto respiratorio superior.

5°.- Rasgos generales del usuario que consulta por Hipertensión arterial no complicada.

Mujer mayor de 65 años, con nivel de instrucción entre los tres más elementales, que acude a consulta en un centro tradicional, vive en Madrid-capital, es ama de casa (o jubilado), y consulta por algún problema de salud relacionado con su Hipertensión.

6.-CONCLUSIONES

1.- El crecimiento del volumen de población registrado en el área 9 en el periodo 1970/1986 es de 389 %, mientras que en el mismo periodo la población del área 6 decrecía en un 29 %.

2.- En el año del estudio (1987) el área 6 aparece como un área extraordinariamente envejecida: mientras en el global de la Comunidad de Madrid el Índice de envejecimiento registrado era de 44,8 %, el área 6 registraba un Índice de 154 %. El área 9, por el contrario, aparecía como un área joven, con un Índice de envejecimiento de, tan sólo, 13,6 %.

3.- La Tasa bruta de actividad del área 6, en el mismo año, era de 38,3 % frente a una Tasa de 33,9 % en el área 9. La Tasa de paro era, para la primera, de 14,7 % y para la segunda de 16,1 %. El 76 % de la población activa del área 6 se ocupaba en los Servicios, mientras que esta ocupación era la del 58 % de los individuos del área 9.

4.- Se objetiva un superior nivel de instrucción entre los individuos del área urbana: un 5,5 % de ellos poseen estudios de tercer grado, y sólo un 2,3 % de los individuos del área 9 reconocen poseer ese grado escolar.

5.- La oferta de servicios generales es más precaria en el área 9. En este área se encontraba una relación entre médicos de atención primaria por mil habitantes de 0,73. Para la CAM se situaba en 1,18 y para el área 6 en 1,60.

6.- La media de consultas por médico y día es en el área 9 de 63,1. La media de la CAM se situaba entonces en 39,7 y la del área 6 en 33,7.

7.- Se encuentra en la muestra de usuarios de las consultas de atención primaria un exceso proporcional de representación, respecto a la composición de la población general, de mujeres (61,7 %), de mayores de 65 años (28,8 %), de individuos laboralmente inactivos (64,5 %), y de analfabetos (5,1 %).

8.- Un 16,5 % de los usuarios reconoce la utilización de alguna otra red asistencial además de la pública en el global de la muestra. Entre los individuos de mejor nivel de instrucción esta proporción alcanza un 34 %. Entre los que acuden a un Centro de Salud (EAP) se sitúa en un 9,8 %.

9.- Un 54,8 % de los usuarios acude a consulta porque se sienten enfermos y un 34,6 % lo hace con el único motivo de que se les extienda una receta. Entre los usuarios atendidos por un Equipo de Atención Primaria sólo acude a por recetas un 23,2 %.

10.- En este estudio se encuentra que un 80 % de los usuarios abandonan la consulta con alguna receta. La media de recetas que se extiende por usuario es, así mismo, elevada: 1,7 para el global de la muestra. En los mayores de 65 años se alcanzan medias de 2,3.

11.- La frecuentación media de la consulta al mes por cada usuario es de 2,1. Son los individuos más favorecidos en grado de instrucción los menos frecuentadores: 1,6.

12.- Un 50,4 % de los encuestados afirman sentirse satisfecho o muy satisfecho con la asistencia que se le brinda en el servicio sanitario público de atención primaria, y un 16,4 % se declara insatisfecho o muy insatisfecho. Esta percepción de insatisfacción se eleva a un 22 % entre los usuarios que acuden a consultas que atienden a más de 60 individuos al día. La opinión de que la asistencia está mejorando la declara un 62 % de los atendidos por un Equipo de Atención Primaria frente a un 36 % de los atendidos en centros de asistencia tradicional.

13.- Los trámites burocráticos aparecen en el conjunto de la CAM como la actividad más frecuente en la consulta: 15,5 % del total de consultas. El problema de salud más atendido es la Infección respiratoria aguda (9,9 %) seguido de la Hipertensión arterial no complicada (5,8 %).

14.- Un 33,7 % de todos los usuarios eran portadores de alguna de las nueve patologías crónicas más presentes en las consultas. La Osteoartritis y enfermedades afines son las patologías crónicas más comunes entre los usuarios (9,2 % de ellos son portadores de alguno de estos procesos) seguido de la Hipertensión arterial no complicada (8,4 %).

15.- La presencia de usuarios con alguna patología crónica es más frecuente entre los encuestados del área 6: 43,6 % de ellos son portadores de alguna de las nueve más comunes. En el área 9 esta proporción sólo llega al 24,5 %.

16.- La percepción de que la reforma sanitaria está empeorando la asistencia está presente en un 13,7 % de los encuestados en el área 9, mientras que esta misma sensación sólo la refiere un 5,2 % de los usuarios del área 6.

7.-RECOMENDACIONES

1.- Se detecta un creciente interés por este tipo de estudios en la literatura especializada, tanto en España como a nivel internacional. Por ello se debieran incrementar tales investigaciones, tanto por el interés que para el planificador adquieren como instrumento evaluador del funcionamiento del sistema de salud, como por la validez constatada de los mismos como demostrativos de las necesidades asistenciales de las comunidades. En este sentido cabe apuntar la conveniencia de realizar este tipo de estudios sobre muestras de usuarios en los que previamente se controle algunos de los factores determinantes (estratificación pre-test), o cuyo diseño permita el análisis ulterior de esos factores interfirientes (estratificación post-test). Eso posibilitaría evaluar con más nitidez la influencia de las diferentes variables de confusión sobre las diversas variables de uso.

2.- Se hace necesaria una voluntad definida por parte de los poderes públicos de desarrollar lo dispuesto en la Ley General de Sanidad sobre la reforma sanitaria en atención primaria. Ello pasa necesariamente por el incremento de las inversiones en el nivel extrahospitalario, la potenciación de los capítulos del gasto en Medicina preventiva, docencia e investigación, ampliación y extensión completa de la cobertura sanitaria pública, y, a la luz de lo dispuesto legalmente, la implantación de una sola red asistencial pública en el contexto general del Servicio Nacional de Salud.

3.- Se necesita en todo el Estado, y según lo constatado para las áreas de salud de la Comunidad autónoma de Madrid una redistribución racional de recursos en atención primaria, que configure una oferta equitativa de servicios a las poblaciones. En el momento actual esta circunstancia requiere una potenciación decidida de los nuevos Centros de Salud y un determinante impulso para su implantación por todo el territorio.

4.- Dentro de las políticas generales de educación sanitaria es preciso trazar las líneas tendentes a modificar actitudes entre los usuarios que promuevan cambios en sus hábitos de utilización de servicios de salud hacia otros que comprendan un uso más racional de los mismos.

En este sentido parece necesario también promover en los profesionales sanitarios inquietudes que signifiquen un cambio de costumbres en la administración de los recursos que manejan, sobre la base no solo de racionalización del gasto si no, y sobre todo, en función de las mayores cotas de salud que estos cambios pueden generar entre los usuarios.

5.- En función del progresivo envejecimiento de la población española y la madrileña es preciso, dentro de la política general sanitaria, una previsión de planes que comprendan la atención creciente en materia de salud y servicios sociales a los colectivos de ancianos, considerando dentro de ella las peculiares características del uso de los servicios y de la morbilidad demandada que tales grupos poblacionales muestran.

8.- RESUMEN

La avalancha inmigratoria que recibió la Comunidad de Madrid en los años del crecimiento económico incidió de manera desigual en los municipios y las zonas geo-políticas que la conforman. Así, el centro del municipio de Madrid fué más respetado que otras zonas, y el área 6, en ése centro de la capital, experimentó una pérdida de población en los 15 años previos al que se refiere el estudio (periodo 1970/1986) de un 29 %, mientras que el área 9, en el cinturón industrial del Sur de Madrid (zona preferente de esa recepción poblacional) crecía en el mismo periodo un 389 %.

Tras el periodo de la crisis económica reciente las zonas que experimentaron el extraordinario crecimiento a que se alude han tendido a la estabilización. En concreto el área 9 en el último quinquenio previo al estudio (1981/1986) enlenteció su incremento poblacional creciendo tan solo un 7,4 %, a la vez que el área central de la capital afianzaba su tendencia a la recesión demográfica experimentando un decremento de un 7,5 % de su población.

Estos condicionantes dinámicos demarcaron en ambas áreas y de manera nítida la estructura etaria de sus poblaciones. En el año del estudio aparece el área 6 como un área extraordinariamente envejecida: mientras en toda la CAM el Índice de envejecimiento era de 44,8 %, el área 6 registraba un Índice de 154 %. El área 9, por el contrario, aparecía con una estructura joven, fruto de la distorsión inmigratoria y de los excesos de natalidad que ella provocó, encontrando entonces un Índice de envejecimiento de, tan sólo, 13,6 %, y una Razón de fecundidad de 306,3 por mil, frente a la del área 6 que era de 170,6 por mil.

El área 6, además, aparece como más favorecida desde la observación de algunas características de desarrollo social y económico. A pesar de que ambas áreas presentan indicadores de actividad laboral más bien discretos, en el área 6 lo son a costa de un gran volumen de población anciana, mientras que en área 9 dependen básicamente de un exceso proporcional de población infantil. De esta manera la Tasa bruta de actividad del área urbana era en 1987 de 38,3 % frente a un 33,9 % en el área periférica.

El área 9 registraba una mayor Tasa de paro laboral: un 16,1 % mientras que el área 6 ofrecía una de 14,7 %. La ocupación por sectores de la actividad era también diferente en esas dos áreas: mientras que la ocupación fundamental del área 6, como corresponde a poblaciones de mayor nivel de desarrollo, se centraba primordialmente en los servicios (76 % de sus individuos activos) ésa ocupación era tan solo de 58 % entre los del área 6.

Se objetiva un superior nivel de instrucción entre los individuos del área urbana: un 5,5 % de ellos poseen estudios de tercer grado frente a un 2,3 % de individuos del área 9 que reconocen poseer ese grado escolar.

Consecuentemente con todo lo expuesto, y sobre todo debido al rápido crecimiento poblacional, la implantación de equipamientos y la puesta en marcha de servicios no se han adecuado convenientemente a las necesidades de la población del área 9, apareciendo, en los indicadores analizados, en franca desventaja como demuestra la relación de 0,34 bancos de comercio por mil habitantes frente a 1,54 en el área 6. Entre otros servicios la oferta sanitaria en atención primaria es también más desfavorable en el área 9. En concreto ése área aparece en el año 1987 con un indicador "Médico de atención primaria por mil habitantes" de 0,73, bastante por debajo del indicador de la CAM (1,18) y aún mucho más bajo que el del área 6 (1,60).

Esta situación de oferta de servicios sanitarios de primer nivel en desventaja respecto a otras zonas condiciona que el área 9 presente una media de consultas por médico y día extraordinariamente alta: 63,1. En ese mismo año la media de la CAM para este indicador se situaba en 39,7 y la del área 6, mejor dotada de servicios, de 33,7.

En concordancia con los hallazgos de otros estudios para el global de la CAM se aprecia, entre la población usuaria de los servicios de atención primaria, un exceso proporcional de mujeres (61,7 %) respecto a la composición de la población general. En este sentido cabe decir que la población usuaria de los servicios de atención primaria de salud no aparece como una muestra representativa de la población general si no más bien como una submuestra que se selecciona en función del impacto de unos factores que inciden, y con diferente suerte, sobre el colectivo general y que son los que determinan el uso de los servicios. De esta forma mientras que sólo un 10,3 % de la población de la CAM es mayor de 65 años en las consultas encontramos un 28,8 % de individuos mayores de esa edad, y mientras que entre la población general se encuentra un 50 % de sujetos inactivos, entre la población usuaria hallamos un 64,5 % de sujetos en esa circunstancia laboral.

Los analfabetos encuentran también una representación excesiva en las consultas respecto a la que les correspondería en función de su peso específico en la población general: un 5,1 % de usuarios lo son y sólo un 3,6 % de la población general carece de toda instrucción.

Un 16,5 % de usuarios de la CAM reconoce la utilización de alguna otra red asistencial además de la pública. Son los usuarios de mayor nivel de instrucción los que con mayor frecuencia presentan esa utilización mixta pública y privada: un 34 % de los que poseen estudios superiores. De entre todos los encuestados analfabetos en solo un 3,8 % de ellos concurre esta circunstancia. En los Equipos de Atención Primaria esta adscripción adicional sólo se encuentra en un 9,8 % de los usuarios.

Un 54,8 % de los usuarios acude a consulta porque se sienten enfermos, y un 34,6 % lo hace con el único motivo de que se le extienda una receta. En esta variable se aprecia también la incidencia de la oferta cualitativa del servicio: sólo acuden a por recetas un 23,2 % de los encuestados atendidos por un Equipo de Atención Primaria. Este interés exclusivamente prescriptorio es más acusado en la medida que avanzamos en la escala ordinal de edades: así un 51,7 % de los mayores de 65 años asisten a la consulta solamente por ese motivo.

La frecuentación media de la consulta al mes por cada usuario es de 2,1. Son los individuos más favorecidos en nivel de instrucción los menos frecuentadores: 1,6 para los encuestados con nivel de estudios superior.

El 8,6 % de los usuarios es derivado a un servicio de radiología y un 18,7 % lo es para realizar alguna exploración de laboratorio. Los encuestados de peor nivel de instrucción son más frecuentemente derivados a esos servicios. Así un 15,2 % de los usuarios sin ninguna instrucción son derivados a radiología tras la consulta y un 26,5 % de ellos lo son a laboratorio. Se registra, así mismo, un mayor uso de esos servicios de referencia entre los encuestados que acuden a consulta en un Equipo de Atención Primaria: 9,8 % a radiología y 21 % a laboratorio.

Un 50,4 % de los encuestados afirma sentirse satisfecho o muy satisfecho con la asistencia que se le brinda en el servicio sanitario público de atención primaria, y un 16,4 % se declara insatisfecho o muy insatisfecho. Esta percepción subjetiva de la calidad asistencial parece relacionarse con el nivel de masificación de las consultas. Por ello entre los encuestados que asisten a una consulta con más de 60 usuarios el porcentaje de insatisfacción en cualquiera de sus grados asciende a un 22 %, mientras que entre los que lo hacen a una consulta con menos de 10 usuarios la satisfacción en cualquiera de sus grados se hace evidente para un 57,6 % de ellos. Los mayores de 65 años se muestran satisfechos o muy satisfechos en mayor proporción: 67,6 %. Los que ostentan estudios superiores aparecen, sin embargo, como más exigentes con el servicio ya que un 28,2 % de los mismos afirma sentirse insatisfechos o muy insatisfechos.

Un 80 % de los encuestados abandona la consulta con alguna receta. Este elevado índice de prescripción aparece en alguna medida determinado por la oferta cualitativa del servicio: los usuarios que son atendidos por un Equipo de Atención Primaria rebajan discretamente esta frecuencia situándola en un 69,2 %. La media de recetas extendidas por usuario en este estudio es, así mismo, muy elevada: 1,7. Sin duda llega a extremos excesivos entre los mayores de 65 años: 2,3. Aparece como inferior a la media entre los encuestados en los Centros de Salud (Equipos de Atención Primaria): 1,4.

La percepción de que la asistencia en el primer nivel asistencial está mejorando es mayor entre los atendidos en un Equipo de Atención Primaria: un 62 % frente a un 36 % para el

conjunto de los centros.

Los trámites burocráticos aparecen en el conjunto de la CAM como la actividad más frecuente en la consulta: un 15,5 % de los usuarios son atendidos para recibir una prescripción sin examen. El problema de salud más atendido es la Infección respiratoria aguda (9,9 % de todas las consultas) seguido de la Hipertensión arterial no complicada (5,8 %). Se constata en el estudio que los analfabetos son los que más consultas burocráticas solicitan (23,9 % de todas las que realizan) y que en los Equipos de Atención Primaria es donde menor número de consultas se efectúan por este motivo (9,7 %).

Las patologías crónicas están presentes en una elevada proporción de usuarios: 33,7 % de ellos son portadores de alguna de las nueve patologías crónicas más frecuentes. Su presencia parece ser el factor que de una manera más determinante condiciona el uso del servicio. La Osteoartritis y enfermedades afines son, de entre todas las patologías crónicas, las más presentes entre los usuarios (9,2 % de ellos son portadores de algunos de estos procesos). La Hipertensión arterial no complicada es la segunda patología crónica más frecuente entre los encuestados (un 8,4 % de ellos la padecen), siendo, además, la patología crónica que más consultas origina: un 27,6 % de los hipertensos presentes en la consulta acude por alguna circunstancia derivada de su enfermedad.

La circunstancia de ser portador de alguna patología crónica aparece íntimamente relacionada con algunas características de los usuarios como son: la edad avanzada (el 60 % de los mayores de 65 años era portador de alguna de las nueve enfermedades crónicas más frecuentes) y el nivel de instrucción (un 55,3 % de los analfabetos presentaba alguna de esas nueve patologías y tan solo un 18,4 % de los encuestados con estudios superiores). Esta circunstancia, como se ha señalado, condiciona un uso frecuente del servicio sanitario y altos niveles de prescripción de fármacos.

Las áreas de estudio, como se ha explicado, componen cada una de ellas realidades demográficas, sociales, económicas y de oferta de servicios sanitarios radicalmente diferentes. En concordancia con todo lo visto hasta aquí deben contener, por tanto, patrones de utilización de servicios también distintos. Así es efectivamente, y en especial a lo que concierne a algunas variables. Por consiguiente se constata en este estudio que el área envejecida, urbana, más desarrollada en lo económico y mejor dotada de servicios (área 6) presenta una adscripción a otras redes asistenciales además de la pública entre un 24,4 % de los usuarios, mientras que esta adscripción adicional solo la encontramos en un 7,2 % de los usuarios del área 9 (área joven menos desarrollada y peor dotada de servicios).

Sin duda en este fenómeno interviene el hecho de que la masificación en las consultas sea máxima en el área 9: más de la mitad de sus consultas presentan más de 60 usuarios al día, mientras que este umbral solo lo alcanza un 11,6 % de las

consultas del área 6. Ello condiciona sin duda el hecho de que el 25 % de los usuarios encuestados en el área 9 se consideren insatisfechos con la asistencia que reciben, mientras que en el área 6 esta proporción se sitúa en la mitad: 12,5 %.

La percepción de que la reforma sanitaria está empeorando la asistencia está presente en un 13,7 % de los encuestados en el área 9, y esta misma sensación sólo la refiere un 5,2 % de los usuarios del área 6.

Como resulta lógico al hilo de todo lo visto la presencia de usuarios con alguna patología crónica es más común entre los encuestados del área 6 (un 43,6 % es portador de alguna de las nueve patologías crónicas más frecuentes) mientras que esta proporción desciende en el área 9 a solamente un 24,5 % de los individuos que acudieron a la consulta.

9.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abramson J.H. Survey methods in community medicine: An introduction to epidemiological and evaluative studies. 3ª edición. London. Churchill-Livingstone. 1984; 254-272.
- 2.- Almenar Roig F., Martí Vidal J.F., Martínez García-Olalla M.J. y cols. Utilización de los servicios de Medicina general en la Comunidad Autónoma de Valencia. Atención Primaria 1986; 3: 59-66.
- 3.- Alvarez Herrero C., Ayala Luna S., Oria Fernández A., y cols. La demanda asistencial en el Centro de Atención Primaria de Parla. Atención Primaria 1987; 4:439.
- 4.- Andersen R.A. A behavioral model of families use of health services. HSA studies. Univ. of Chicago. Research series nº 25. 1968.
- 5.- Assex-Carter A.J. A manual of public health and community medicine. 1979. Bristol Wright.
- 6.- Ayuntamiento de Madrid. Anuario estadístico de Madrid. 1987.
- 7.- Beasley J.W., Hansen M.F., Ganiere A.S. y cols. Ten central elements of family practice. J.Fam.Pract. 1983; 16 : 551-555.
- 8.- Bice T.W., Eichhorn R., Fox P.D. Socioeconomic status and use of physician services: A reconsideration. Med.Care. 1972; 10: 261-275.
- 9.- Boletín Oficial del Estado. Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad. 14 de Diciembre de 1942.
- 10.- Boletín Oficial del Estado. Ley de Bases de la Sanidad Nacional. 22 de Noviembre de 1944.
- 11.- Boletín Oficial del Estado. Ley de Régimen Local. 24 de Junio de 1955.
- 12.- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2015/78 por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. 29 de Agosto de 1978.
- 13.- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 3303/78 que regula la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica. 2 de Febrero de 1979.
- 14.- Bonet Bertomeu J.M., Roca M., Moretó A. y cols. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria: mejora asistencial y reducción del gasto farmacéutico. Atención Primaria 1984; 1: 287-289.

- 15.- Bravo F., de Miguel J.M., Polo R. y cols. Sociología de los ambulatorios. 1979. Edit. Ariel, Barcelona.
- 16.- Carrasco de la Peña J.L. El método estadístico en la investigación médica. Edit. Ciencia 3. 2ª edición. Madrid.
- 17.- Carro Ramos J.M. reforma de la Atención Primaria de Salud en España. Atención Primaria. 1985; 2: 3-6.
- 18.- Centro Internacional para la Medicina Familiar-WONCA. CIPSAP-2 Definida. 1986. Buenos Aires.
- 19.- Consejería de Economía de la Comunidad Autónoma de Madrid. Departamento de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes de la Comunidad de Madrid. 1986. Madrid.
- 20.- Consejería de Economía de la Comunidad Autónoma de Madrid, Departamento de Estadística; y Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid, Dirección General de Planificación, Formación e Investigación. Boletín trimestral de Demografía y Salud. Enero, 1988. Madrid.
- 21.- Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid. Instituto Regional de Estudios. Mapa de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid. Tomo I: Zonificación socio-sanitaria, bases para una regionalización de servicios. 1986. Madrid.
- 22.- Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid. Instituto Regional de Estudios. Mapa de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid. Tomo II: Perfiles de la estructura social y demográfica de las Areas, Distritos y Zonas Básicas. 1987. Madrid.
- 23.- Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid. Secretaría general Técnica. Decreto 19/1989 por el que se actualiza la zonificación de salud de la Comunidad de Madrid. B.O.C.M. de 16 de Marzo de 1988. Madrid.
- 24.- Courtenay M.J.F., Curwen M.F., Dawe W. Frequent attendance in a family practice. J.R.Coll.Gen.Pract. 1974; 24: 251-261.
- 25.- Del Rey Calero J. Método epidemiológico y Salud Comunitaria. Edit. Interamericana. 1989. Madrid.
- 26.- De la Revilla L., Aranda J.M., Luna J.D. Influencia de las variables socioeconómicas y de la cultura sanitaria familiar en el uso de la consulta médica. Atención Primaria. 1987; 4: 472-480.

- 27.- Delgado A., Melguizo M., Guerrero J.C. y cols. Análisis de las interconsultas de un centro urbano. Atención Primaria. 1988; 5: 359-364.
- 28.- Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Edit. La Prensa Médica Mexicana. 1984; 7-28.
- 29.- Editorial. Evaluación de la opinión del usuario y el control de calidad. Atención Primaria. 1985; 2: 61.
- 30.- El País. Anuario El País de 1987. Edit. Prisa. Madrid, 1988.
- 31.- El País. Anuario El País de 1988. Edit. Prisa. Madrid, 1989.
- 32.- Flahault D. Relación entre los agentes de salud de la comunidad, los servicios sanitarios y la propia comunidad. Crónica de la OMS. 1978; 32: 162-167.
- 33.- García Boró S. Demanda y servicios generados en una consulta de Medicina general. Importancia de los problemas de Salud mental. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. 1988.
- 34.- García Olmos L.M. La normalización de los registros. Clasificaciones en Atención Primaria. En Gervas J.J. Los sistemas de registro en Atención Primaria de Salud. Edit. Díaz de Santos. 1987; 91-136.
- 35.- Gené Badía J., Mas M., Rams F. y cols. Análisis de la prescripción farmacológica de la Unidad Docente de Cornellá de Lobregat. Atención Primaria. 1984; 1: 279-286.
- 36.- Gervas J.J., Pérez Fernández M.M., García Sagredo P. Acerca de la Atención Primaria y los registros. En Los sistemas de registro en Atención Primaria de Salud. Edit. Díaz de Santos. Madrid. 1987; 1-23.
- 37.- Gillam D.M. Referral to consultants. The National Health Service versus private practice. J.R.Coll.Gen.Pract. 1985; 35: 15-18.
- 38.- Hodgkin P., Metcalfe D. Clustering Diagnoses: A method of interpreting morbidity data. J.Fam.Pract. 1984; 20: 228-242.
- 39.- Ibáñez J.A., González Barrio I., Sánchez Ibáñez A. y cols. Estudio descriptivo de la morbilidad en la Zona de Salud de Miralbueno (Zaragoza). Atención Primaria 1988; 5:399.

- 40.- Illich I. Limits to medicine. Médical Nemesis: The expropriation of health. London. Marion Boyars. 1976.
- 41.- Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España de 1987. Madrid. 1988.
- 42.- Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España de 1988. Madrid. 1989.
- 43.- INSALUD. Dirección Provincial de Madrid. Relación de consultorios de Madrid. Madrid, 1987.
- 44.- INSALUD. Dirección Provincial de Madrid. Gabinete de Estudios. Estudio Periódico de Morbilidad y Demanda Atendida. I, II, III, y IV lanzamiento de 1987. Madrid. 1987.
- 45.- INSALUD. Dirección Provincial de Madrid. Informes de Gestión. Enero a Diciembre de 1987. Madrid, 1987 y 1988.
- 46.- Jiménez Rubio D., Rigall Casanovas X., Maiques Galán A y cols. Utilización de los servicios de urgencia hospitalarios por la población de un centro de atención primaria. Atención Primaria. 1988; 5: 314-317.
- 47.- Jurado Duce M., López Ríos J., Torrella A. y cols. Estudio mediante encuesta de la morbilidad y la demanda atendida por los profesionales de la salud en el medio rural de la provincia de Granada. Atención Primaria. 1985; 2: 260-264.
- 48.- Lombardero Rico E. Estudio de la demanda asistencial de una zona rural de Asturias. Atención Primaria. 1985; 2: 73-79.
- 49.- Mansilla P.P. Reforma Sanitaria. Fundamentos para un análisis. Edit. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1986. Madrid.
- 50.- Martín Zurro A. Demanda y Servicios generados por los procesos más frecuentes en la consulta de Medicina General. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. 1987.
- 51.- Martín Zurro A. y Cano Pérez J.F. La Atención Primaria de Salud. En Martín Zurro A., y Cano Pérez J.F. Manual de Atención Primaria. Edit. Doyma. 2ª edición. Barcelona. 1986; 5-6.
- 52.- Mateos Sancho C., Criado Alcázar A., de la Iglesia Martínez I. y cols. Análisis del grado de satisfacción de la población atendida en el Centro de Salud de Huerta de la Reina (Córdoba). Atención Primaria. 1988; 5: 192-196.

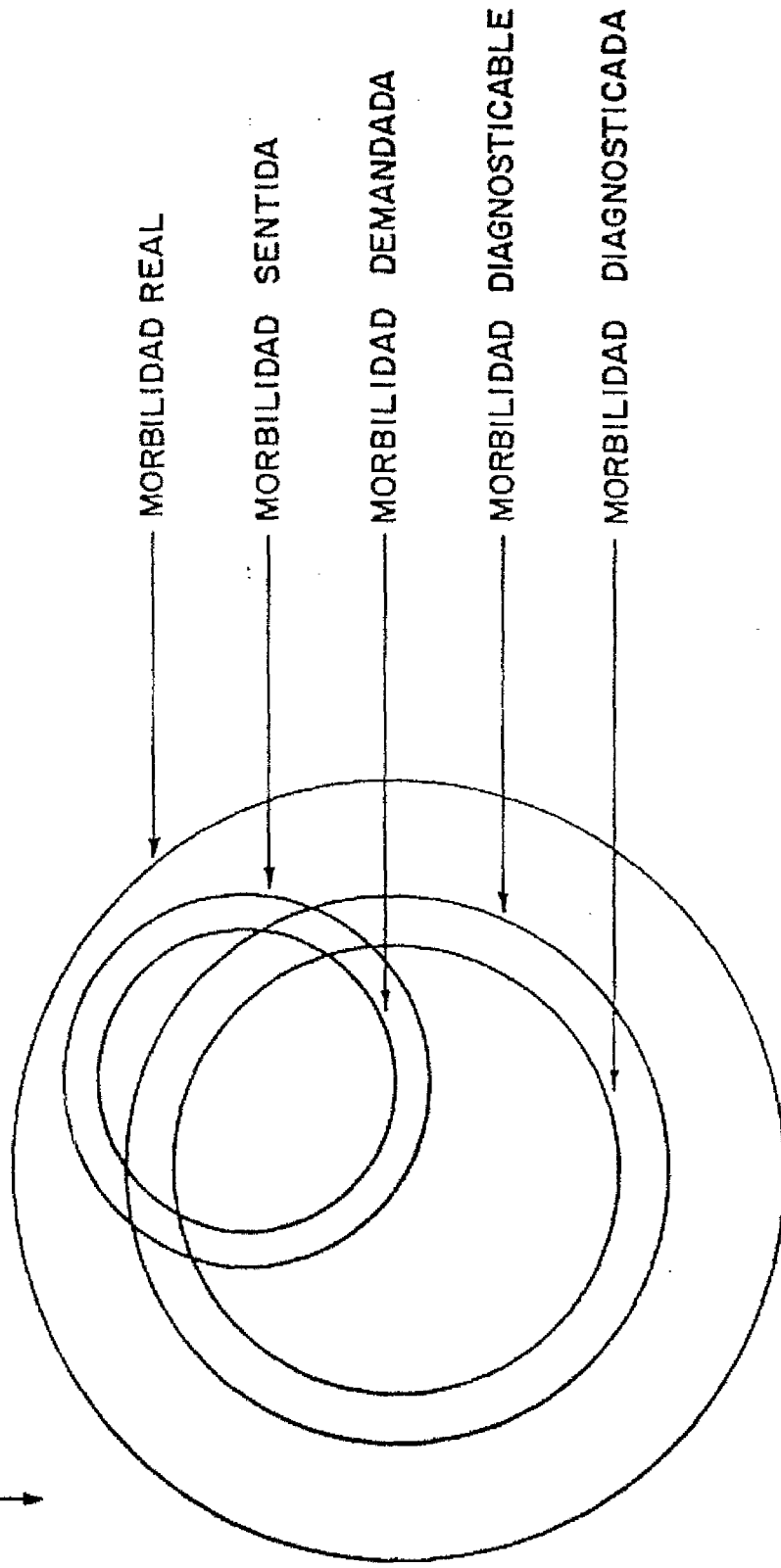
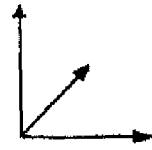
- 53.- Metcalfe D.H. Trends in the utilisation of the National Health Service. J.R.Coll.Gen.Pract.. 1983; 33: 615-617.
- 54.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Asistencia Sanitaria. Indicadores de Gestión. Resumen anual de 1987. Madrid, 1988.
- 55.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Ley General de Sanidad. (Ley 14/1986 de 25 de Abril de 1986).
- 56.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Guía para la elaboración del Programa del Adulto. 1985. Madrid.
- 57.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Guía de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria. 1985. Madrid.
- 58.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud. B.O.E. de 1 de Febrero de 1984.
- 59.- Montaner I., Llor J., Tellado J. y cols. Descripción de la demanda asistencial en la Unidad Docente de Tortosa. Atención Primaria. 1985; 2: 203-208.
- 60.- Moreno Martín M.L., Rodríguez Serra R.M., Catalán J.B. y cols. Estudio de Morbilidad en Atención Primaria, Algemesí (Valencia). Atención Primaria. 1985; 2: 203-208.
- 61.- O.M.S./O.P.S. Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión. Volumen I. Washington. 1978.
- 62.- O.M.S. Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Atá. Ginebra. 1978.
- 63.- O.M.S. Enfermería en apoyo del objetivo de Salud para Todos en el año 2000. Alma-Atá. 1978.
- 64.- O.M.S. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la Salud para todos en el año 2000. Ginebra. 1981.
- 65.- Pineault R., Daveluy C. La Planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Edit. Masson, y Salud y Gestión. 1987. Barcelona.
- 66.- Pressat R. Introducción a la Demografía. 1ª edición. Barcelona. Edit. Ariel. 1985; 33-53.
- 67.- Pritchard P. Manual of primary health care. Its nature and organisation 2ª edición. London. Oxford University Press. 1981; 1-7.

- 68.- Recio Barbier M., Arangúren Aizpurúa E., Uranga Sarriego I., y cols. Factores socioeconómicos y demanda. Valoración de un sistema de registro. Atención Primaria. 1988; 5: 95-102.
- 69.- Ruiz de Castroviejo A., Carravilla J.R., Itxaso M.S. y cols. Atención Primaria de Salud: Tipo de asistencia y utilización de los servicios públicos INSALUD y/o privados. Atención Primaria. 1985; 2: 154-159.
- 70.- Sonis A. Medicina sanitaria y atención de la salud. Edit. Ateneo. Buenos Aires. 1978.
- 71.-Tejeiro A. El conocimiento de la morbilidad. Alguna experiencia cubana. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. 1983. Ciudad de La Habana.
- 72.- Turabián J.L., Rivas A., Artall T. y cols. Estudio descriptivo de indicadores asistenciales en la consulta de Medicina General de un ambulatorio de la Seguridad Social. Atención Primaria. 1985; 2: 303-304.
- 73.- Turabián J.L., Jaen I., Moya A., y cols. La calidad de la receta en atención primaria. Atención Primaria. 1987; 4: 383.
- 74.- Vuori H.V. El control de la calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Edit. Masson. 1988. Barcelona.
- 75.- Zhilinskas Y. Metodología de planificación y financiamiento de la Salud Pública soviética y sus aspectos económicos. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. 1979. Ciudad de La Habana.
- 76.- Zusman L. Design of catalement areas for community mental health services. Arch. Gen. Psych. 1969; 21: 568-573.

10.- ANEXOS

ANEXO No. 1
TIPOS DE MORBILIDAD

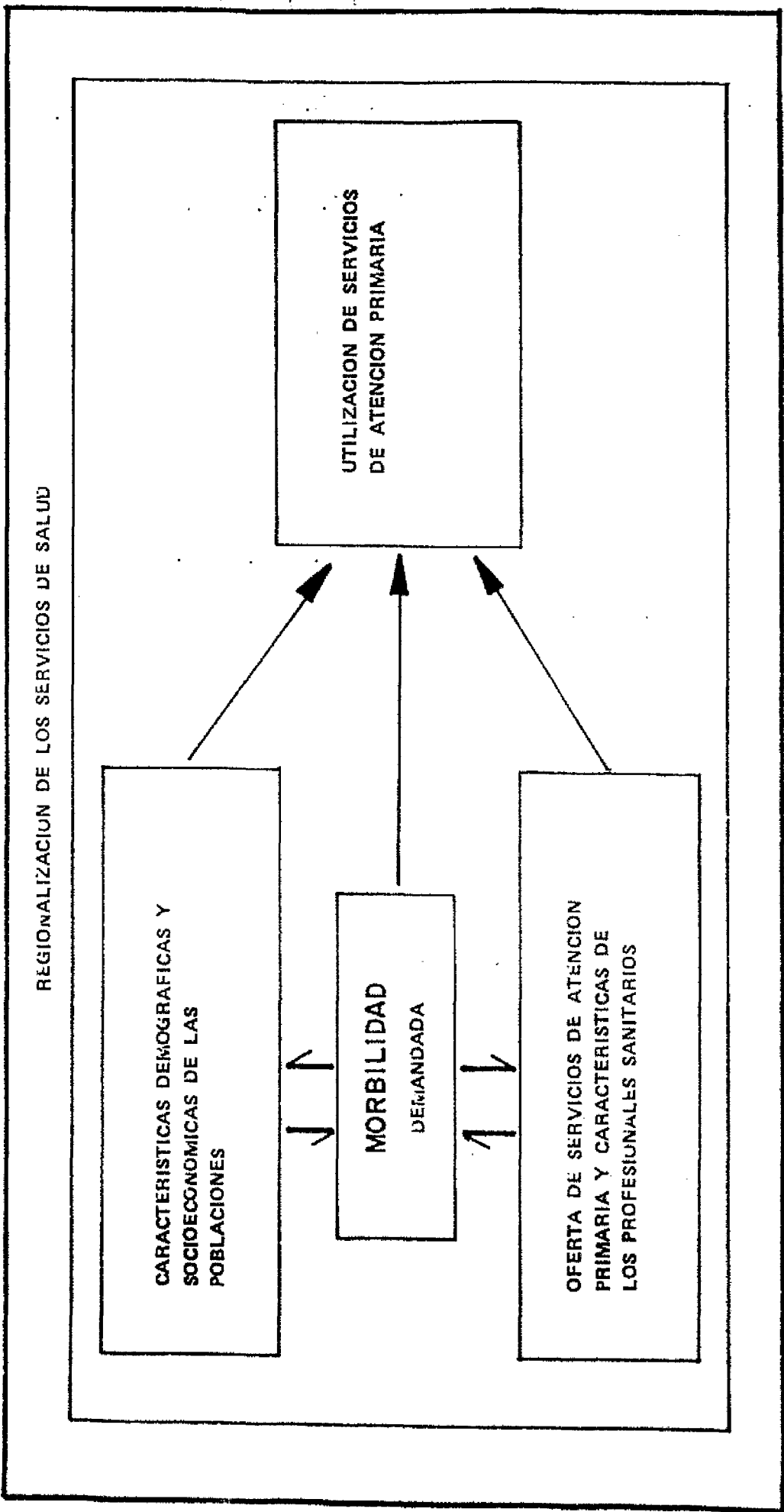
SALUD



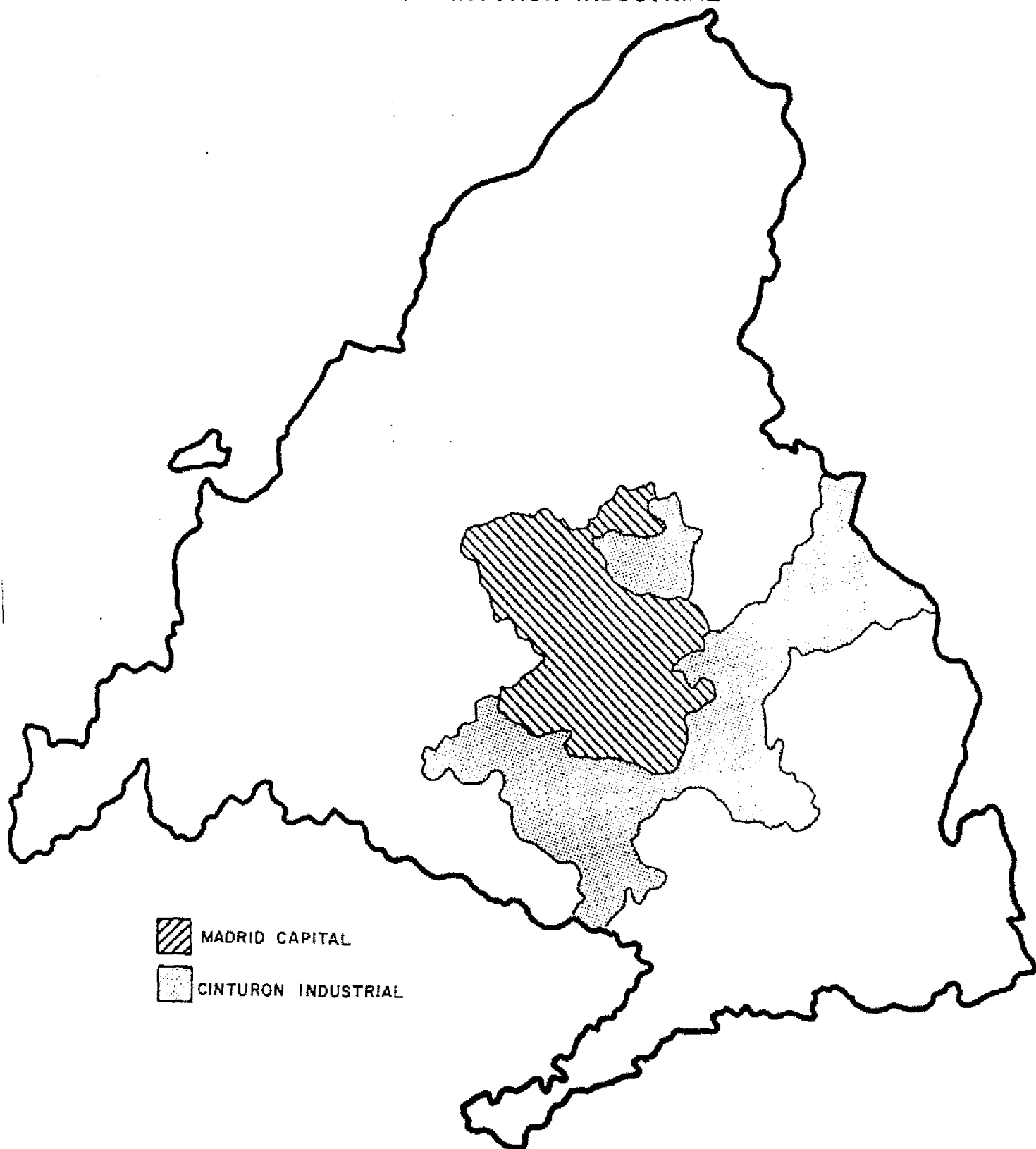
FUENTE : MODIFICADO DE PINEAULT, R. ; " LA PLANIFICATION DES SERVICES DE SAUTE : UNE PERSPECTIVE EPIDEMIOLOGIQUE " ADMINISTRATION HOSPITALAIRE ET SOCIDE , MARS-AVRIL 1979 . Pag. 7

ANEXO No. II
DETERMINANTES DE LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA

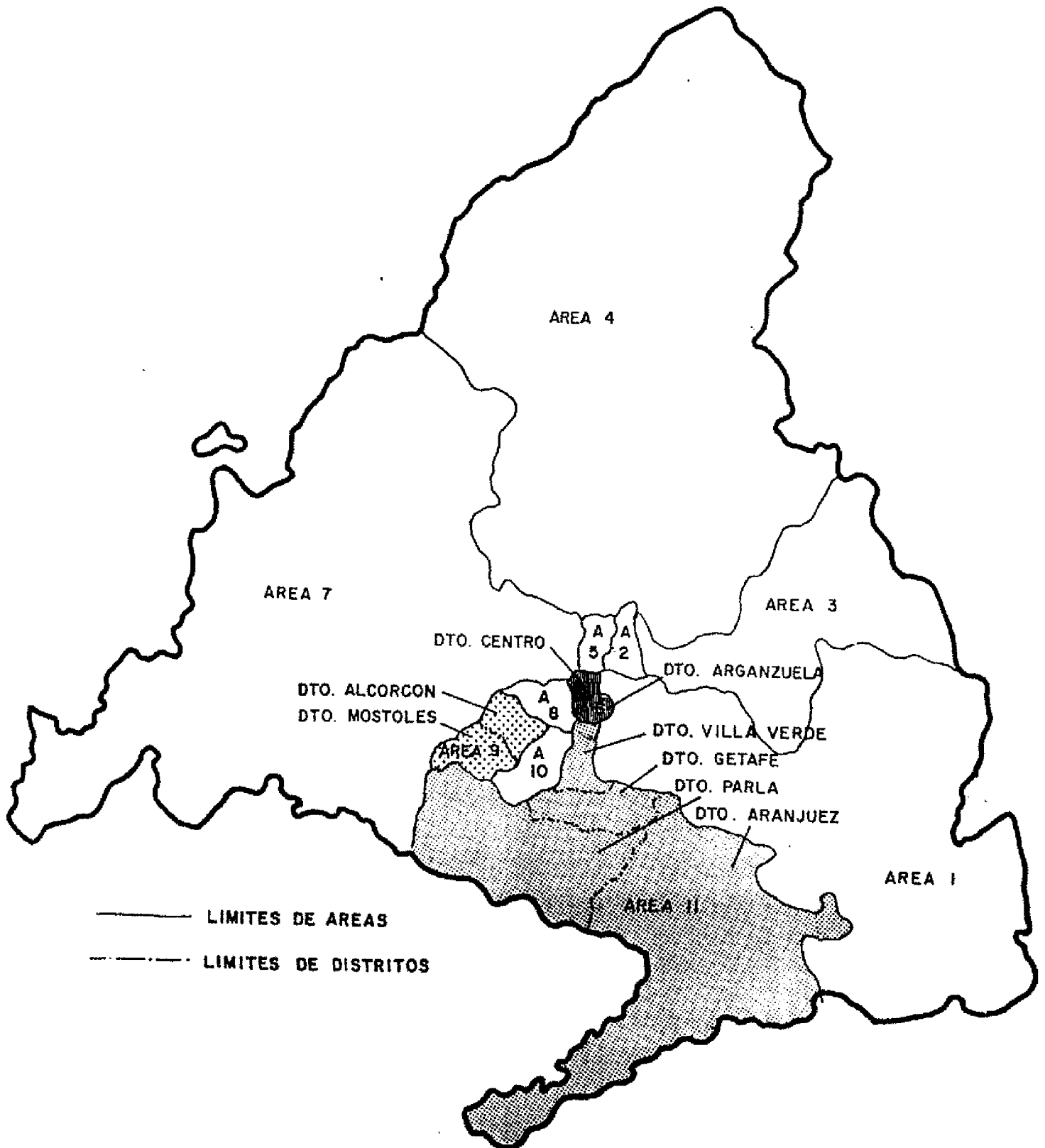
ORGANIZACION SOCIOPOLITICA DEL ESTADO



ANEXO No. III
COMUNIDAD AUTONOMA DE MADRID
MADRID CAPITAL Y CINTURON INDUSTRIAL

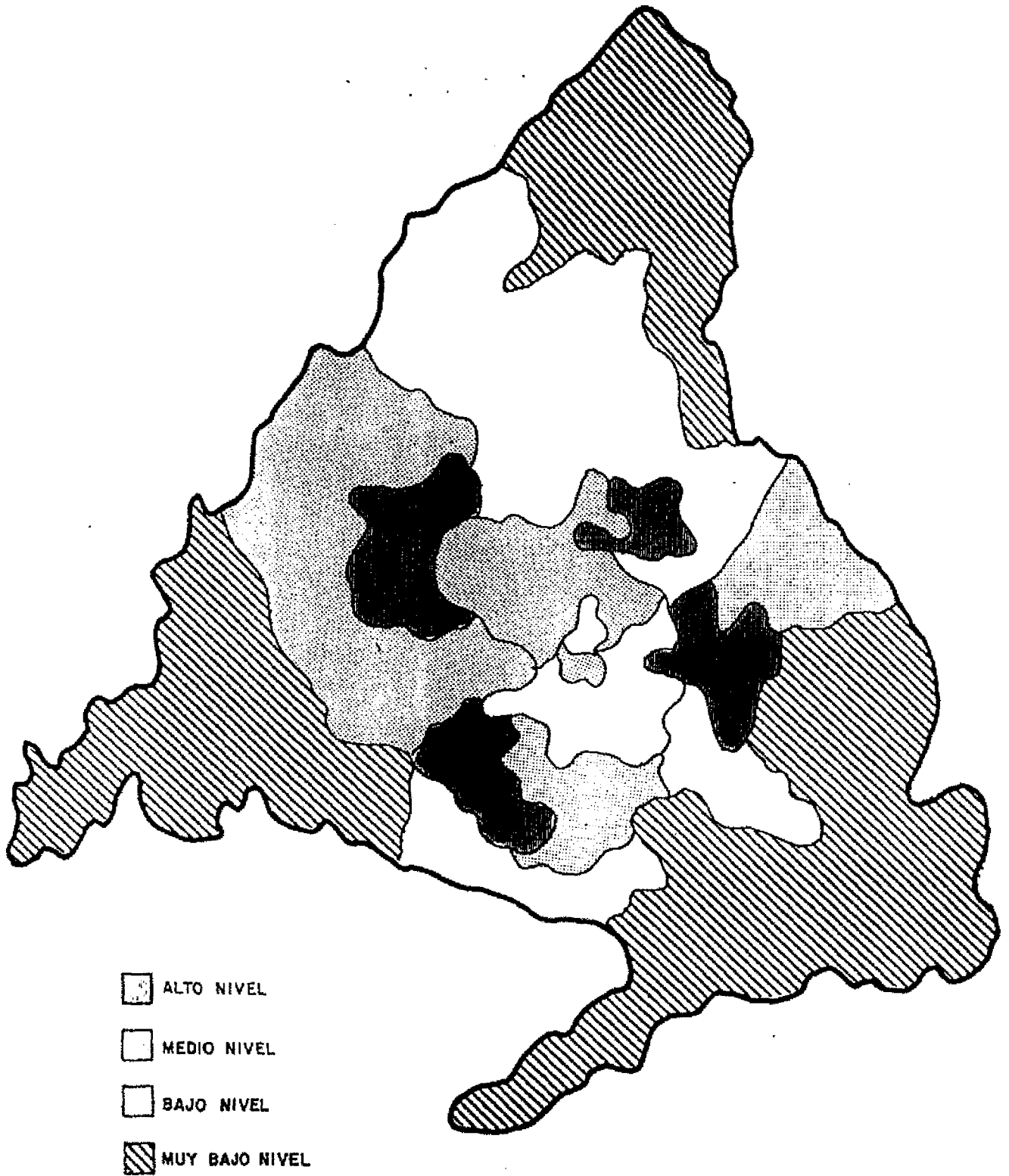


ANEXO No. IV
COMUNIDAD AUTONOMA DE MADRID
AREAS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES
DISTRITOS SANITARIOS DE LAS AREAS 6, 9 Y II



ANEXO No. V

COMUNIDAD AUTONOMA DE MADRID
ZONAS SEGUN NIVEL DE DESARROLLO DEMOGRAFICO
Y SOCIOECONOMICO



ANEXO VI

GRAFICO 1. POBLACION DE LA CAM.

Gr. edad.	Total	Varón	% Varones	Hembra	% Hembras
0 - 4	288,048	148,317	3.10	139,731	2.92
5 - 9	386,394	198,179	4.15	188,215	3.94
10 - 14	430,801	221,271	4.63	209,530	4.38
15 - 19	411,952	210,583	4.40	201,369	4.21
20 - 24	396,837	199,361	4.17	197,476	4.13
25 - 29	369,242	180,526	3.78	188,716	3.95
30 - 34	334,446	160,915	3.37	173,531	3.63
35 - 39	336,207	162,182	3.39	174,025	3.64
40 - 44	304,601	147,750	3.09	156,851	3.28
45 - 49	265,842	128,232	2.68	137,610	2.88
50 - 54	281,373	135,170	2.83	146,203	3.06
55 - 59	259,896	121,845	2.55	138,051	2.89
60 - 64	219,187	99,849	2.09	119,338	2.50
65 - 69	163,069	68,457	1.43	94,612	1.98
70 - 74	138,350	54,860	1.15	83,490	1.75
75+	194,327	64,582	1.35	129,745	2.71
Total:	4,780,572	2,302,079	48.15	2,478,493	51.85

ANEXO VII

GRAFICO 3. POBLACION DEL AREA 6.

Gr. edad.	Total	Varón	% Varones	Hembra	% Hembras
0 - 4	10,411	5,384	2.05	5,027	1.92
5 - 9	12,136	6,258	2.38	5,878	2.24
10 - 14	13,987	7,089	2.70	6,898	2.63
15 - 19	17,102	8,570	3.27	8,532	3.25
20 - 24	20,947	10,423	3.97	10,524	4.01
25 - 29	21,300	10,440	3.98	10,860	4.14
30 - 34	17,628	8,559	3.26	9,069	3.46
35 - 39	14,948	7,252	2.76	7,696	2.93
40 - 44	13,215	6,111	2.33	7,104	2.71
45 - 49	13,022	5,782	2.20	7,240	2.76
50 - 54	16,137	7,018	2.67	9,119	3.47
55 - 59	18,332	7,774	2.96	10,558	4.02
60 - 64	18,060	7,340	2.80	10,720	4.08
65 - 69	15,777	5,844	2.23	9,933	3.78
70 - 74	15,756	5,710	2.18	10,046	3.83
75+	23,705	7,347	2.80	16,358	6.23
Total:	262,463	116,901	44.54	145,562	55.46

ANEXO VIII

GRAFICO 5. POBLACION DISTRITO CENTRO.

Gr. edad.	Total	Varón	% Varones	Hembra	% Hembras
0 - 4	4,703	2,393	1.67	2,310	1.61
5 - 9	5,427	2,778	1.93	2,649	1.84
10 - 14	6,733	3,433	2.39	3,300	2.30
15 - 19	8,751	4,389	3.06	4,362	3.04
20 - 24	11,237	5,571	3.88	5,666	3.94
25 - 29	11,611	5,794	4.03	5,817	4.05
30 - 34	8,962	4,424	3.08	4,538	3.16
35 - 39	7,595	3,746	2.61	3,849	2.68
40 - 44	6,809	3,243	2.26	3,566	2.48
45 - 49	6,985	3,152	2.19	3,833	2.67
50 - 54	8,671	3,755	2.61	4,916	3.42
55 - 59	10,544	4,384	3.05	6,160	4.29
60 - 64	10,673	4,202	2.93	6,471	4.50
65 - 69	9,529	3,395	2.36	6,134	4.27
70 - 74	9,746	3,316	2.31	6,430	4.48
75+	15,682	4,723	3.29	10,959	7.63
Total:	143,658	62,698	43.64	80,960	56.36

ANEXO IX

GRAFICO 6. POBLACION DISTRITO ARGANZUELA

Gr. edad.	Total	Varón	% Varones	Hembra	% Hembras
0 - 4	5,708	2,991	2.52	2,717	2.29
5 - 9	6,709	3,480	2.93	3,229	2.72
10 - 14	7,254	3,656	3.08	3,598	3.03
15 - 19	8,351	4,181	3.52	4,170	3.51
20 - 24	9,710	4,852	4.08	4,858	4.09
25 - 29	9,689	4,646	3.91	5,043	4.24
30 - 34	8,666	4,135	3.48	4,531	3.81
35 - 39	7,353	3,506	2.95	3,847	3.24
40 - 44	6,406	2,868	2.41	3,538	2.98
45 - 49	6,037	2,630	2.21	3,407	2.87
50 - 54	7,466	3,263	2.75	4,203	3.54
55 - 59	7,798	3,400	2.86	4,398	3.70
60 - 64	7,387	3,138	2.64	4,249	3.58
65 - 69	6,248	2,449	2.06	3,799	3.20
70 - 74	6,010	2,394	2.01	3,616	3.04
75+	8,023	2,624	2.21	5,399	4.54
Total:	118,815	54,213	45.63	64,602	54.37

ANEXO X

GRAFICO 7. POBLACION DEL AREA 9.

Gr. edad.	Total	Varón	% Varones	Hembra	% Hembras
0 - 4	26,035	13,346	4.26	12,689	4.05
5 - 9	40,030	20,580	6.57	19,450	6.21
10 - 14	37,438	19,354	6.18	18,084	5.78
15 - 19	24,898	12,725	4.07	12,173	3.89
20 - 24	18,495	8,954	2.86	9,541	3.05
25 - 29	21,783	10,007	3.20	11,776	3.76
30 - 34	29,259	13,574	4.34	15,685	5.01
35 - 39	33,222	16,771	5.36	16,451	5.26
40 - 44	25,454	13,346	4.26	12,108	3.87
45 - 49	15,734	8,478	2.71	7,256	2.32
50 - 54	11,500	6,039	1.93	5,461	1.74
55 - 59	8,442	4,121	1.32	4,321	1.38
60 - 64	6,574	3,048	0.97	3,526	1.13
65 - 69	5,020	2,067	0.66	2,953	0.94
70 - 74	3,998	1,643	0.52	2,355	0.75
75+	5,137	1,897	0.61	3,240	1.04
Total:	313,019	155,950	49.82	157,069	50.18

ANEXO XI

GRAFICO 9. POBLACION DISTRITO MOSTOLES.

Gr. edad.	Total	Varón	% Varones	Hembra	% Hembras
0 - 4	17,337	8,823	5.04	8,514	4.86
5 - 9	24,852	12,775	7.29	12,077	6.90
10 - 14	19,455	10,069	5.75	9,386	5.36
15 - 19	11,791	5,979	3.41	5,812	3.32
20 - 24	9,731	4,549	2.60	5,182	2.96
25 - 29	14,383	6,463	3.69	7,920	4.52
30 - 34	19,986	9,391	5.36	10,595	6.05
35 - 39	19,644	10,373	5.92	9,271	5.29
40 - 44	12,167	6,613	3.78	5,554	3.17
45 - 49	6,957	3,729	2.13	3,228	1.84
50 - 54	5,103	2,669	1.52	2,434	1.39
55 - 59	4,028	1,919	1.10	2,109	1.20
60 - 64	3,230	1,511	0.86	1,719	0.98
65 - 69	2,424	989	0.56	1,435	0.82
70 - 74	1,851	749	0.43	1,102	0.63
75+	2,194	797	0.46	1,397	0.80
Total:	175,133	87,398	49.90	87,735	50.10

ANEXO XII

GRAFICO 10. POBLACION DISTRITO ALCORCON.

Gr. edad.	Total	Varón	% Varones	Hembra	% Hembras
0 - 4	8,698	4,523	3.28	4,175	3.03
5 - 9	15,178	7,805	5.66	7,373	5.35
10 - 14	17,983	9,285	6.73	8,698	6.31
15 - 19	13,107	6,746	4.89	6,361	4.61
20 - 24	8,764	4,405	3.19	4,359	3.16
25 - 29	7,398	3,544	2.57	3,854	2.80
30 - 34	9,273	4,183	3.03	5,090	3.69
35 - 39	13,578	6,398	4.64	7,180	5.21
40 - 44	13,287	6,733	4.88	6,554	4.75
45 - 49	8,777	4,749	3.44	4,028	2.92
50 - 54	6,397	3,370	2.44	3,027	2.20
55 - 59	4,414	2,202	1.60	2,212	1.60
60 - 64	3,344	1,537	1.11	1,807	1.31
65 - 69	2,596	1,078	0.78	1,518	1.10
70 - 74	2,147	894	0.65	1,253	0.91
75+	2,943	1,100	0.80	1,843	1.34
Total:	137,884	68,552	49.72	69,332	50.28

EJEMPLAR DEL MODELO DE ENCUESTA
UTILIZADO EN EL AÑO 1987 POR EL
GABINETE DE ESTUDIOS DE LA D.P. DEL INSALUD
DE MADRID PARA EL ESTUDIO DE MORBILIDAD Y DEMANDA
ATENDIDA.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

INSALUD.DIRECCION PROVINCIAL DE MADRID

ESTUDIO MORBILIDAD Y DEMANDA ATENDIDA

Buenos días/tardes, estamos realizando un estudio para conocer opinión sobre la asistencia que el INSALUD le ofrece y neceso que nos conteste a unas preguntas.

Gracias por su colaboración.

¿Se le ha realizado alguna vez esta misma encuesta?

SI
NO

¿ De estos dos motivos por cuál de ellos ha venido Vd. hoy?

POR ASUNTO PROPIO Pasará a P. 3
POR OTRA PERSONA QUE NO HA PODIDO VENIR.....

FIN DE LA ENTREVISTA

¿Por cuál de estas causas viene?

Consulta por enfermedad
Recetas
Parte de baja/confirmación/alta
Actividades preventivas
Otras causas

Por favor ¿podría decirme cuántas veces incluida ésta ha venido durante los últimos 30 días a la consulta?

NO

--	--

(13, 14)

¿Se le ha mandado en esta consulta alguna radiografía durante el mes pasado?

SI
NO

¿Y algún análisis?

SI
NO

PEGAR ETIQUETA

P. 6 ¿Ha acudido durante el mes pasado al Hospital? (17)

SI 1
NO 2

P. 6 a ¿Quién le ha mandado? (18)

El médico 1
Citación Hospitalaria 2
Iniciativa propia 3

P. 6 b ¿A qué servicio acudió? (19)

Consulta 1
Urgencia 2
Hospitalización 3

¿A qué hospital fue? 20-2

P. 7 ¿Está Vd. satisfecho de la Asistencia Sanitaria que le ofrece el INSALUD? (22)

Muy satisfecho 1
Satisfecho 2
Normal 3
Insatisfecho 4
Totalmente insatisfecho 5

P. 8 ¿Cree que la Asistencia Sanitaria que se le ofrece es mejor que antes? (23)

Mucho mejor 1
Mejor 2
Igual 3
Peor 4
Mucho peor 5

P. 9 ¿En el último año ha estado hospitalizado alguna vez? (24)

SI 1
NO 2

→ Por qué causa: (25)

Enfermedad 1
Parto 2
Accidente 3
Otras 4

10 ¿Aparte de la Seguridad Social tiene Vd. otro tipo de Asistencia Sanitaria?

SI
NO

Sociedad Médica
Médico Particular

11 ¿Cuántas cartillas de la Seguridad Social hay en su hogar?

Nº
(28, 29)

12 ¿En total cuántas personas hay en esas cartillas?

Nº
(30, 31)

DATOS DEL ENTREVISTADO

1 Sexo: Varón
Mujer

2 Edad: AROS
(33, 34)

3 Profesión del entrevistado

3a Profesión del cabeza de familia (Sólo en Pediatr(a)

4 Nivel de estudios (en Pediatría anotar estudios del cabeza de familia).

- 1 Analfabeto
- 2 Leer y escribir
- 3 Primarios
- 4 Bachiller y Formación Profesional
- 5 Universitarios medios
- 6 Universitarios superiores

10 DE USUARIOS ATENDIDOS HOY EN ESTA CONSULTA

Nº
(38, 40)

(26)

1

2

(27)

1

2

(32)

1

2

(35)

(36)

(37)

1

2

3

4

5

6

A RELLENAR POR EL MEDICO

C.1 ¿Por qué ha venido el paciente a la consulta? Problema principal por el que acude (un sólo diagnóstico o problema)
.....
.....

C.2 Enfermedades crónicas (de base) independientes de ser o no, motivo de consulta

C.3 ¿Ha prescrito hoy medicamentos al asegurado en esta consulta?

SI
NO

FIN DE LA ENTREVISTA

C.4 Esta prescripción es para:

- Iniciar tratamiento prescrito por Vd. 1
- Continuar tratamiento prescrito por Vd. 2
- Transcribir prescripciones de otro. (Espec.-Hosp.) 3

C.5 ¿Cuántas recetas ha prescrito Vd. hoy para este asegurado?

Nº
(55,56)

(41-43)

(44-47)

(50-51)

(52-53)

(54)

(55-56)

(54)

1
2
3

(54)

(55,56)