

Una clasificación de morbilidad para el medio rural mexicano: su evaluación

MANUEL RUIZ DE CHÁVEZ,
SUSAN VANDALE-TONEY,
MALAQUÍAS LÓPEZ-CERVANTES y
JOSÉ R. NARRO-ROBLES

En los países latinoamericanos existe una gran proporción de habitantes en el medio rural que permanece en condiciones de aislamiento tales que hace urgente el optimizar al máximo la utilización de los escasos recursos disponibles para la atención de la salud.¹

En 1970 existían en México 97 580 localidades, de las que sólo 0.4 por ciento tenía más de 10 000 habitantes² y según estimaciones oficiales, en 1978 había 67 millones de habitantes, de los cuales 52 por ciento en el medio rural.³ La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) que en teoría es la institución encargada de proporcionar atención médica a la gran mayoría de esta población, contaba entonces con menos de tres mil centros y ca-

sas de salud rurales.⁴ Aunque recientemente se han desarrollado algunos servicios dependientes de otras instituciones, principalmente las de seguridad social, todavía hacen falta métodos y modelos para mejorar los servicios de salud en el medio rural.⁵

Esto da una idea de la importancia que tiene el tratar de obtener los datos más precisos posibles acerca de las condiciones de salud de la población rural y del proceso de la atención médica. No cabe duda que disponer de un instrumento adecuado al medio, que permita identificar los perfiles de la morbilidad atendida en la consulta médica, constituye una necesidad prioritaria en la lucha por mejorar la atención a la salud y aprovechar más racionalmente los recursos existentes.

Con este objeto, a partir del año 1972, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la SSA introdujeron conjuntamente un programa de mejoramiento de la atención médica de contacto primario en algunos centros de salud del estado de Morelos. Una de las prioridades fue la obtención de datos referentes a las actividades médicas. Inicialmente se utilizó la octava revisión de la Clasificación In-

Recibido: 24 de abril de 1981.

Aceptado: 2 de noviembre de 1981.

* Todos los autores: Departamento de Medicina General/Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

ternacional de Enfermedades (CIE) propuesta por la OMS en el año 1965⁶ para registrar los diagnósticos generados en la consulta, pero después de algunos años de experiencia en el uso de esta clasificación y debido a ciertos problemas surgidos como consecuencia de su gran magnitud, se vio la necesidad de contar con otro sistema más acorde con las posibilidades de diagnóstico de las unidades de primer contacto en el medio rural.⁷

A fin de solucionar este problema, el Departamento de Medicina General/Familiar y Comunitaria, responsable del citado programa de atención médica, elaboró en el año 1976 una clasificación de enfermedades más breve, la cual ha venido utilizando desde entonces (DMGFC). La clasificación DMGFC se elaboró a partir de la CIE y en su forma definitiva contiene 17 categorías y 98 rubros específicos que fueron seleccionados con base en la experiencia adquirida mediante el uso de la CIE y a los diagnósticos observados en los años previos.

El objeto del presente trabajo es evaluar la clasificación DMGFC en cuanto a su eficacia para interpretar la morbilidad atendida en la consulta. Para este fin y utilizando los diagnósticos generados en el programa de atención médica en el estado de Morelos, se decidió hacer una comparación de la DMGFC con otros dos sistemas de clasificación que se han empleado con mucha frecuencia y que están reconocidos internacionalmente. Estos son la octava revisión de la CIE y la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en el Contacto Primario (ICHPPC).⁸

Revisión de la literatura

El ubicar cada enfermedad bajo un rubro distinto, de tal manera que por cada condición morbosa exista una categoría correspondiente, es un problema fundamental de la medicina profesional. La suma de estas categorías representa una taxonomía completa de la medicina. En la actualidad, la lista más aceptada de estados morbosos se encuentra en el libro *La Nomenclatura Estándar de Enfermedades y Cirugía*,⁹ presentada en orden alfabético, pero que en la práctica resulta demasiado larga para cualquier clasificación útil.

El proceso del diagnóstico es primordial para el médico tratante, ya que le permite establecer un pronóstico y elegir una terapia adecuada. La precisión del diagnóstico tiene repercusiones posteriores en el diseño de esta terapia, cuando se debe remitir al paciente a otro servicio médico.¹⁰ Por otra parte, la suma de los diagnósticos generados en una institución médica hace necesaria su agrupación, con el fin de evaluar la utilización del servicio e interpretar la morbilidad rendida. Este propósito requiere de un sistema que defina y clasifique los padecimientos, comprendiendo todos los diagnósticos posibles así como los signos y síntomas de enfermedades no diagnosticadas. Esta lista de padecimientos se traduce en una clasificación sistemática de la morbilidad y de aquí se deriva la importancia de sistematizar el registro de las enfermedades vistas por el médico durante su labor

cotidiana y la utilidad de llevar estos registros para formular hipótesis epidemiológicas.¹¹

Frecuentemente se obtienen datos de morbilidad de la prestación de servicios de atención médica en las instituciones de salud. Los patrones identificados de morbilidad pueden conformarse con los siguientes elementos: 1) diagnósticos médicos; 2) observaciones de los síntomas presentados; o 3) combinaciones de los anteriores.^{12,13} Estos datos suelen obtenerse de los registros que llevan quienes prestan los servicios o por medio de la revisión de expedientes clínicos que después se clasifican en los datos de la morbilidad según el sistema que se use.

Hay algunos requisitos comunes a todos los sistemas de clasificación de morbilidad que se pueden aprovechar para rendir las estadísticas de salud. La clasificación necesita ser lo suficientemente completa como para incluir toda clase de padecimientos, pero no tan detallada que genere una lista demasiado larga que impida captar grupos de morbilidad que tienen origen, terapia y pronóstico semejante. Para todas las condiciones morbosas debe contar con rubros de una especificidad adecuada para los fines de la investigación pretendida y con otros para categorías residuales y misceláneas. Más aún, es conveniente que se tenga una construcción jerárquica que facilite el análisis estadístico, permitiendo la agrupación de categorías de enfermedades asociadas. De esta manera se pueden confeccionar listas más breves de enfermedades relacionadas, proporcionando un perfil visible y comprensible de la distribución de la morbilidad.^{14,15}

En las últimas décadas se han desarrollado varios sistemas nacionales e internacionales de clasificación de morbilidad. Cada una de estas clasificaciones tiene sus ventajas y limitaciones, dependiendo del uso que se le quiera dar. Es dudoso que un solo sistema de clasificación llegue a ser el definitivo para su aplicación en disciplinas distintas como las estadísticas vitales, la utilización de servicios y la investigación epidemiológica y clínica.¹⁷ La CIE sigue siendo el sistema preferido para elaborar las estadísticas de mortalidad y también ha sido aplicada ampliamente en registros de morbilidad.¹⁸

Este sistema se derivó de la morbilidad encontrada al nivel hospitalario y de los certificados de defunción, y como tal ha presentado muchas dificultades para interpretar la morbilidad vista en la consulta de medicina general. La CIE tiene 18 categorías generales y la posibilidad de ubicar 873 categorías específicas, además de tener otra subdivisión más en algunas de estas últimas. Sin embargo, por ser tan precisa, la CIE no se adapta fácilmente a los diagnósticos observados en la consulta de contacto primario. Por esta razón se ha considerado una necesidad disponer de otras clasificaciones mejor adaptadas a este nivel.^{18,19}

En la literatura nacional existen numerosos artículos que describen experiencias relacionadas con el uso de sistemas de clasificación de las actividades en los servicios de atención médica de nivel primario. Todos estos trabajos hablan de la com-

plejidad que representa el introducir los sistemas disponibles de clasificación de la morbilidad en este sitio. Por esta razón se han desarrollado nuevas clasificaciones y se han llevado al cabo estudios comparativos acerca de la utilidad de los distintos sistemas para interpretar la morbilidad en la consulta.²⁰⁻²²

Hace veinte años se dio a conocer la clasificación del Colegio Real de Médicos Generales de Inglaterra, con 22 categorías y 628 rubros, como una alternativa a la CIE. Esta clasificación también se derivó básicamente de datos hospitalarios.²³ En 1976, la Organización Mundial de Colegios y Academias de Médicos Generales y Familiares, presentó la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en la Medicina de Primer Contacto (ICHPPC), expresamente diseñada para la medicina ambulatoria y basada en las 18 categorías generales de la CIE, con 371 rubros, incluyendo espacios para síntomas no diagnosticables y consulta a población sana.²⁴ Por otro lado, y debido a un interés específico en la naturaleza de la demanda de servicios por parte de los pacientes, se desarrollaron sistemas para la identificación de signos y síntomas. Entre estos podemos mencionar, como los principales, al sistema de Clasificación de la Conducta de los Pacientes en la Búsqueda de Atención Médica, empleado dentro de los servicios de salud de la Fundación Kaiser-Permanente²⁵ y a la Encuesta Nacional de Atención Médica Primaria (NAMCS), aplicada a una muestra de la población total de los Estados Unidos de Norteamérica, que en la actualidad recibe el nombre de Motivos para la Búsqueda de Atención Primaria.^{26,27} Por último, mencionaremos otros dos sistemas que resultaron de la mezcla de los anteriores y que son: el Esquema de Codificación de las Enfermedades en la Atención Ambulatoria (JHACS), presentado por las Instituciones Médicas de la Universidad de Johns Hopkins y el Sistema de Codificación de Diagnósticos en la Atención Ambulatoria (CR-Alpha), usado en los Programas de Medicina Familiar en Iowa y California.^{28,29}

Sólo recientemente ha surgido el interés por establecer comparaciones entre los distintos sistemas de clasificación en relación a su utilidad en la práctica. En 1977, Martini y col. compararon la RCGP, la ICHPPC y la NAMCS, a fin de conocer las diferencias de interpretación de la morbilidad atendida en la consulta médica ambulatoria en una ciudad de Inglaterra;³⁰ y además se publicaron métodos de conversión de un sistema de clasificación a otro,^{31,32} con el propósito de comparar los informes de morbilidad en instituciones distintas y para estimular el cambio de sistemas dentro de las instituciones.

Materiales y método

Para llevar al cabo la evaluación de la clasificación DMGFC, se utilizaron los datos disponibles en el Departamento, que corresponden a los registros elaborando en todas las consultas por médicos pasantes del servicio social en tres comunida-

des rurales del estado de Morelos (Amacuzac, Ixtitlico el Grande y Totolapan) durante el año 1975.³³ En ese año se informaron 10 293 consultas en total, cada una consignada en un registro individual y numerada progresivamente.

Inicialmente se descartaron 2 140 registros que correspondían a las consultas de la población sana y a la atención de partos,* así como aquellos que no tenían datos del diagnóstico. Del total de registros restantes (8 153) se seleccionaron los correspondientes a los números nones, quedando finalmente formada la muestra de estudio con 3 986 registros. De estos se tomaron todos los diagnósticos anotados, así como datos correspondientes a sexo y edad. El total de diagnósticos utilizados fue de 4 296 (fig. 1).

Una vez delimitada la muestra, se procedió a clasificar cada uno de los diagnósticos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en el Contacto Primario (ICHPPC) y por último, la clasificación diseñada por el Departamento (DMGFC). El proceso de clasificación y codificación fue llevado al cabo por una sola persona, evitando de esta manera los errores que pudieran surgir debido a la diferencia de criterios de distintos individuos. Se trabajó cada sistema por separado, leyendo el diagnóstico anotado y consultando el documento de donde provenía la clasificación.

Este procedimiento limitó la contaminación de datos que podría haber resultado de una codificación simultánea de acuerdo a los tres sistemas. Todos estos datos, más los de edad y sexo, se procesaron mediante computadora, utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS).

Finalmente se analizaron las listas de los diagnósticos más frecuentes para cada sistema, tanto en la muestra completa como por grupos de edad y sexo, estableciendo una base descriptiva para la comparación de las semejanzas y diferencias de nuestra clasificación con las otras dos clasificaciones.

Resultados

En los cuadros 1, 2 y 3 se presentan los veinte diagnósticos más frecuentes en la muestra según los tres sistemas de clasificación. En los tres casos, la lista de los 20 diagnósticos principales incluyó a más de la mitad del total clasificado. Como era de esperarse, la CIE, con el mayor número de posibilidades diagnósticas precisas, tuvo el porcentaje menor (56%) del total clasificado al considerar las primeras 20 causas de morbilidad. La ICHPPC ocupó el segundo lugar al incluir 64 por ciento del total dentro de las primeras 20 causas. La lista de la DMGFC, el sistema menos extenso de los tres, comprendió una mayor proporción (79%). Las cifras de estos cuadros señalan el alto nivel de repetición del tipo de morbilidad atendido en la con-

* La DMGFC no posee este rubro.

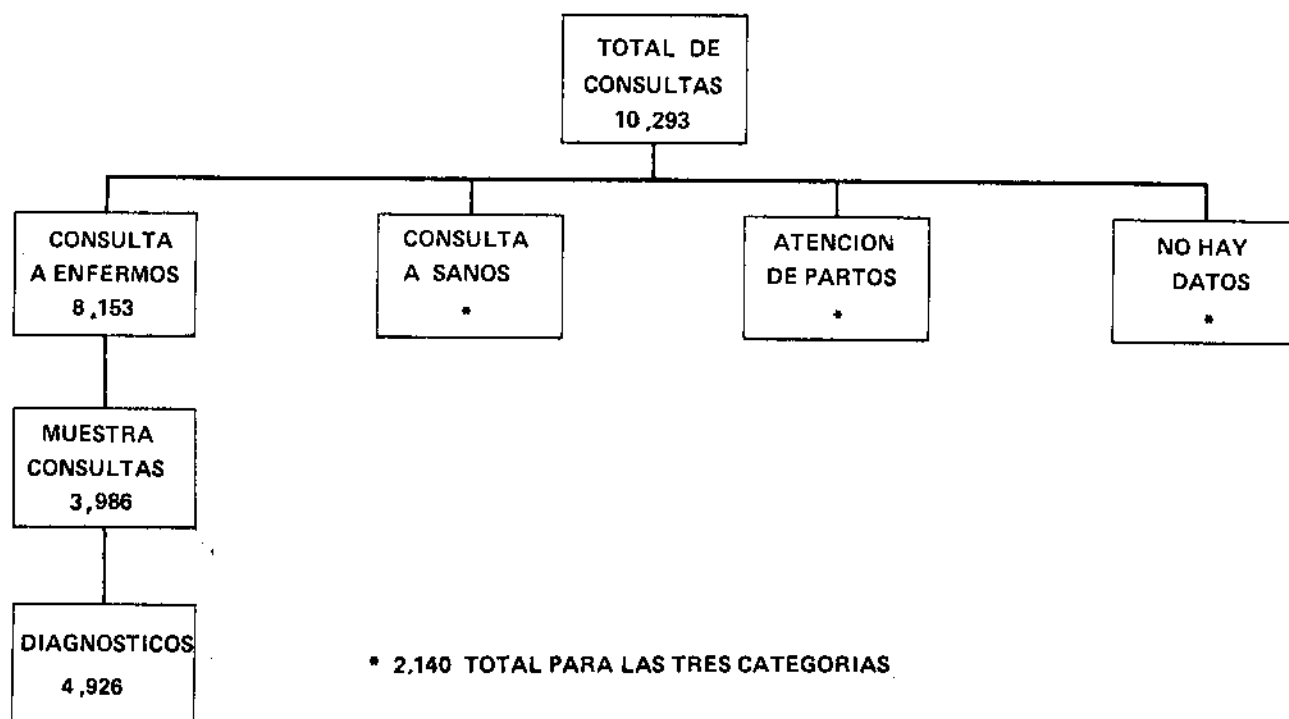


Fig. 1. Método utilizado para la obtención de la muestra de estudio.

Cuadro 1. Los diagnósticos más frecuentes según la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Núm.	Diagnósticos (CIE*)	Núm. casos	Por-ciento	Núm.	Diagnósticos (CIE*)	Núm. casos	Por-ciento
1	Infección aguda de las vías respiratorias superiores de localización múltiple	440	8.9	13	Trastornos funcionales de los intestinos	77	1.6
2	Enfermedad diarreica	437	8.9	14	Trastornos de la menstruación	76	1.5
3	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	364	7.4	15	Bronquitis no calificada	70	1.4
4	Amibiasis	215	4.4	16	Acariasis	68	1.4
5	Bronquitis y bronquiolitis agudas	123	2.5	17	Impétigo	68	1.4
6	Otras helmintiasis intestinales	114	2.3	18	Hipertensión esencial benigna	64	1.3
7	Otros estados de desnutrición	110	2.2	19	Enfermedades infecciosas del útero, vagina y vulva	58	1.2
8	Síndromes dolorosos vertebrogénicos	94	1.9	20	Bronquitis crónica	54	1.1
9	Neurosis	88	1.8		Subtotal	2 767	56.2
10	Gastritis y duodenitis	87	1.8		Todos los demás	2 159	43.8
11	Efecto tóxico de sustancias no predominantemente medicinales	83	1.7		Total	4 926	
12	Tuberculosis pulmonar	77	1.6				

* OSM Octava Revisión, 1965.

Cuadro 2. Los diagnósticos más frecuentes según la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en el Contacto Primario.

Núm.	Diagnósticos (ICHPPC*)	Núm. casos	Por-ciento
1	Enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias altas	921	18.7
2	Enfermedad intestinal de origen presumiblemente infeccioso	433	18.8
3	Enfermedad intestinal de origen bacteriano o por protozoarios	271	5.5
4	Helminthiasis intestinal	201	4.1
5	Bronquitis y bronquiolitis agudas	191	3.9
6	Trastornos funcionales del estómago	120	2.4
7	Avitaminosis y otros desórdenes y deficiencias nutricionales	116	2.4
8	Laceraciones, heridas y amputaciones traumáticas	108	2.2
9	Picadura y mordedura de insecto	80	1.6
10	Tuberculosis de cualquier localización	78	1.6
11	Vaginitis	74	1.5
12	Escabiasis y otras ascarisias	68	1.4
13	Impétigo	68	1.4
14	Dolor bajo de espalda	67	1.4
15	Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén	63	1.3
16	Hipertensión no complicada	62	1.3
17	Cistitis e infección urinaria SAI	57	1.2
18	Trastornos intestinales de origen no infeccioso ni ulcerativo	56	1.1
19	Bronquitis crónica	54	1.1
20	Dermatitis de contacto y otras producidas por agentes físicos	53	1.1
Subtotal		3 141	64.0
Todos los demás		1 785	36.2
Total		4 926	100

* WONCA, 1976.

sulta de medicina de primer contacto. Aun el sistema más extenso, la CIE, reveló repeticiones en más de 40 por ciento del total dentro de los diez principales diagnósticos.

En cuanto a la extensión de las listas generadas por los tres sistemas, la figura 2 muestra la eficiencia relativa de cada una de las clasificaciones, es decir, la proporción de rubros utilizados con relación con el total disponible. Se utilizó aproximadamente una tercera parte (33%) de los 873 rubros de la CIE, mientras que de acuerdo a la ICHPPC, se usó casi 65 por ciento de los 337 diagnósticos de este sistema. La DMGFC fue la que alcan-

Cuadro 3. Los diagnósticos más frecuentes según la Clasificación del Departamento de Medicina General/Familiar y Comunitaria.

Núm.	Diagnósticos (DMGFC*)	Núm. casos	Por-ciento
1	Enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias altas	981	20.1
2	Gastroenteritis infecciosa y otras enfermedades diarreicas	487	10.0
3	Amibiasis intestinal	213	4.4
4	Helminthiasis intestinal	200	4.1
5	Trastornos de la menstruación y otras enfermedades del aparato genital femenino	196	4.0
6	Enfermedades infecciosas y parasitarias de la piel	194	4.0
7	Bronquitis aguda	191	3.9
8	Síntomas y estados morbosos mal definidos	153	3.1
9	Artritis, espondilitis y reumatismo	146	3.0
10	Laceraciones y heridas	136	2.8
11	Enfermedades no infecciosas de la piel	124	2.5
12	Otras enfermedades del aparato digestivo	123	2.5
13	Desnutrición	115	2.4
14	Otras enfermedades del aparato osteomuscular	100	2.0
15	Neurosis	88	1.8
16	Gastritis	87	1.8
17	Otros traumatismos, accidentes y violencias	85	1.7
18	Tuberculosis pulmonar	77	1.6
19	Infección del tracto urinario	77	1.6
20	Enfermedades de los dientes y cavidad bucal	70	1.4
Subtotal		3 843	78.6
Todos los demás		1 046	21.4
Total		4 889**	100

* Facultad de Medicina, UNAM, 1976.

** 37 diagnósticos no clasificables.

zó el porcentaje mayor, utilizando 91 por ciento de los 98 rubros que contiene.

El cuadro 4 compara las tres listas de 20 de los diagnósticos más frecuentes. En la lista generada por la ICHPPC aparecen 16 de los mismos diagnósticos o sus equivalentes, observados en la de la CIE. En la DMGFC se repitieron 13 de los rubros de la CIE y 17 de los de la ICHPPC. En las tres listas, los cuatro primeros diagnósticos fueron enfermedades infecciosas agudas del tracto respiratorio y del aparato digestivo. Aproximadamente la mitad de los 20 diagnósticos principales de cada clasificación correspondió a enfermedades infecto-

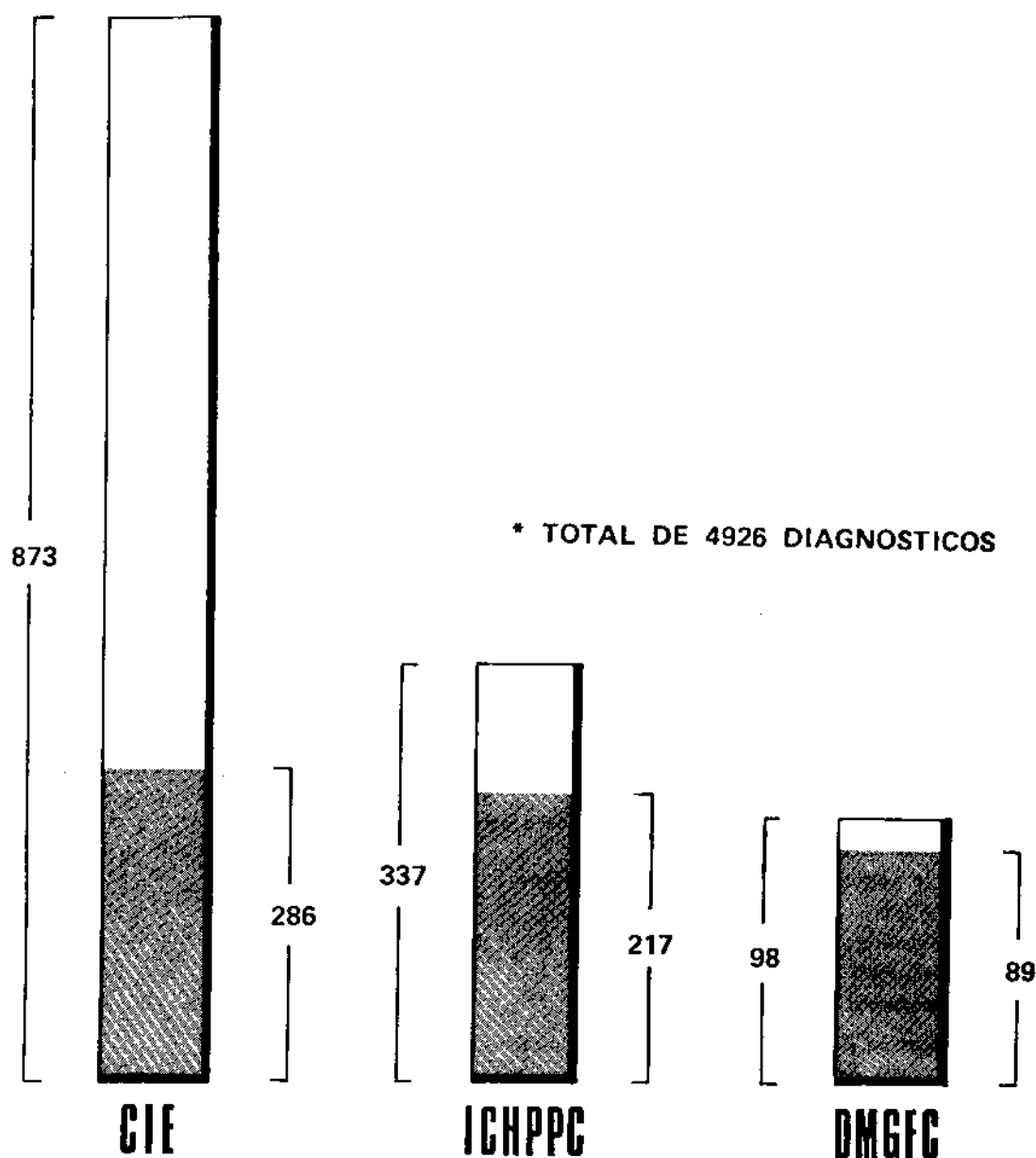


Fig. 2. Número de diagnósticos generados con base en tres sistemas de clasificación.

contagiosas que predominan en el país: CIE, 11; ICHPPC, 10; DMGFC, 9. En el quinto lugar de la lista de la DMGFC, se registró "Trastornos de la menstruación y otros problemas del aparato genital femenino", una categoría que combina principalmente padecimientos menstruales e infecciones vaginales. Esta agrupación de enfermedades fue desafortunada, debido a que se juntaron dos tipos distintos de padecimientos. Además, las dos entidades mencionadas aparecieron independientemente en la lista de 20 causas en los otros sistemas. En el rubro "Enfermedades infecciosas y parasitarias de la piel" ocurrió un problema similar,

pués entre otras enfermedades incluyó "Impétigo" y "Escabiasis", las cuales también aparecieron separadas en las otras dos listas dentro de las 20 más frecuentes.

De los 98 rubros de la DMGFC, nueve no se utilizaron para clasificar los diagnósticos de la muestra y todos correspondieron a enfermedades infecciosas y parasitarias. Estos fueron: brucelosis, tétanos, septicemia, poliomiелitis, rabia, tifo, micosis profundas, meningitis y apendicitis. En la actualidad casi no se ven estas enfermedades en las poblaciones pequeñas, y lo que es más importante, son difíciles de diagnosticar por las limitaciones

Cuadro 4. Comparación de los 20 diagnósticos más frecuentes entre las tres clasificaciones de enfermedades.

Núm.	Orden de frecuencia en CIE	Orden de frecuencia en ICHPPC	Orden de frecuencia en DMGFC
1	Infección aguda de las vías respiratorias de localización múltiple	1	1
2	Enfermedad diarreica	2	2
3	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	x	x
4	Amibiasis	3	3
5	Bronquitis y bronquitis agudas	5	7
6	Otras helmintiasis intestinales	4	4
7	Otros estados de desnutrición	7	13
8	Síndromes dolorosos vertebrogénicos	14	14
9	Neurosis	x	15
10	Gastritis y duodenitis	6	16
11	Efecto tóxico de otras sustancias no predominantemente medicinales	9	x
-12	Tuberculosis pulmonar	10	18
13	Trastornos funcionales de los intestinos	18	12
14	Trastornos de la menstruación	x	5*
15	Bronquitis no calificada	x	x
16	Ascariasis	12	6*
17	Impétigo	13	6*
18	Hipertensión esencial benigna	16	x
-19	Enfermedades infecciosas del útero, vagina y vulva	11	5*
20	Bronquitis crónica	19	x
ICHPPC			
-	Laceraciones y heridas	8	10
-	Enfermedad de los dientes y sus estructuras de sostén	15	20
-	Cistitis y otras infecciones urinarias	17	19
-	Dermatitis de contacto y otras por agentes físicos	20	11
DMGFC			
-	Síntomas y estados morbosos mal definidos		8
-	Artritis, espondilitis y reumatismo		9
-	Otros traumatismos accidentales y violencias		17

* La clasificación DMGFC incluye ambos diagnósticos bajo un mismo rubro.

de apoyo diagnóstico que tienen los servicios de salud de primer contacto en el medio rural.

El cuadro 4 también muestra las coincidencias y las discrepancias entre las tres listas. El diagnóstico que corresponde a "Picadura y mordedura de insectos", que por cierto no está incluido en la lista de la DMGFC, aparece tanto en la CIE como en la ICHPPC dentro de las 20 causas más frecuentes. Esto se debe a que este sistema separa la picadura del alacrán de la de otros insectos, debido a que aquélla se considera como una causa importante de morbilidad en algunas regiones del país, particularmente en algunas de las comunidades en donde se está llevando al cabo el mencionado programa de atención médica. Es conveniente anotar que en la lista generada por la DMGFC, la "Picadura de alacrán" ocupó el lugar número 21 entre los diagnósticos más frecuentes.

El diagnóstico de "Resfriado común", que aparece en tercer lugar en la CIE, no tiene correspondencia en la ICHPPC ni en la DMGFC ya que estas agrupan los padecimientos infecciosos agudos

de las vías respiratorias superiores. Se estableció otro diagnóstico de la CIE que no tienen las otras; "Bronquitis no calificada", que en realidad incluye padecimientos agudos, principalmente laringotraqueo-bronquitis. La ICHPPC y la DMGFC agrupan todos estos en un solo rubro: "Bronquitis aguda".

Al analizar la distribución de los diagnósticos según el grupo de edad y sexo (cuadro 5), se puede señalar que más de la mitad del total de los diagnósticos (52%) correspondió a niños menores de 15 años y 37 por ciento del total, a las mujeres en edad fértil. Tomando en cuenta este hallazgo, se elaboraron dos cuadros más, el 6 y el 7, que exponen la morbilidad predominante en estos grupos según los diez diagnósticos más frecuentes en la ICHPPC y la DMGFC.

Una revisión del cuadro 6 revela que los perfiles de morbilidad para los niños según las clasificaciones ICHPPC y DMGFC, son muy semejantes. Solamente el décimo diagnóstico que aparece en la lista de la ICHPPC. "Picadura y mordedura de

Cuadro 5. Distribución de los diagnósticos por grupo de edad y sexo.

Grupos de edad *

Sexo	-1	1-4	5-14	15-44	45-64	65+	Total
Masculino	551 (26.6)	432 (20.8)	379 (18.2)	446 (21.5)	160 (7.7)	109 (5.2)	2 007 (100.0)
Femenino	376 (13.2)	378 (13.3)	436 (15.4)	1 038 (36.5)	360 (12.7)	252 (8.9)	2 840 (100.0)
Total	927 (18.9)	810 (16.5)	815 (16.6)	1 484 (30.2)	520 (10.6)	361 (7.3)	4 917 (100.1)**
	2552		051.9%				

* Se dan cantidades absolutas y porcentuales.

** En nueve casos no hay datos respecto a edad y sexo.

Cuadro 6. Comparación de los diez diagnósticos más frecuentes para el grupo de 0-14 años en los sistemas ICHPPC y DMGFC.

Núm.	Orden de frecuencia en ICHPPC	Orden de frecuencia en DMGFC
1	Enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias altas	1
2	Enfermedad intestinal de origen presumiblemente infeccioso	2
3	Helminthiasis intestinales	3
4	Bronquitis y bronquiolitis agudas	4
5	Enfermedad intestinal de origen bacteriano o por protozoarios	6
6	Avitaminosis y otros desordenes y deficiencias nutricionales	7
7	Impétigo	5*
8	Laceraciones, heridas y amputaciones traumáticas	9
9	Escabiasis y otras acariasis	5*
10	Picadura y mordedura de insecto	x
—	DMGFC	
—	Enfermedades no infecciosas de la piel	8
—	Otras enfermedades del aparato digestivo	10

* La clasificación DMGFC incluye ambos diagnósticos bajo un mismo rubro.

insecto", no se encuentra en la de la DMGFC. Por haber combinado en la DMGFC "Impétigo" y "Escabiasis", rubros que ocupan el séptimo y noveno lugar en la lista de la ICHPPC, se encontraron otros dos diagnósticos más en la de la DMGFC. Estos fueron: "Enfermedades no infecciosas de la piel" y "Otras enfermedades del aparato digestivo".

Finalmente, al comparar los perfiles de morbilidad destacados por la ICHPPC y la DMGFC

para las mujeres de 15 a 44 años (cuadro 7), se ve que hay correspondencia precisa en los dos sistemas para seis de los diez diagnósticos. En la ICHPPC "Vaginitis" y "Dismenorrea" se encuentran como categorías separadas, pero en la DMGFC se encuentran combinadas. Esta deficiencia ya fue anotada. La lista de la DMGFC incluyó cuatro rubros que no aparecieron en la de la ICHPPC, todos referentes a agrupaciones de padecimientos que ocupan varias posiciones en el sistema más ex-

Cuadro 7. Comparación de los diez diagnósticos más frecuentes para el grupo de 15-44 años del sexo femenino en los sistemas ICHPPC y DMGFC.

Núm.	Orden de frecuencia en ICHPPC	Orden de frecuencia en DMGFC
1	Enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias altas	2
2	Enfermedad intestinal de origen bacteriano o par protozoarios	3
3	Vaginitis	1
4	Trastornos funcionales del estómago	8
5	Trastornos intestinales de origen no infeccioso ni ulcerativo	10
6	Cistitis e infección urinaria	6
7	Dismenorrea	7
8	Helminthiasis intestinales	x
9	Hipertensión no complicada	x
10	Enfermedades de los dientes y sus estructuras desastén	x
DMGFC		
-	Neurosis y otros trastornos de la personalidad	4
-	Síntomas y estados morbosos mal definidos	5
-	Otras enfermedades del aparato osteomuscular y del tejido conjuntivo	7
-	Artritis, espondilitis y reumatismo	9

tenso. Como ejemplo comentaremos dos de ellos. El denominado "Neurosis y otros trastornos de la personalidad" es un rubro que comprende padecimientos que plantean una problemática muy similar, por lo menos con respecto a su pronóstico y tratamiento. Otra de estas categorías diagnósticas fue "Síntomas y estados morbosos mal definidos", cuya subdivisión pensamos que no conduciría a una mayor definición de las necesidades de atención médica.

Conclusiones

Los criterios de evaluación de sistemas de clasificación que se han empleado en este trabajo, están relacionados con la extensión, la precisión y el perfil apreciable de las enfermedades.

Por lo tanto, las conclusiones deben conducir a determinar en qué grado es capaz la clasificación DMGFC de interpretar la morbilidad atendida en la consulta de contacto primario, de una manera concreta y comprensible.

En la medicina de contacto primario, las causas de enfermedad detectadas en la consulta mantienen un alto nivel de repetición; esto se apreció claramente, ya que las tres clasificaciones incluyeron a más de la mitad del total de la muestra estudiada dentro de las listas de los 20 diagnósticos más frecuentes. Era de esperarse que la DMGFC fuera el sistema con el mayor porcentaje de inclusión debido a su tamaño; sin embargo, parece exagerada la cifra alcanzada (79%), aunque esto depende también de las características del perfil de enfermedades que a continuación analizaremos.

De los 20 diagnósticos principales, las enfermedades infecciosas y parasitarias constituyeron aproximadamente la mitad de las tres listas. En este sentido, la DMGFC dio buen resultado, ya que una parte importante de sus rubros está dedicada a este grupo de enfermedades. Sin embargo, es evidente la necesidad de separar, por lo menos, a dos enfermedades de la piel, "Impétigo" y "Escabiosis", así como los padecimientos infecciosos del aparato

genital femenino, de los trastornos de la menstruación.

Otro punto de interés fue que al revisar la eficiencia relativa de los tres sistemas se obtiene la evidencia de que no se requiere de un gran número de posibilidades para poder clasificar la morbilidad que aparece en el contacto primario. Esto justifica la existencia de clasificaciones breves como la ICHPPC y la DMGFC. Respecto a lo anterior, no resulta sorprendente la alta eficiencia de nuestra clasificación, ya que fue diseñada con base a los diagnósticos observados durante varios años de supervisar los servicios médicos del medio rural.

Además, frecuentemente hay ambigüedad en el contacto primario en los casos atendidos de enfermedad, por lo que en un buen número de ocasiones no es posible concretar un diagnóstico. Cuando un sistema requiere de una gran precisión y por lo tanto impide la agrupación de casos similares en los que es difícil establecer un diagnóstico diferencial, puede ocurrir que se interpreten mal los datos de la consulta o que se envíen a categorías residuales no definidas. En la DMGFC, el rubro que agrupa a los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos es uno de los diez más frecuentes, mientras que los otros dos sistemas no incluyen ningún rubro de esta categoría entre los 20 principales. Sin embargo, nos parece que el hecho de incluirse una mayor cantidad de posibilidades en la DMGFC con el fin de disminuir este grupo, no daría una mayor utilidad al sistema para la planeación de los servicios.

Finalmente, podemos decir que nuestra clasificación ha servido para el objeto para el que fue elaborada. La semejanza de los perfiles que destacó la DMGFC con los aportados por los otros sistemas, permite pensar que introduciéndole ciertos cambios, puede resultar un instrumento valioso para continuar en nuestro programa de atención médica y tal vez también pueda ser útil en otros lugares y en otras circunstancias.

Con base en esta evaluación se hace conveniente modificar parcialmente la clasificación DMGFC en función de las siguientes premisas: a) mantenerse en aproximadamente cien rubros diagnósti-

cos distintos; b) otorgarle especial atención a los padecimientos infecciosos y parasitarios y c) considerar el patrón de morbilidad de los menores de 15 años y de las mujeres en edad fértil, ya que estos son los grupos principales que acuden en demanda de atención.³⁴

La clasificación DMGFC fue creada con el fin de disponer de un sistema lo más comprensivo y específico posible para interpretar los datos generados en los consultorios rurales. El desarrollo de nuevos instrumentos como la DMGFC, implica una evaluación en relación directa con la realidad apreciable. Es por ello que para este trabajo se emplearon datos verídicos, aun cuando no fue el propósito estudiar la morbilidad en la consulta, sino evaluar la utilidad de esta clasificación comparándola con otros sistemas de uso internacional. Investigaciones como la aquí comunicada contribuyen al desarrollo de los sistemas de información y son de utilidad para la planeación de los servicios de salud. Sin embargo, son pocos los estudios metodológicos existentes que aportan bases para el diseño y desarrollo de la atención médica de contacto primario y por esto se requiere de la realización de investigaciones adicionales a este respecto, especialmente ahora que ha aparecido la novena edición de la CIE.

NOTA

Durante la elaboración de este trabajo se llevaron a cabo los trabajos de modificación de la clasificación DMGFC. Actualmente están disponibles tanto la versión original como una corregida, a la que se agrega un código de conversión con la ICHPPC y la CIE. Para obtenerlas, dirigirse al Dr. Malaquías López Cervantes, Departamento de Medicina General/Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, UNAM, D. F. Z.P. 20, México.

REFERENCIAS

- Castellanos Robayo J.: *Improved health coverage: coordination of health care levels and primary health care*. Bull. Panam. Hlth. Org. 11:195, 1977.
- Dirección General de Estadística - Secretaría de Industria y Comercio: *IX Censo general de población*. México, 1970.
- Dirección General de Estadística - Secretaría de Programación y Planeación: *Proyecciones de población de la década 1970-1980*. Documento mimeografiado, 1979.
- López Acuña, D.: *Salud y seguridad social*. En: México hoy. González Casanova, P. y Florescano, E. (Eds.), México, Siglo XXI, 1979, p. 177.
- Laurell, C.: *Disease and rural development: a sociological analysis of morbidity in two Mexican villages*. Int. J. Hlth. Serv. 7:401, 1977.
- Organización Mundial de la Salud: *Clasificación internacional de enfermedades*. Octava Revisión, 1965. Ginebra, OMS, 1968.
- Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, UNAM: *Clasificación de 98 causas de morbilidad*. Documento mimeografiado, 1976.
- World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians of Primary Care: *An international classification of health problems in primary care*. J. Roy. Coll. Gen. Pract. Londres, 1976.
- American Medical Association: *Standard nomenclature of diseases and operations*. 5a. ed. Nueva York, AMA, 1961.
- Copeland, D. A.: *Concepts of disease and diagnosis*. Pers. Biol. Med. 20:528, 1977.
- Mac Mahon, B. y Pugh, T. F.: *Epidemiology: principles and methods*. Boston, Little, Brown & Company, 1970, p. 47.
- Hulka, B. S.: *Determinants of physician utilization: approach to a service-oriented classification of symptoms*. Med. Care 10:300, 1972.
- Bain, S. T. y Spaulding, W. B.: *The importance of coding presenting symptoms*. Canad. Med. Ass. J. 97:953, 1967.
- Moriyama, I. M.: *The classification of disease - A fundamental problem*. J. Chron. Dis. 11:462, 1960.
- Krogh-Jensen, P.: *Classifying disease in general practice*. J. Roy. Coll. Gen. Pract. 27:232, 1977.
- Tyroler, H. A.: *The classification of disease*. Proceedings of a conference of conceptual issues in the analysis of medical utilization behavior. Greenlick, M. R. (Ed.). Bethesda, Department of Health Education and Welfare. Public Health Service and Health Services and Mental Health Administration, 1969, p. 33.
- Peery, T. M.: *The new and old diseases*. Am. J. Clin. Pathol. 63:453, 1975.
- Krogh-Jensen, P.: *Op. cit.* en 15.
- Warrington, A. M.: *What do family physicians see in practice?* Canad. Med. Ass. J. 117:354, 1977.
- Hurtado, A. V. y Greenlick, M. R.: *A disease classification system for analysis of medical care utilization, with a note on symptom classification*. Hlth. Serv. Res. 6: 250, 1971.
- Froom, J.: *An integrated medical record and data system for primary care. 2. Classifications of health problems for use by family physicians*. J. Fam. Pract. 4: 1149, 1977.
- Martini, C. J. M.: *A comparison of three systems of classifying presenting problems in general practice*. J. Roy. Coll. Gen. Pract. 27:236, 1977.
- Royal College of General Practitioners: *The report of the Research Committee of the Royal College of General Practitioners: a classification of disease*. J. Roy. Coll. Gen. Pract. Journal of The Royal College of General Practitioners. 2:140-159, 1959.
- World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. *Op. cit.*, en 8.
- Hurtado, A. V. y Greenlick, M. R.: *Op. cit.* en 20.
- United States Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, National Center for Health Statistics. *The National Ambulatory Medical Care Survey symptom classification*. DHEW Publication HRA 74-1337. Bethesda, U.S. Government Printing Office, 1974.
- United States Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service Office: *A reason for visit classification for ambulatory care*. Hyattsville National Center for Health Statistics, 1979.
- Steinwachs, D. M. y Mushlin, A. I.: *The John Hopkins Ambulatory Care Coding Scheme*. Hlth. Serv. Res. 1978, p. 36.
- Martin, L. R. y Werblun, M. N.: *The CR-Alpha Diagnostic Coding System for ambulatory care*. J. Fam. Pract. 4:363, 1977.
- Martini, C. J. M.: *Op. cit.* en 22.
- Schneeweiss, R.: *A conversion code from the RCGP to the ICHPPC classification system*. J. Fam. Pract. 5:415, 1977.
- Rakei, R. R.: *Principles of family medicine*. Filadelfia, W. B. Saunders Co. 1979, p. 1.
- Rodríguez Domínguez, J.: *Tratamientos no médicos de la enfermedad en el medio rural*. Salud Pùb. Méx. 21: 13, 1979.
- López Cervantes, M.: *Dos sistemas de clasificación de la morbilidad para los servicios de salud de contacto primario*. Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, UNAM. Documento mimeografiado, 1980.