

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

"VARIACION ESTACIONAL DE LAS ENFERMEDADES EN
ATENCION PRIMARIA"

Memoria presentada por
Dña. MARIA LUISA GARCIA MACHADO
y dirigida por los Profesores
D. MANUEL DOMINGUEZ CARMONA y
DÑA. MARGARITA ROMERO MARTIN,
para aspirar al grado de
DOCTORADO.

INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS

D. MANUEL DOMINGUEZ CARMONA, Catedrático Emérito y Dña. MARGARITA ROMERO MARTIN, Profesora Titular, ambos del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, de la Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid,

CERTIFICAN: Que la Licenciada Dña. MARIA LUISA GARCIA MACHADO ha realizado bajo nuestra dirección un trabajo de Investigación titulado "Variación estacional de las enfermedades en Atención Primaria", el cual presenta para optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía, Programa de Medicina Preventiva y Salud Pública.

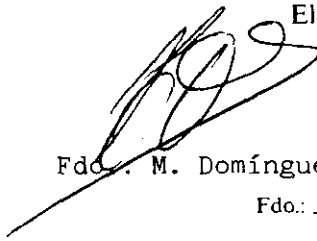
Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos el presente Certificado.

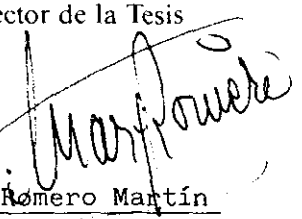
V.º B.º
EL TUTOR (2)

Fdo.: _____
(fecha y firma)

D.N.I.:

El Director de la Tesis


Fdo.: M. Domínguez C.


Fdo.: M. Romero Martín
(fecha y firma)

D.N.I.:

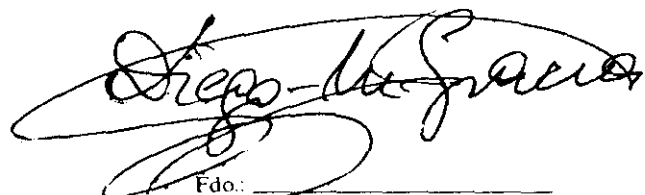
INFORME DEL CONSEJO DE DEPARTAMENTO

Reunida la Comisión de Doctorado del Departamento de MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PUBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA, y una vez analizados los contenidos y metodología del trabajo de investigación realizado por D^a MARIA LUISA GARCIA MACHADO, para la obtención del grado de Doctor, se acepta su "admisión a trámite".

Fecha reunión
Consejo Departamento

12 de septiembre de 1994

El Director del Departamento


Fdo.: _____
(fecha y firma)

LOS PROFESORES DOCTORES D. MANUEL DOMINGUEZ CARMONA, CATE-
DRATICO EMERITO, Y DÑA. MARGARITA ROMERO MARTIN, PROFESO-
RA TITULAR DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MA-
DRID.

CERTIFICAN:

Haber dirigido, supervisado y dado el visto
bueno a la tesis doctoral presentada por
Dña. MARIA LUISA GARCIA MACHADO con el título
de "VARIACION ESTACIONAL DE LAS ENFERMEDADES
EN ATENCION PRIMARIA".

Y para que conste, firman la presente

Madrid, Diciembre 1993.

AGRADECIMIENTOS

- A los Profesores Dres. Don Manuel Domínguez Carmona y Doña Margarita Romero Martín por todos sus consejos y ayuda para la realización de esta investigación.

- A Don José Luis Turabian Fernández, Doctor en Medicina y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria por el estímulo, ánimo y ayuda que me ha transmitido.

- A Don Luis Arturo Pérez Bravo, Licenciado en Farmacia, por todo su apoyo y gran ayuda en el procesamiento informático de la investigación.

- A todos los Profesores del Departamento por todas sus enseñanzas.

JUSTIFICACION

Se define "problema de salud" como toda queja, observación o hecho que el paciente o el médico perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, puede afectar, o afecta, la capacidad funcional del paciente (1).

El interés de esta tesis radica en la importancia del reconocimiento del problema de salud como paso previo a la actuación en el campo de la prevención o promoción de la salud por parte del personal sanitario.

Dado que los pacientes son grandes utilizadores de los servicios sanitarios se hace necesaria la información sobre la utilización de servicios y morbilidad atendida para la planificación sanitaria y adecuación de la oferta de servicios. Hay que tener en cuenta que es a nivel de la asistencia primaria donde la gran frecuencia de enfermedades mal definidas o transitorias así como la disparidad de los enfoques diagnósticos de las enfermedades pueden influir en la dificultad del conocimiento real de las estadísticas de morbilidad. Actualmente a nivel de los centros de salud la recogida de datos diagnósticos se lleva a cabo mediante sistemas de registro codificados, que recogen el principal motivo de consulta u otros, permitiendo así medir tasas de incidencia o prevalencia.

De todo ello, se deduce que las cuestiones relativas a la distribución de la morbilidad atendida a nivel de

Atención Primaria no están aclaradas siendo necesario un mayor conocimiento del problema de salud (consulta) y su repercusión práctica.

En este sentido se intenta conocer la morbilidad atendida, la carga de trabajo asistencial así como la distribución de la enfermedad en la comunidad y todo ello de acuerdo con la variación estacional.

INDICE

	Pág.
JUSTIFICACION	1
INDICE	4
INTRODUCCION	6
OBJETIVOS	26
MATERIAL Y METODOS	29
RESULTADOS	51
DISCUSION	106
CONCLUSIONES	123
BIBLIOGRAFIA	128
ANEXO	149

INTRODUCCION

Dentro de los objetivos de la salud para todos la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a condiciones previas para la salud como son el corregir aquellos aspectos de riesgo en el estilo de vida, la mejoría de las condiciones del MEDIO AMBIENTE y del sistema sanitario (2). No obstante, otros autores (3) señalan que con independencia de otras variables (factores socioeconómicos, demográficos y de actitud) parece ser el estado de salud el determinante primario de la utilización de los servicios médicos.

En este sentido de utilización de servicios, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (Instituto Nacional de la Salud), y a título de ejemplo, podemos ver que en la estructura de la liquidación del presupuesto de 1985 (4) se asignó en cuanto a la clasificación por servicios, a la ATENCION PRIMARIA un 19,3%, a la atención hospitalaria con medios propios un 39,4%, a la atención sanitaria con medios ajenos (conciertos) un 18,9%, a la prestación farmacéutica un 18,6%, a la investigación y docencia un 1,4% y a la administración general e informática un 2,4%. En cuanto a la clasificación por capítulos la remuneración personal supuso el 46,6%, la compra de bienes y servicios el 10,8%, la atención sanitaria con medios ajenos (conciertos) el 18,9%, la prestación farmacéutica el 18,6%, las transferencias corrientes el 0,9% y la dotación a reservas y fondo de amortización el 0,8%.

Y aunque todo lo anterior da idea de la importancia que tienen los distintos capítulos de la atención de salud, se considera que los indicadores más expresivos para establecer

comparaciones entre países son "la esperanza de vida al nacer" y "las tasas de mortalidad infantil y perinatal" (5); sin embargo, son también importantes otros aspectos cualitativos de la salud y no sólo cuantitativos tales como la influencia del MEDIO AMBIENTE, la dieta o el estilo de vida. Menos trascendentes parecen los cuidados médicos si bien pueden limitarla los precios, las listas de espera, etc. Diversos autores señalan que: "Cuando la asistencia médica se ofrece a coste cero en el momento del consumo, la demanda es potencialmente infinita" (6), pero asimismo afirman que el primer elemento de la demanda es la necesidad de atención médica y que a nivel microeconómico, el sistema sanitario debe comprometerse a evaluar los distintos programas de salud empleados.

La OMS ha publicado que "en todos los países europeos hay un gran interés por la calidad ambiental y su influencia sobre la salud humana" (2); además, en la zona mediterránea los agentes biológicos constituyen uno de los grandes factores de morbilidad y mortalidad. Se sabe que tanto la presión atmosférica (ambientes hipobáricos, hiperbáricos, etc.) como el calor o el frío así como las distintas condiciones medioambientales son elementos que afectan a la salud humana (7). No obstante, en la actualidad la VARIACION ESTACIONAL de las enfermedades es un tema en discusión especialmente en lo que a ATENCION PRIMARIA se refiere (8)(9). Mientras algunos autores hacen referencia a tal variación otros se cuestionan su existencia.

En general, el tipo de estudios existentes con relación a la posible variación estacional y/o cíclica de las enfermedades y/o problemas de salud se centran en una determinada

patología en concreto (10). Ello se debe a la gran dificultad que plantean en la actualidad los registros de morbilidad no sólo en cuanto a la correcta definición del motivo de consulta y/o problema de salud sino en relación con el gran número de datos a manejar y su difícil interpretación. La correcta utilización de las prestaciones conlleva un mejor conocimiento de los problemas de salud y en este sentido el conocimiento de las posibles variaciones cíclicas y/o estacionales es muy importante.

Se afirma que la medicina primaria tiende hacia un modelo "biopsicosocial" lo que hace necesario integrar las dimensiones sociales, psicológicas y de comportamiento de la enfermedad (11). Además, la mejora en el conocimiento del estado de salud parece haber causado una menor tolerancia de la población con respecto a molestias aisladas y enfermedades menores con unas irreales expectativas de curación frente a determinadas enfermedades. Es lo que Barsky (12) define como la "paradoja de la salud". El médico no debe favorecer el desarrollo de esta visión irreal de la medicina. Sin embargo, existe un sentido social de la salud de tal forma que hay que entender las alteraciones físicas en su marco social (13).

Es un hecho conocido que frente a la enfermedad y/o problemas de salud los individuos y las colectividades juegan cada vez un papel más importante de tal forma que se hace preciso concienciar a los profesionales de la sanidad de la importancia de la participación comunitaria.

En la actualidad el conocimiento de la salud de la comunidad y, en función de ello, la utilización de los servicios sanitarios es fundamental para la distribución de los recursos existentes tanto humanos como económicos. La información sobre la morbilidad atendida en atención primaria se obtiene a partir de los registros de morbilidad según las clasificaciones de la W.O.N.C.A. (Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales/Médicos de Familia) siendo la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria -2- Definida (CIPSAP-2) una adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (9 revisión; CIE-9) para su uso en Medicina General (CIE-9-MG) (14). La recogida de datos a partir del registro de morbilidad ofrece mayores ventajas que un sistema por muestreo debido a que el olvido de un mínimo de elementos muestrales sería suficiente para invalidar cualquier estudio. Por ello se prefiere la recogida del 100 % de todos los diagnósticos y/o motivos de consulta (15). Además, se hace necesaria la recogida de datos durante todo un año para que los pacientes con visitas más frecuentes no estén sobrerepresentados. Es decir, se hace necesario muestrear pacientes y no visitas. Dada la gran heterogeneidad de los diagnósticos se admite que lo usual es alcanzar una fiabilidad en torno al 60 ó 70%, y no del 100%, dadas las diferencias inter e intramédico. Según las mismas fuentes, cuanto más específico es el diagnóstico más disminuye su fiabilidad.

En general, se prefiere hablar de problema de salud que de diagnóstico y ello deriva de la propia naturaleza de la Atención Primaria (1). Cualquier consulta puede terminar sin un diagnóstico médico claramente establecido pero constituir un auténtico problema de salud que afecte al paciente desde un punto de vista social, etc. En este sentido la Clasificación de la WONCA codifica el problema de salud en un número atendiendo a su etiología y afectación orgánica o no.

Al hablar de problemas de salud y/o registro de morbilidad siempre debemos tener en cuenta la heterogeneidad de los mismos. Pueden existir un problema principal y/o problemas accesorios y, en cualquier caso, estarán sujetos a la propia vivencia de los mismos por parte del paciente y a la interpretación del médico. Lo importante es definir de forma honesta y correcta el problema de salud. A veces, puede ser difícil definir el motivo de consulta y/o problema principal de consulta.

Para la medicina clínica conocer es diagnosticar (16). En el desarrollo de una enfermedad deben tenerse en cuenta factores etiológicos y patogenéticos. Los primeros, desencadenantes de la patología, se dividen a su vez en genéticos y ambientales; los segundos determinan la evolución del proceso. No obstante, la atención a la salud debe ir desde la comunidad al individuo. El individuo es parte esencial de la población y la constituye en si misma por ello se hace necesario modificar aquellos factores susceptibles en la medida en que puedan causar enfermedad.

La modificación de estos factores podría suponer la prevención de enfermedades. Cada día es más importante la prevención comunitaria de las enfermedades.

Actualmente se define la detección precoz de las enfermedades, clásicamente ligada a la prevención secundaria, como "herramienta de salud pública" (17). Engloba al grupo de probables enfermedades que deberían ser diagnosticadas y tratadas. Se puede afirmar que gran parte de la patología atendida por los dispositivos asistenciales de los países desarrollados corresponde a las denominadas enfermedades crónico-degenerativas siendo las de mayor incidencia y, en muchos casos, prevenibles las enfermedades cardiovasculares, principalmente, la cardiopatía isquémica, y las neoplasias (18). Diversos autores, no obstante, señalan que no se ha podido demostrar que con un programa de detección precoz de enfermedades crónicas se pueda conseguir una reducción sustancial de la mortalidad causada por ellas. Esto se debe, fundamentalmente, a una falta de sensibilidad y de participación en el programa que, sin embargo, es útil como método de detección precoz clínico. La aceptabilidad por parte de la población de las recomendaciones médicas varía (17).

En general, en los países europeos y en España tan solo un 10% del presupuesto sanitario se dedica a la promoción de la salud mientras que no menos de un 70% se gasta en los últimos 6 meses de vida (19).

Estudios recientes señalan la importancia del papel de la utilización de los servicios de Atención Primaria en enfermedades crónicas (20). Es distinto según se consideren personas con enfermedades crónicas de larga evolución o sin ellas puesto que depende de factores como la percepción de enfermedad, experiencias previas con el sistema de salud y motivaciones para la salud. Parece ser que los enfermos crónicos de larga duración acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios y esta actitud se mantiene años. No se observa esta tendencia para enfermedades crónicas de corta duración.

Se calcula que los problemas crónicos de salud representan entre un 35 y 50% de las consultas, globalmente consideradas, en tanto que las consultas de carácter preventivo constituyen entre un 14 y 22% y las consultas por problemas psicológicos y/o sociales entre un 13 y 19% (21).

Cada día es más importante el sentido social de la salud. Se tiende a modificar aquellas condiciones de vida que alteran el estado de salud al afectar la calidad de vida. Se acepta que hay que entender las alteraciones físicas en su marco social e ir corrigiendo las verdaderas desigualdades sociales ante la salud (13). A menor nivel socioeconómico y/o cultural la demanda de cuidados preventivos disminuye, las dolencias o síntomas vagos y poco definidos son más prevalentes y aumenta el retraso en la consulta de un problema de salud con un pronóstico incierto (22).

Si bien el medio ambiente ejerce una clara influencia sobre la salud (2)(7) la variación estacional y/o cíclica de las enfermedades y/o problemas de salud es un tema en discusión (10). La discusión se centra principalmente para la morbilidad atendida en atención primaria; sin embargo, para diversas patologías concretas tal variación parece haber sido demostrada. Así, se han estudiado enfermedades tales como trastornos psiquiátricos, enfermedades cardíacas, alergias, enfermedades respiratorias, sarampión, perforación de la úlcera péptica, colitis ulcerosa, muerte súbita infantil, nacimientos, etc. donde se han establecido patrones de variación estacional y/o cíclica (10).

Diversos autores ponen de manifiesto la variación estacional de las enfermedades en atención primaria (8)(23)(24)(25). Los datos son obtenidos a partir de registros de morbilidad atendida. Sin embargo, otros autores señalan que si bien se han aceptado patrones de variación estacional en la morbilidad atendida de forma global en atención primaria, éstos dependen de forma directa del tipo e intensidad de la patología y/o problema de salud. Del mismo modo, dependen directamente de la actuación médica. Todo esto se hace más patente para las patologías no respiratorias, en la prescripción de fármacos y pruebas complementarias (10). La actuación médica podría estar por tanto influenciada desde un punto de vista estacional a tener en cuenta en este tipo de estudios.

Se cuestionan por tanto si realmente existe una variación estacional de la morbilidad atendida en atención primaria o si tal variación depende no de la patología y/o problema de salud sino de la propia actuación médica. Afirman que la morbilidad atendida varía mes a mes sin un patrón estacional que se mantenga en años sucesivos.

A pesar de ello son muy numerosos los estudios que de muestran variación estacional para problemas de salud muy prevalentes y esto implica de forma directa a la morbilidad atendida. Son un ejemplo de ello las variaciones cíclicas de los problemas respiratorios (26)(27), infecciosos (28)(29)(30), alérgicos (31)(32)(33), cardíacos (27), psiquiátricos (9)(34), etc. si bien puede estar directamente relacionado con otros factores e incluso actuar como un factor de confusión por ejemplo con relación a la edad (27).

La utilidad de este tipo de estudios radica en la posibilidad de identificar variaciones temporales de la morbilidad a tener en cuenta en la demanda de servicios sanitarios y distribución de los recursos para una población. Se afirma que el conocimiento de la morbilidad ambulatoria es primordial para el funcionamiento de un sistema sanitario pudiendo utilizarse la metodología de selección más conveniente en cada caso (24).

Hay que tener en cuenta que el primer contacto de la comunidad con el sistema sanitario tiene lugar a nivel de atención primaria.

Los estudios de morbilidad atendida en atención primaria cobran cada vez mayor importancia como fuente de información para la planificación y administración sanitaria (35). Sin embargo, sus dificultades estriban en la definición de los casos y en el conocimiento de la pobla - ción a partir de la cual se obtienen. Debemos recordar que un paciente puede no ser consciente de un determinado pro - blema de salud; además, un problema de salud puede ser in - terpretado de distinta forma por varios observadores. La definición, por tanto, del problema de salud ha de ser lo más objetiva y exacta como sea posible y ésto se intenta conse - guir a través de la Clasificación Internacional de la WONCA (14) si bien algunos autores introducen modificaciones que a veces dificultan la comparabilidad. En general, podemos afirmar que los estudios de morbilidad atendida son válidos como fuente de información sanitaria si bien son tan solo una aproximación a la realidad. La OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda la investigación a partir de la de - manda asistencial así como valoraciones regionales (36)(37).

En Europa la frecuentación ambulatoria oscila entre 5 a 10 consultas por habitante y año (38). Hay que tener en cuenta que la utilización de los servicios sanitarios es generalmente estudiada a través del número de consultas por habitantes (39). En este sentido, puede suceder que los grandes utilizadores estén sobrerepresentados especialmente si se utilizan períodos cortos de registro. Es por ello, que debemos distinguir entre pacientes y visitas. Podemos definir

a los pacientes como elementos sin repetición mientras que las visitas serían elementos con repetición. El hecho de estudiar las visitas ofrece como ventaja el poder utilizar una muestra de muchos o pocos días pues no parecen existir diferencias en cuanto a la utilización de servicios. Al estudiar pacientes se ha observado que para intervalos de tiempo cortos los grandes utilizadores estarán sobrerrepresentados y éstos presentan características específicas de tipo patológico, sociológico, etc. En este punto coinciden diversos autores (35) (39). La utilización de los servicios sanitarios es un tema de interés primordial con relación a la planificación, evaluación y distribución de recursos, así como frente al conocimiento de factores no dependientes del paciente.

En cuanto a la población existen diferencias en la utilización de los servicios sanitarios según se trate del medio rural o urbano. Se observa que en el medio rural donde no se dispone de pediatra o de ginecólogo de zona hay una mayor demanda. No obstante, para ambos medios el nivel de autosuficiencia se sitúa entre un 80 y 85%. Tan solo el 18% precisó ser enviado al especialista de 2º nivel. Estos datos reflejan la importancia de la atención primaria en cuanto a la planificación y gestión sanitaria se refiere (38).

Un sector peculiar de la población viene representado por los niños menores de 16 años donde el determinante más

más importante para la utilización de los servicios sanitarios es el estado físico de salud de los niños tal y como es percibido por los padres (40). Otro sector peculiar es el de las personas sin hogar. Algunos autores señalan que a pesar de haber sido admitido durante mucho tiempo que estas personas requieren mayores cuidados médicos, que más de la mitad presentan enfermedades crónicas y que presentan una mortalidad significativamente mayor que la población general, ésto en realidad no es así. Si bien las patologías que presentan son diferentes a las de la población general (fundamentalmente hematológicas, psiquiátricas, genitourinarias y dermatológicas derivadas de las malas condiciones de vida y pobre nutrición) la utilización de los servicios sanitarios es similar en ambos grupos de población (41).

Dentro del conocimiento de la planificación de servicios sanitarios juega un importante papel la demanda derivada desde la atención primaria (42)(43). En general, se admite que el médico de familia bien formado puede resolver más del 95% de los problemas de salud que presentan sus pacientes (44)(43). Diversos autores no encuentran variaciones cíclicas importantes mensuales en cuanto a la especialidad derivada (44). Sin embargo, no es suficiente la presentación de datos sino que es necesaria la formulación de hipótesis que permitan extraer conclusiones operativas para la gestión de los centros y/o equipos de atención primaria (45). Es importante el conocimiento de las variaciones territoriales en nuestro país y sería interesante la comparación de las mismas sobre todo en relación con los objetivos asistenciales de cada equipo de atención primaria.

La epidemiología puede ser entendida como la ciencia que estudia la aparición de los procesos patológicos. Con relación al principio de causalidad se puede afirmar que una causa de la frecuencia y distribución de una enfermedad o de un problema de salud viene dado por un factor que hace disminuir la incidencia de una enfermedad al desaparecer o ser reducido (46). En general, las enfermedades pueden tener más de una causa e incluso un mismo factor puede interaccionar con otros factores para causar distintas enfermedades. Hay que admitir que en la actualidad existen muchos aspectos desconocidos con relación a los problemas de salud. La ausencia de un efecto no puede descartar una causa. Sin duda la causalidad es un fenómeno poco conocido y por su propia naturaleza probablemente lo sea siempre pero el conocimiento progresivo de asociaciones causales puede suponer importantes avances en cuanto al conocimiento de los problemas de salud. Debemos tener en cuenta que los criterios sobre inferencia causal formulados por Bradford Hill en 1965 son los más comúnmente aceptados (46).

Un problema de salud constituye, generalmente, el motivo a través del cual la población o comunidad contactan con el sistema sanitario (47). Habitualmente el primer contacto tiene lugar con el médico de atención primaria. En los países anglosajones es frecuente la consulta por vía telefónica fuera del horario habitual de visitas (48). Todo ello hace que la evaluación de los servicios de salud a través de los registros de morbilidad y especialmente en atención primaria sea cada vez más importante (49). Los registros de morbilidad constituyen uno de los mayores logros de la medicina

actual para la planificación, gestión y evaluación de los sistemas sanitarios. También se tiende hacia la mejora de la calidad asistencial (50)(51)(52)(53). Se admite que el tiempo medio ideal para la atención al paciente oscila entre 10 y 15 minutos. Se presta especial atención a los problemas psicosociales que puedan existir independientemente del problema de consulta (54) y a la prescripción de fármacos de forma correcta (55)(56). En 1986 se observó que la prescripción farmacéutica alcanzó el 75% a nivel de atención primaria en el Reino Unido (56). El uso inadecuado de fármacos repercute de forma directa sobre la salud de la población (57)(58)(59)(60).

En general, el número de consultas aumenta con la edad (61) pero para personas de la tercera edad suele observarse una infrautilización de los servicios sanitarios y de los programas sanitarios de los cuales podrían beneficiarse. Es en estas personas donde los aspectos psicosociales cobran frecuentemente mayor importancia. Respecto a los grandes utilizadores de los servicios de salud, para cualquier edad y sexo, debe tenerse en cuenta que en una elevada proporción de casos un síntoma físico puede dificultar el reconocimiento de un trastorno psiquiátrico y/o social (62)(63)(64).

Es ya conocida la variación en cuanto al diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicosociales (65), dependiendo principalmente del grado de comunicación entre el médico y el paciente. Son importantes, además, otros factores como son la tendencia del médico a considerar los aspectos psiquiátricos del paciente lo cual varía de un médico

a otro sin guardar relación con el grado de afectación psiquiátrica, en su caso, la precisión del juicio diagnóstico por parte del médico y la capacidad de realizar un diagnóstico precoz. Existe una notable diferencia entre diagnosticar un problema de salud que requiera la intervención del asistente social y/o enviar a un especialista de segundo nivel. En numerosas ocasiones posibles trastornos psicosociales son interpretados como signos y/o síntomas mal definidos; sin embargo, puede ser importante que el paciente sea consciente de su problema real y esto depende en gran medida de la capacidad diagnóstica del médico y de su actitud hacia este tipo de problemas (66). La identificación y codificación de estos trastornos viene definida en la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (ICHPPC-2) (14); no obstante, pueden existir dificultades en cuanto a la correcta identificación del problema y su codificación que depende de la interpretación médica. Puede suceder que un mismo problema sea codificado en función de una supuesta etiología conocida o de una manifestación clínica (67). Los grados de concordancia observados entre distintos profesionales alcanzan tan solo el 40% en muchos casos. Parece existir un mayor grado de concordancia para la clasificación de síntomas con relación a las enfermedades (68).

Respecto a la salud de la comunidad otro importante factor a tener en cuenta es la clase social. Se observa

que es la clase social media la que más se beneficia de los sistemas sanitarios y la que con mayor frecuencia acude a consultar sus problemas de salud (69). Sin embargo, el grado de comprensión y aceptabilidad del diagnóstico es muy similar para la clase media y la clase trabajadora. Cada vez es más importante la información y/o educación sanitaria del profesional de atención primaria hacia el paciente (70).

Los estudios sobre la etiología de la enfermedad en la población y/o estudios de morbilidad, en general, hacen referencia a los casos incidentes (71). Deben tenerse en cuenta, no obstante, el gran número de posibles factores de confusión que influyen en la duración del problema de salud y/o enfermedad. Esto puede suponer un problema al estudiar los casos prevalentes. Se asume que la enfermedad y/o problema de salud una vez que aparece es irreversible si bien en muchos casos es recuperable la salud. El concepto de riesgo de morbilidad hace referencia en la mayor parte de los casos al primer episodio de la enfermedad en cuestión.

Otro hecho a tener en cuenta son las diferencias de actuación de un profesional de salud a otro. Es por ello que la atención primaria debe orientarse hacia la población considerada en su totalidad (72). Sin embargo, probablemente las diferencias de actuación individual entre los profesionales en atención primaria sean menores de las que generalmente se asumen. Estas diferencias suelen estar en relación con la calidad de la atención prestada, carga asistencial y

coste. Algunos autores afirman que tal variabilidad en la actuación del profesional médico no está sujeta a variación estacional (73). Si se observan variaciones con respecto a regiones de un país, distritos y derivación a hospitales (74). Esto tiene notable interés desde el punto de vista económico para la distribución de recursos. La necesidad de justificar la utilización de los servicios sanitarios y distribución de recursos ha crecido en los últimos años (75). Cada día es más importante la coordinación en la atención sanitaria y el correcto manejo de los recursos de información.

Existen tres campos de actuación del médico de atención primaria en relación a la población (21) que van a determinar el motivo de consulta. Un profesional podrá prestar mayor atención a las actividades de prevención, a las patologías crónicas o a los problemas sociales de la comunidad. En función de ello los pacientes van a determinar su elección de médico. Se tratan pues de variables que dependen altamente del médico para una misma comunidad. Las diferentes motivaciones médicas traen consigo diferentes consecuencias.

La decisión del paciente de acudir a la consulta médica está influenciada por muchos factores (20). Existen factores sociales, personales y culturales. Se han estudiado factores socioculturales, la percepción de enfermedad, experiencias previas con el sistema de salud, motivación para sentirse sano y el impacto de la ansiedad sobre el

estado de salud y/o enfermedad. Otro factor de notable interés es el papel que juegan las enfermedades crónicas en la utilización de los servicios de atención primaria.

La visita al profesional de atención primaria estará determinada por el estado de salud y, a la vez, por la percepción de la misma por parte del individuo. Hay que considerar la posible existencia de un síntoma específico y la respuesta a otros síntomas que son comunes a cualquier individuo. Se observan diferencias entre la utilización de los servicios de atención primaria para los individuos según presenten o no una patología crónica. La existencia de una patología crónica está directamente relacionada con el número de visitas médicas. Cuando no existe una patología crónica la sensibilización y/o percepción de la salud está en relación directa con los síntomas y la respuesta a aquéllos que son comunes. No lo está con el número de consultas médicas. Se observa una correlación directa entre la ausencia de enfermedad crónica y la frecuencia de visitas durante los tres años previos. Esto indica que por cualquier razón la conducta frente a la salud tiende a mantenerse constante a lo largo de años. Las experiencias previas con el médico y/o sistema sanitario no están relacionadas con el número de visitas (20)(76). De otro modo, no está claro si estos factores se asocian en mayor grado con la naturaleza específica de los síntomas o con la orientación que se les da.

Se sabe que entre un 25 y un 40% de los pacientes atendidos en atención primaria no presentan patología importante y que entre un 30 y un 60% presentan síntomas sin una causa médica clara (77). Esto no supone, necesariamente, un comportamiento inadecuado frente a la salud; sin embargo, puede suponer una actuación médica que genere una morbilidad de carácter yatrogénico (prescripción de fármacos innecesarios, pruebas complementarias, etc.).

A pesar de que los síntomas físicos parecen constituir el mejor predictor en la utilización de los servicios médicos asistenciales, se sabe que la morbilidad psiquiátrica genera una mayor demanda de atención sanitaria (77).

Podemos concluir que el conocimiento de la salud y/o enfermedad es un hecho realmente importante y dependiente de múltiples factores aún en estudio. Uno de estos factores es la posible VARIACION ESTACIONAL objeto de estudio de esta tesis.

OBJETIVOS

El OBJETIVO GENERAL de este estudio es valorar la transcendencia de las variaciones estacionales en la morbilidad consultada a nivel de la Atención Primaria y sus posibles factores asociados.

Son OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Estudiar si en nuestro medio han existido variaciones estacionales, en cuanto a los motivos de consulta, en Atención Primaria en el último lustro.
- Comparar entre sí la morbilidad observada en las distintas estaciones del año y describir, en función de éstas, sus patrones de comportamiento durante un período anual elegido al azar dentro del último lustro.
- Describir los factores asociados a las diferencias estacionales con los que se consultan procesos agudos y/o crónicos.
- Valorar la utilización de los servicios sanitarios en la población de estudio de manera global y, en relación, con la atención especializada del área sanitaria en función de las estaciones naturales del año.
- Clasificar el motivo de consulta de la población atendida en función de las distintas estaciones del año.

- Estudiar la posible reorganización de los recursos de asistencia sanitaria y de programas en relación con la posible demanda estacional.

MATERIAL Y METODOS

I. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio no experimental con variables independientes no manipuladas. La unidad de estudio es la "visita" (elemento con repetición) y no el "paciente" (elemento sin repetición). El hecho de estudiar las visitas ofrece como ventaja el poder utilizar una muestra de muchos o pocos días ya que no parecen existir diferencias en cuanto a la utilización de servicios (24).

Reiteramos que la unidad de estudio es la "visita" y no el "paciente". Por otra parte, la intensidad de uso de los servicios sanitarios, fruto de la interacción servicios/ población y a través de las consultas por habitantes, está ampliamente demostrado que depende de variables tales como la edad y el sexo (15), (24), (35), (45).

Los datos, para conocer las variables de persona y motivo de consulta, se han obtenido en el día de la visita a partir de la "hoja de registro" y se han complementado con la correspondiente historia clínica.

Dicho día de estudio de visitas se determina por el oportuno muestreo, que más adelante en el apartado IV de recogida de datos se explica; no obstante, ya decimos que al registrarse así el 100% de los diagnósticos y/o motivos

de consulta de ese día obtenemos, a pesar de la heterogeneidad de los diagnósticos dadas las diferencias inter e intramédico, una fiabilidad de hasta un 70% (15).

Al estudiar los pacientes del día elegido al azar quedan representados aleatoriamente aquellos pacientes con demanda de consulta (39). De esta forma, por otra parte, se evita que los pacientes con visitas más frecuentes esten sobrerrepresentados fenómeno que tendría lugar si la unidad de estudio fuera un período más o menos amplio dentro de las distintas estaciones del año.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, variables independientes de carácter cualitativo (motivos de consulta y/o problemas de salud) se han transformado en variables categóricas según una escala de medida de carácter nominal y, se han relacionado con otras variables de carácter cualitativo o cuantitativo estableciendo los análisis estadísticos correspondientes a cada caso: en general, comparación de proporciones para variables cualitativas y comparación de medias para establecer la relación entre variables independientes cualitativas y variables dependientes cuantitativas. Se procedió, además, a la búsqueda de significación estadística de la relación entre las variables.

II. POBLACION

Los individuos en los que se ha llevado a cabo el estudio pertenecen a la zona básica de salud correspondiente al área del Polígono Industrial de Toledo. Podemos decir que la población de referencia o diana coincidió con la población de estudio, es decir, 11.961 hab. según el padrón de 1989.

El citado Polígono Industrial de Toledo nace en 1971 con la llegada a la zona de la empresa Standard Eléctrica y la construcción de viviendas para uso de sus trabajadores, en lo que se definió inicialmente como "Polígono de descongestión industrial de Madrid".

Se trata de una zona urbana, perfectamente delimitada geográficamente y situada a 10 Km. del centro de Toledo. Su extensión es de 7 Km. sin incluir la zona industrial con 60 empresas. Su localización geográfica es 39°, 51', 33'' latitud Norte, 4°, 1', 28'' latitud Oeste. La altitud es de 539 metros sobre el nivel del mar. Su clima es netamente continental: templado con oscilaciones térmicas marcadas, es decir, con tendencia extremada (veranos e inviernos largos y, primaveras y otoños cortos). Las precipitaciones son escasas, con clima seco, árido, insolación abundante y fuertemente

iluminado en verano. Los meteoros más frecuentes son las calimas, neblinas y nieblas de irradiación. La actividad laboral fundamental se centra en los sectores secundario y terciario.

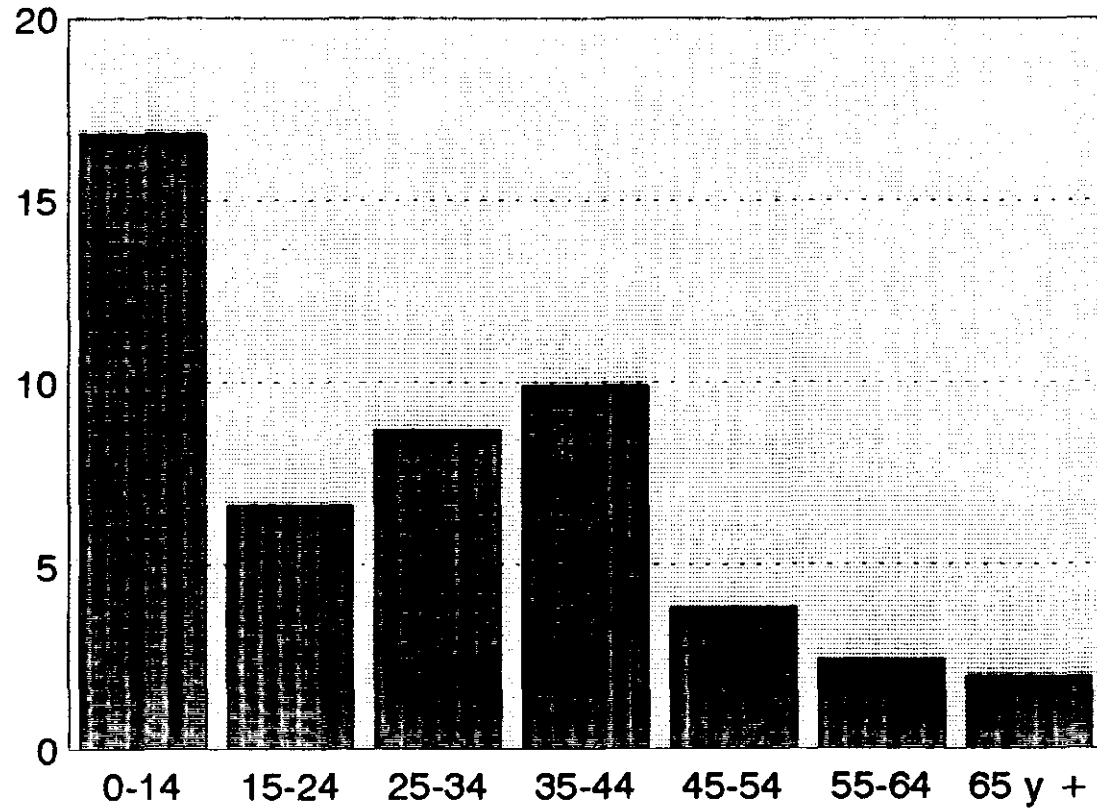
DISTRIBUCION DEL CENSO DE POBLACION DEL
POLIGONO INDUSTRIAL

DISTRIBUCION DEL CENSO DE POBLACION DEL POLIGONO INDUSTRIAL POR EDAD Y SEXO,
SEGUN DATOS FACILITADOS POR EL AYUNTAMIENTO, A 31-3-84

		VARONES		MUJERES		TOTALES	
		F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
1.984	1 años	19	0,16%	18	0,15%	37	0,32%
1.981-83	2-4 años	328	2,87%	283	2,48%	611	5,35%
1.979-80	5-6 años	343	3,00%	338	2,96%	681	5,97%
1.971-78	7-14 años	1.233	10,81%	1.165	10,21%	2.398	21,03%
1.961-70	15-24 años	758	6,64%	700	6,13%	1.458	12,78%
1.951-60	25-34 años	993	8,70%	1.165	10,21%	2.158	18,92%
1.941-50	35-44 años	1.132	9,92%	1.036	9,08%	2.168	19,01%
1.931-40	45-54 años	436	3,82%	374	3,28%	810	7,10%
1.921-30	55-64 años	275	2,41%	296	2,59%	571	5,00%
1.911-20	65-74 años	143	1,25%	178	1,56%	321	2,81%
Hasta 1.910	75 años	80	0,70%	109	0,95%	189	1,65%
T O T A L E S		5.740	50,34%	5.662	49,65%	11.402	100 %

DISTRIBUCION DEL CENSO DE POBLACION DEL POLIGONO INDUSTRIAL

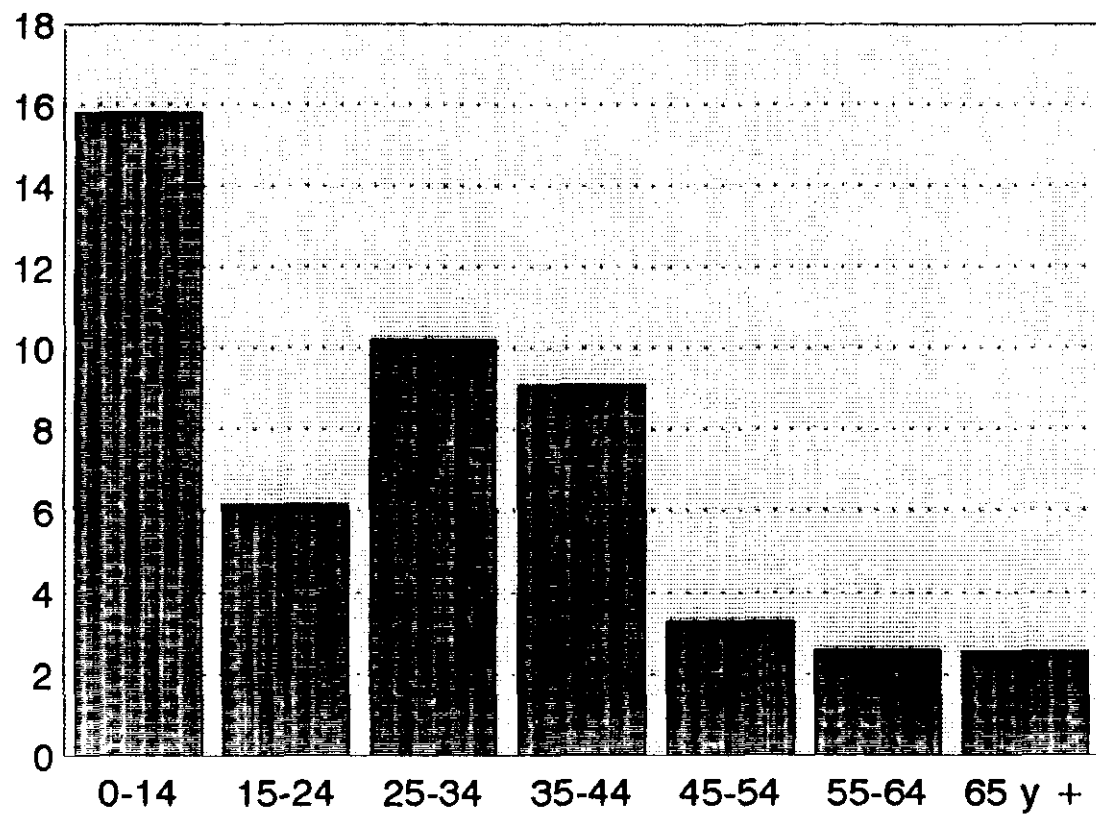
1984



VARONES

DISTRIBUCION DEL CENSO DE POBLACION DEL POLIGONO INDUSTRIAL

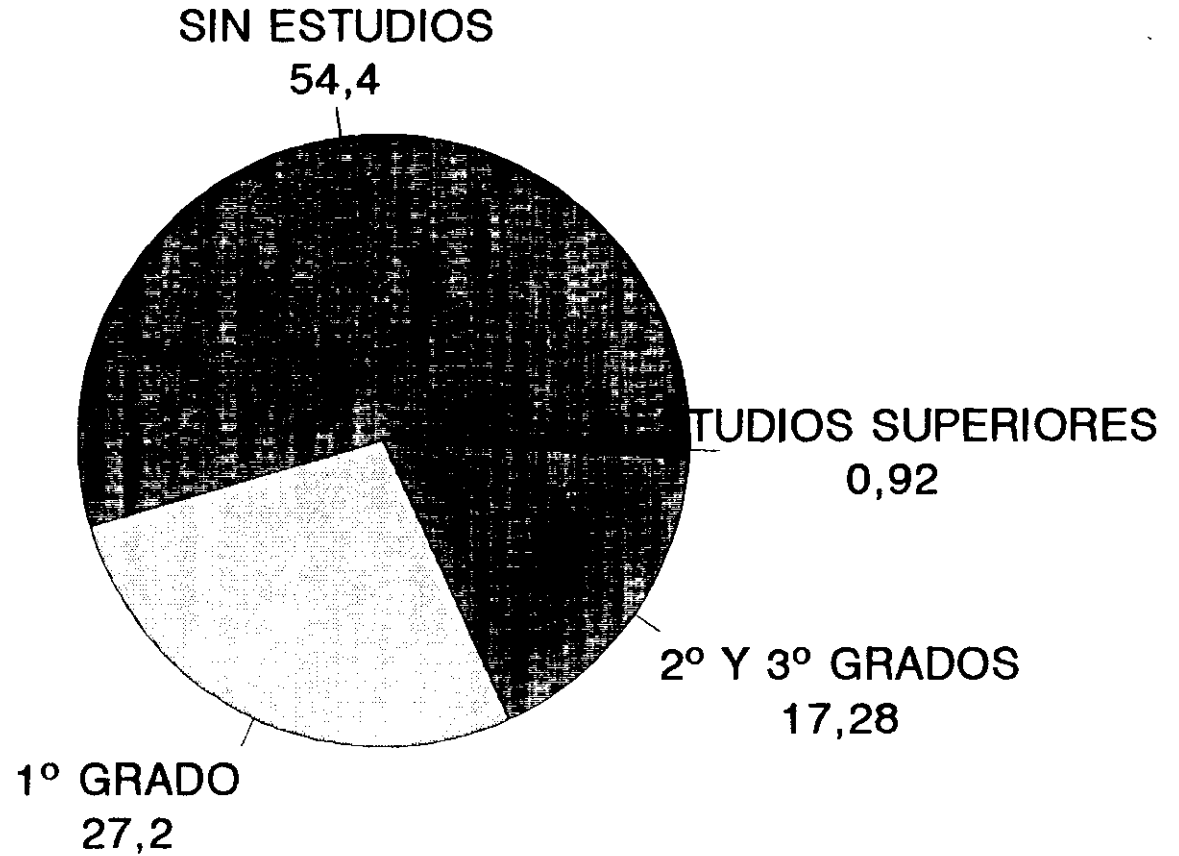
1984



MUJERES

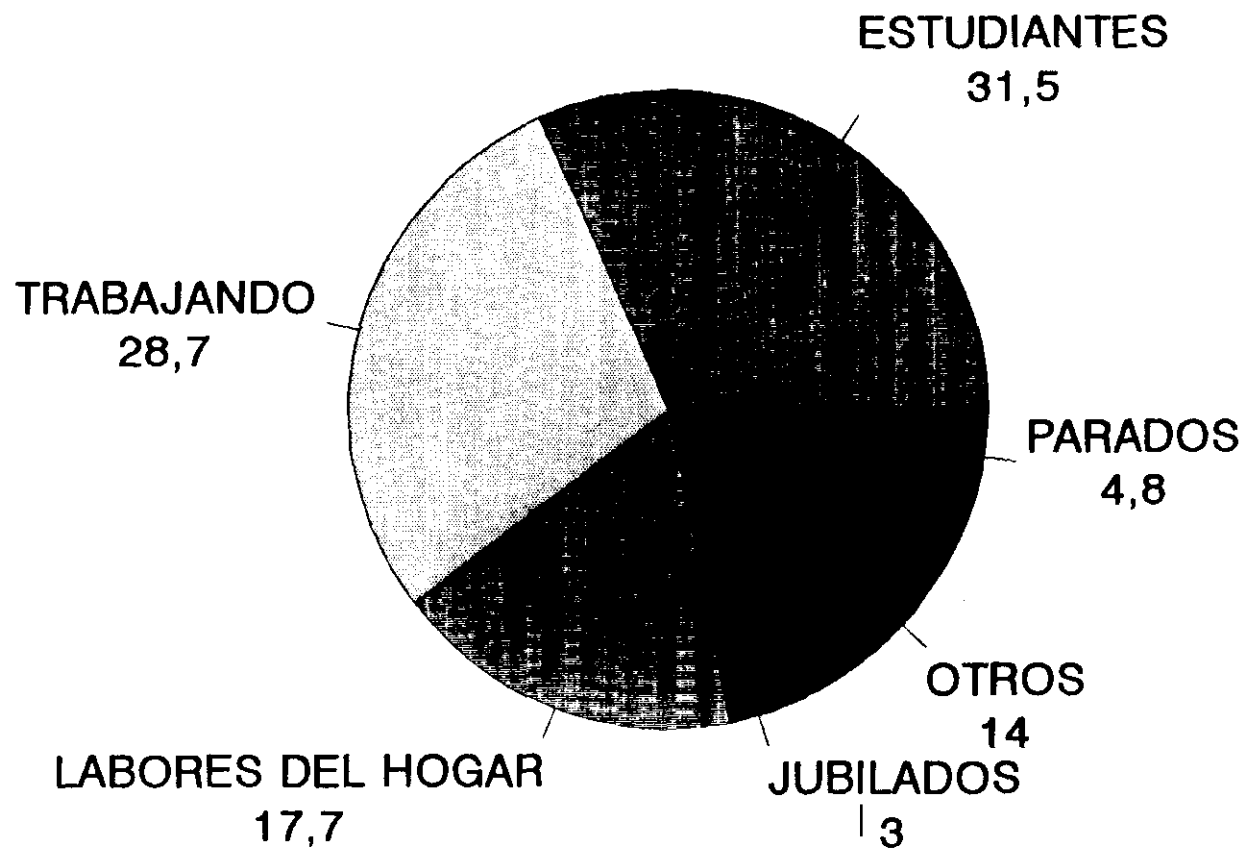
NIVEL DE ESTUDIOS DE LA POBLACION

PADRON MUNICIPAL 1989



DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ACTIVIDAD

PADRON MUNICIPAL 1989



III. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

1. Criterios de inclusión:

Fue incluida, en el estudio, toda aquella "visita" generada por el paciente de la zona básica de salud.

Se incluyeron las "visitas" generadas por los pacientes desplazados, habida cuenta de que representan una proporción insignificante para el estudio.

2. Criterios de exclusión:

Se excluyeron aquellas "visitas" generadas por individuos no pertenecientes a la zona básica de salud.

Se excluyeron las "visitas" generadas por la consulta programada y/o concertada, puesto que, estas visitas no están sujetas a variación estacional al ser el médico quien determina su periodicidad.

IV. RECOGIDA DE DATOS.

La recogida de datos se efectuó en el Centro de Salud "Nuestra Sra. de Benquerencia" de Toledo (Polígono Industrial) que cuenta con 5 consultas de Medicina Familiar y Comunitaria más 4 de médicos internos residentes en la misma especialidad y, 2 de Pediatría. La recogida de datos tuvo lugar desde el primero de marzo de 1990 al primero de marzo de 1991 mediante una hoja de registro donde se recogieron las variables estudiadas. Se eligieron aleatoriamente cuatro días al mes mediante un sistema de muestreo aleatorio simple que permitió su extrapolación a datos mensuales a lo largo de un año completo (1 } (15) } (24) } (35) } (45). Se evitó que esos días fueran festivos, sábados o días en que se preveía la actividad no fuese normal (vacaciones, etc.).

La información básica de la hoja de registro fue el "problema de salud" clasificado, por grandes grupos, según el código de la W.O.N.C.A. (ICHPPC2; 14). La infección respiratoria aguda del tracto superior, que forma parte del grupo VIII (enfermedades del aparato respiratorio), se incluyó en el grupo I (enfermedades infecciosas/ parasitarias, excepto E.D.O.). Esto se debió a que, durante la evaluación de los resultados, la patología infecciosa respiratoria, generalmente viral, tan frecuente y de corta duración impedía conocer con claridad la patología crónica respiratoria del

grupo VIII.

Otras variables recogidas fueron la edad (años cumplidos en el momento de la consulta), sexo, fecha de la consulta (día, mes, año), pruebas complementarias efectuadas (analíticas, radiológicas), derivaciones a especialistas y hospitalarias. Además, se recogieron hasta un máximo de 10 "patologías crónicas" del paciente entendiendo como tal "toda deficiencia o desviación de lo normal que tiene una o más de las siguientes características: es permanente o recurrente, deja incapacidad residual y está causada por una alteración patológica no reversible que requiere un largo periodo de supervisión" (14). Todo problema que cumplió esta definición se consideró como enfermedad crónica y se clasificó de acuerdo con la W.O.N.C.A.

La hoja de registro fue cumplimentada a partir de la historia clínica o ficha de seguimiento en su caso. Todos los pacientes atendidos en "consulta" estaban recogidos en la hoja de registro informatizada (SICAPP) y codificada como de la consulta. Al paciente que no disponía de historia clínica o ficha en el momento de la consulta se le realizó la misma con la recogida de las variables estudiadas. Los datos recogidos en las distintas consultas los días del muestreo fueron traspasados, finalmente, a la hoja de registro por un mismo observador. El control de la calidad de los datos estuvo sujeta a la evaluación de los resultados a los 3, 6, 9 y 12 meses del estudio.

CODIGOS DEL S.I.C.A.P.

CODIGOS RESUMEN WONCA

I.- ENF. INFECCIOSAS/PARASITARIAS, EXCEP. Z.D.O.

- 079 INFECCION VIRAL INESPECIFICA
- 110 DERMATOFITOSIS - DERMATOMICOSIS
- 132 PEDICULOSIS Y OTRAS INFESTACIONES
- 136 OTRAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

II.- NEOPLASIAS

- 199 TUMOR MALIGNO DE SITIO NO ESPEC.
- 229 TUMOR BENIGNO DE SITIO NO ESPEC.
- 239 TUMOR DE NATURALEZA NO ESPECIFICADA

III.- ENF. ENDOCRINO-METABOLICAS, NUTRICION E INMUNIDAD

- 240 NODULO Y BOCIO NO TOXICO, ENF. TIROIDEA
- 250 DIABETES MELLITUS TIPOS 1 Y 2
- 260 DESRD. NUTRICIONALES, AVITAMINOSIS, KWASHIORKOR
- 272 ALT. DEL METABOLISMO DE LOS LIPIDOS
- 274 GOTA E HIPERURICEMIA
- 278 OBESIDAD Y OTRAS FORMAS DE HIPERALIMENTACION
- 279 ALT. ENDOCRINO-METABOLICAS E INMUNITARIAS S/E

IV.- ENF. DE LA SANGRE Y ORG. HEMATOPOYETICOS

- 295 ANEMIAS SIN ESPECIFICAR
- 297 PURPURA, AFEC. HEMORRAGICAS, ALT. COAGULACION
- 298 CELULAS BLANCAS NORMALES

V.- TRASTORNOS MENTALES

- 289 PSICOSIS SIN ESPECIFICAR
- 300 TRAST. NEUROTICOS, ANSIEDAD, HISTERIA, HIPOCONDRIA
- 303 ABUSO Y DEPENDENCIA CRONICA DEL ALCOHOL
- 304 ABUSO Y DEPENDENCIA DE LAS DROGAS
- 308 INSOMNIO Y OTRAS ALT. DEL SUEÑO
- 308 STRESS, REACCION DE ADAPTACION
- 309 OTRAS NEUROSIAS
- 311 DEPRESION

VI.- ENF. DEL SISTEMA NERVIOSO Y ORG. DE LOS SENTIDOS

- 349 ENFERMEDADES DEL S.N.C. Y PERIFERICO
- 367 TRAST. DE LA REFRACCION Y ACOMODACION
- 372 TRASTORNOS DE LA CONJUNTIVA
- 378 OTRAS ENFERMEDADES OCULARES
- 381 OTITIS MEDIA AGUDA NO SUP./ALT. T. EUSTAQUIO
- 382 OTITIS MEDIA AGUDA SUPURATIVA, MIRINGITIS
- 388 OTROS TRASTORNOS DE OIDO

VII.- ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO

- 401 HIPERTENSION ESENCIAL
- 429 ENFERMEDADES CARDIACAS SIN ESPECIFICAR
- 459 OTRAS ENF. VASCULARES ARTERIALES/VENOSAS

VIII.- ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

- 460 INFECC. RESP. AGUDA TRACTO SUPERIOR, (I.R.A.)
- 491 BRONQUITIS CRONICA
- 492 ENFISEMA, E.P.O.C.
- 493 ASMA
- 519 OTRAS ENF. DEL A. RESPIRATORIO

IX.- ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

- 528 ENF. TEJ. BLANDOS CAVIDAD BUCAL, EXC. LESIONES ESPEC.
- 536 TRAST. GASTRICOS FUNC./OTRAS ENF. GASTRODUODENALES
- 571 CIRROSIS Y OTRAS ENF. CRONICAS HIGADO
- 574 COLELITIASIS, COLECISTITIS, OTRA ENF. BILIARES
- 577 ENFERMEDADES DEL PANCREAS
- 579 OTRAS ENF. APARATO DIGESTIVO

X.- OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO

- 593 ENFERMEDAD RENAL/URETERAL
- 598 ENFERMEDAD EL A. URINARIO INFERIOR
- 607 ENFERMEDAD DE LOS GENITALES MASCULINOS
- 611 ENFERMEDADES DE LA MAMA
- 629 OTRAS ENF. DE LOS GENITALES FEMENINOS

XI.- EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

- 648 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
- 661 COMPLICACIONES DEL PARTO
- 671 COMPLICACIONES DEL PUERPERIO

XII.- ENFERMEDADES DE LA PIEL Y T. SUBCUTANEO

- 685 QUISTE PILONIDAL, FISTULA, OTRAS INFECC. PIEL
- 691 ECZEMA, DERMATITIS ATOPICA/ALERGICA
- 701 OTRAS ALT. HIPERTROFICAS/ATROFICAS DE PIEL
- 708 URTICARIA
- 709 OTRAS ENF. DE LA PIEL Y T. SUBCUTANEO

XIII.- ENF. SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y CONECTIVO

- 714 ARTRITIS REUMATOIDE Y AFINES
- 715 OSTEOARTRITIS, OSTEOARTROSIS Y AFINES
- 724 DOLOR DE ESPALDA CON/SIN IRRADIACION
- 725 OTRAS ARTRITIS Y CONECTIVOPATIAS
- 728 TENDINITIS, BURSTITIS, SINOVITIS, H. DOLOROSO

XIV.- ANOMALIAS CONGENITAS

- 758 OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS

XV.- AFECIONES DEL PERIODO PERINATAL

- 778 MORBI-MORTALIDAD PERINATAL

XVI.- SINTOMAS, SIGNOS Y CONDICIONES MAL DEFINIDAS

- 780 SINCOPE, MAREOS, VERTIGOS, FIEBRE, FATIGA, HIPERHIDROSIS
- 783 ANOREXIA, PERDIDA DE PESO, PROBL. ALIMENTARIO/DESARROLLO
- 784 CEFALEAS, ALT. LENGUAJE, EPISTAXIS
- 785 PALPITACIONES, SOPLOS Y ADENOPATIAS INESPEC.
- 786 DISNEA, TOS, HEMOPTISIS, DOLOR TORACICO
- 787 NAUSEAS, VOMITOS, PIROSIS, PROBL. GASES
- 788 DISURIA, POLIURIA, ENURESIS, INCONTINENCIA
- 789 DOLOR ABDOMINAL, HEPATO-ESPLENOMEGALIA
- 790 HALLAZGOS ANORMALES NO ESPECIFICOS

XVII.- ACCIDENTES, LESIONES, INTOXICACION Y VIOLENCIA

- 829 FRACTURA DE HUESOS NO ESPECIFICADOS
- 839 LUXACIONES/SUBLUXACIONES SIN ESPECIFICAR
- 848 ESGUINCES Y DESGARROS SIN ESPECIFICAR
- 889 HERIDA ABIERTA, AMP. TRAUMATICA, LACERACION
- 910 PICADURA/MORDEDURA DE INSECTOS
- 929 GOLPES, CONTUSIONES, APLASTAMIENTOS
- 949 QUEMADURAS DE TODO TIPO Y GRADO
- 979 REACCION ALERGICA A MEDICAMENTOS
- 995 OTROS EFECTOS ADVERSOS NO CLASIFICADOS
- 998 COMPLICACIONES DE CIRUGIA/TRATAMIENTO MEDICO

Hoja de registro

CODIGOS DE LA HOJA DE REGISTRO

Nombre del campo en el programa D- BASE	Nombre en la hoja de registro
FECHA	día, mes, año
CON	número de la consulta
ID	identificación del paciente año, mes, día de nacimiento primera letra del apellido
EDAD	años cumplidos en 1990
SEXO	V =1 ; F =2 varon femenino
WONC	Morbilidad Número por grandes grupos del código de la WONCA ICHPPC-2 (I- XVII)
EXPL	Exploración Sí=1 ; No=2

RECE	Recetas (prescritas en la consulta problema).
SANG	analítica de sangre (hematología) Sí= 1; No= 2
ORIN	analítica de orina Sí= 1; No= 2
BIOQ	analítica bioquímica Sí= 1; No= 2
MICRO	estudio microbiológico Sí= 1; No= 2
RXTO	radiografía de torax Sí= 1; No= 2
RXAB	radiología de abdomen Sí= 1; No= 2
RXOS	radiografía ósea Sí= 1; No= 2
RXES	radiografías especiales (ecografía) Sí= 1; No= 2

EKG	electrocardiograma Sí= 1; No= 2
INT	Interconsultas Sí= 1; No= 2
HOSP	Envío al Hospital Sí= 1 ; No= 2
PC1	Patologías crónicas clasificadas por WONCA (hasta 10 posibles).
2	
.	
.	

V. TRATAMIENTO ESTADISTICO DE LOS DATOS.

Su manejo fue informático. Se creó una base de datos que se procesó con el programa EPI-INFO (VERSION 3) para la correspondiente búsqueda de tendencias, significaciones, etc. en relación con su posterior análisis.

RESULTADOS

Fueron estudiados un total de 8.425 motivos de consulta a partir de una población de estudio de 11.961 habitantes. En este trabajo la población de estudio coincide con la población diana. La unidad de estudio, en este caso, fue la visita y no el paciente (24) (35) (39). Las características generales de la población vienen dadas en el ANEXO I.

En cuanto a las características de la población atendida en consulta médica, por grupos de edad y sexo, fueron los pacientes comprendidos entre 0 y 14 años y de sexo masculino los más frecuentadores (TABLAS 1 y 2; FIGURA 2a y 2b). Al estudiar el porcentaje de población que acudió a consulta se observa que, con posterioridad a los 14 años, existen dos picos de incidencia para ambos sexos comprendidos entre los 35 y 44 años y para los mayores de 65 años (FIGURA 1). Salvo para el grupo de edad entre 0 y 14 años el sexo femenino fue siempre el que acudió con mayor frecuencia.

Si se tienen en cuenta las frecuencias relativas de la edad con relación al motivo de consulta se observa que el mayor porcentaje corresponde, con notoria diferencia, al grupo de edad comprendido entre 0 y 14 años (TABLA I). Del mismo modo es la mujer la que con mayor frecuencia relativa acude a la consulta médica comparando de forma estadística ambos sexos de forma global (TABLA II).

En cuanto al "motivo de consulta" o "problema de salud" de acuerdo con la clasificación de la W.O.N.C.A. (14) se observó que el mayor porcentaje, con diferencia, se situaba en el grupo de las enfermedades infecciosas. Hay que aclarar, para la interpretación de los resultados, que con objeto de poder analizar de forma independiente la patología aguda y crónica, la infección respiratoria aguda del tracto superior se incluyó en enfermedades infecciosas. La inclusión de esta patología tan frecuente en Atención Primaria como enfermedad del aparato respiratorio dificultó, durante la evaluación, la interpretación de los resultados. Esto, creemos, se debió a que numerosas infecciones virales inespecíficas fueron en un principio incluidas como enfermedad respiratoria; además, una patología infecciosa respiratoria, generalmente viral, tan frecuente y de corta duración impedía conocer con claridad la patología crónica respiratoria del grupo VIII de la Clasificación de la WONCA (Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales/ Médicos de Familia).

El motivo de consulta fue siempre recogido a partir de la consulta a demanda y no de la consulta concertada y/o programada donde el propio médico y/o enfermera han alertado ya al paciente sobre un determinado "problema de salud". Además, en este caso es el profesional de la salud quien determina el momento de la consulta. Por todo ello, se excluyó la recogida de datos a partir de la consulta concertada y/o

programada recogiendo aquellos datos generados a partir de la visita espontánea por parte del paciente. No obstante, junto al motivo de consulta se recogió la posible patología crónica del paciente en otro apartado.

Podría suceder que el paciente presentase varios "problemas de salud". En este trabajo se consideró como "motivo de consulta" aquél que generaba la visita al médico. Debe tenerse en cuenta que no se ha pretendido en este estudio el análisis detallado de cada "problema de salud" considerado desde una perspectiva aislada, lo cual dificultaría enormemente cualquier trabajo. Tan solo se ha pretendido poder determinar si realmente existe una VARIACION ESTACIONAL Y/O CICLICA de las enfermedades atendidas en Atención Primaria en una comunidad. Para ello se han considerado los grandes grupos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (14).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se observó que el mayor porcentaje de la población atendida lo fue por un problema infeccioso siempre en cuanto al motivo de consulta (TABLA 3). Del mismo modo, para los pacientes que requirieron atención médica por un "problema de salud", la proporción fue mayor entre los meses de marzo y mayo y, especialmente, entre septiembre y noviembre (TABLA 3; FIGURA 4). Un menor número de personas acudió a consulta en el

período comprendido entre junio y agosto. Para el período comprendido entre diciembre y febrero el número de "problemas de salud" fue menor que para cualquier otro en el registro efectuado. Se analizaron, por tanto, cuatro trimestres: de diciembre a febrero, de marzo a mayo, de junio a agosto y finalmente, de septiembre a noviembre. En total, representan los doce meses del año.

Por grupos de edad, fue la mujer la que acudió con mayor frecuencia a la consulta médica de forma significativa salvo para el grupo de edad comprendido entre 0 y 14 años (TABLA 4a). Del mismo modo, por grupos de edad y sexo y con relación al "motivo de consulta" fue la patología infecciosa el motivo de consulta más frecuente especialmente para el grupo de edad entre 0 y 14 años (TABLA 4b). Se observan dos picos de incidencia para ambos sexos en las edades comprendidas entre 35 y 44 años y, en mayores de 65 años. A diferencia de lo que podríamos esperar no existen grandes diferencias para los mayores de 65 años en relación al grupo de edad comprendido entre 35 y 44 años para ambos sexos. (TABLA 5).

De los 8.425 motivos de consulta se realizó exploración clínica en 5.373 casos (TABLAS 7- 9). No se observaron diferencias significativas a la hora de pedir radiografía de torax, abdomen u ósea en función de si fueron o no

explorados por grupos de edad y sexo. Tan solo se observó una diferencia significativa a favor de los individuos no explorados en función de la edad y para radiografías especiales (ecografías, etc.).

En general, la petición de radiografías es mayor en los individuos explorados aunque no de forma significativa en relación a los no explorados. A los individuos explorados y en función de la edad se les pidió sistemático de sangre y electrocardiograma de forma significativamente mayor con respecto a los no explorados. De la misma forma fue significativa la petición de sistemático de orina y/o bioquímica fueran o no explorados. También fue significativa la petición de estudio microbiológico tanto en explorados como no explorados (TABLAS 7- 9).

Teniendo en cuenta que el motivo de consulta más frecuente fue el infeccioso el diagnóstico radiológico fue mayor entre los meses de marzo- mayo y septiembre- noviembre aunque no de forma significativa (TABLA 17). La derivación al especialista del segundo nivel fue significativamente mayor para los meses de marzo- mayo y junio- agosto (TABLA 18). La derivación al hospital fue escasa en número e igualmente mayor para los meses comprendidos entre marzo y mayo (TABLA 19).

En relación al estudio de las patologías crónicas hay que tener en cuenta que no es posible establecer que una determinada patología crónica es más importante que otra. Tampoco es posible, en la mayoría de los casos, establecer el grado de repercusión sobre la salud de un individuo de una determinada patología crónica o no. Es por ello, que en la hoja de registro se recogieron hasta un total de 10 patologías crónicas para cada paciente que acudió a consulta médica. Debemos recordar que la unidad de estudio en este trabajo ha sido la visita y no el paciente.

En su mayoría, las visitas fueron efectuadas por pacientes no afectados de patologías crónicas (TABLAS 10; 11). Con relación al sexo fue el femenino el que presentó un mayor número de patologías crónicas de forma significativa frente al masculino (TABLAS 10; 11).

La relación entre visita y patología crónica fue estudiada de acuerdo a la existencia de 1 ó 2 patologías crónicas. Para las patologías indicadas en la tercera y sucesivas columnas el test no fue válido (TABLAS 20- 23). Igualmente, el test no fue válido para el estudio de las patologías crónicas por sección de la clasificación de la WONCA (TABLA 12, 13). Esto se debió a la gran diversidad de datos que en otras tablas pudieron ser agrupados.

En relación a las patologías crónicas según el trimestre y/o estación del año se observó que de forma significativa su recogida fue mayor para el período comprendido entre los meses de marzo y mayo y, aún mayor, para el período comprendido entre los meses de septiembre y noviembre (TABLAS 20- 23). De los pacientes que acudieron a consulta aproximadamente un 50% presentaba alguna patología crónica. La recogida de patologías crónicas fue menor para el período comprendido entre los meses de diciembre y febrero. Los resultados obtenidos son similares para los pacientes sin patología crónica alguna (TABLAS 20- 23) y para la patología infecciosa (TABLAS 3, 4 y 5) sobre todo para los menores de 14 años en este último grupo.

Los resultados obtenidos permiten observar que el número de visitas entendidas como motivo de consulta, de forma aislada, o bien como individuos atendidos en consulta con o sin patología crónica, para cualquier grupo de edad y sexo, es más importante de forma significativa para los períodos comprendidos entre marzo y mayo y, entre septiembre y noviembre. Estos dos mismos picos de incidencia se observaron para aquellos individuos que sólo acudieron por recetas. Se observó que en cuanto al motivo de consulta y/o problema de salud un 16%, aproximadamente, sólo acudió por medicación (FIGURA 3).

Finalmente, en este estudio parecen existir diferencias significativas de una estación a otra en cuanto al motivo de consulta y/o patologías crónicas.

En la Tabla número 24 se recogen las variaciones estacionales de la morbilidad atendida en consulta médica desde los años 1985 a 1989, ambos inclusive. Los datos obtenidos coinciden con los de este estudio donde se ha procedido al análisis más detallado.

Considerando la evolución de los recursos disponibles del INSALUD para Atención Primaria vemos que no ha sido muy diferente la proporción que se puede establecer entre recursos y población atendida en 1983 y 1991; no obstante, en este último año se puede observar la distribución de dichos recursos en un mayor número de servicios aunque en ningún caso esta distribución es dinámica en función de la mayor o menor demanda estacional (TABLAS 25, 26, 27, 28, 29, 30).

La Atención Primaria representa el primer contacto de la población con el sistema sanitario. A pesar de la escasa derivación a la atención especializada, ésta genera el doble de gasto en presupuesto de inversión (FIGURA 7).

En el Centro de Salud donde hemos realizado nuestro estudio el personal sanitario está distribuido para realizar sus actividades tal y como se expresa en la TABLA 31,

donde podemos ver como los distintos miembros del equipo de salud comparten el desempeño de las diferentes tareas durante todo el período anual. Asimismo, la distribución horaria de la consulta médica así como de enfermería es la que se refleja en la TABLA 32 siendo aquella uniforme también para todo el año.

La sobrecarga de la demanda, que tiene lugar en función de algunas estaciones a diferencia de otras, implica una necesaria reorganización de aquella actividad y, en función de los resultados que hemos obtenido nuestra propuesta sería, tal y como expresamos en las TABLAS 33 y 34, que se amplie el tiempo dedicado a la consulta programada (consulta y/o visita a domicilio tanto de crónicos como de control de enfermedades transmisibles) aún a costa de la consulta a demanda que se ayudará de una ampliación de la atención de urgencias por un miembro del equipo con carácter rotatorio a quien se liberará de la atención de su consulta.

Esta propuesta en el mejor de los casos se apoyaría en la adscripción de 1 médico, 1 pediatra y 2 enfermeras como refuerzo pero, dadas las dificultades por el incremento de gasto que ello supone la solución podría también venir de la adscripción de médicos M.I.R. y alumnos de enfermería de último año de especialidad.

TABLAS

TABLA 1

DISTRIBUCION POR EDADES DE LA POBLACION ATENDIDA EN CONSULTA MEDICA

EDAD	FRECUENCIA ABS.	FREC. RELATIVA.	FREC. ACUMULADA
0-14	2609	31.0	31.0
15-24	785	9.3	40.3
25-34	832	9.9	50.2
35-44	1330	15.8	65.9
45-54	724	8.6	74.5
55-64	817	9.7	84.2
65 y +	1328	15.8	100.0
TOTAL	8425	100.0	

TABLA 2

DISTRIBUCION POR SEXO DE LA POBLACION ATENDIDA EN CONSULTA MEDICA

SEXO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ACUMULADA
VARON	3688	43,8	43,8
MUJER	4737	56,2	100,0
TOTAL	8425	100,0	

TABLA 3

POBLACION ATENDIDA EN RELACION CON EL MOTIVO DE CONSULTA

WONC	FRECUENCIA ABS.	FREC. RELATIVA.(%)	FR. ACUMULADA (%)
0	12	0.1	0.1
1-31	8250	97.9	98.1
32-46	16	0.2	98.3
47-57	0	0.0	98.3
58-65	1	0.0	98.3
66-86	1	0.0	98.3
87-378	145	1.7	100.0
TOTAL	8425	100.0	

ESTAC WONC	12-2	3-5	6-8	9-11	TOTAL
0	10	1	0	1	12
1-31	1058	2487	1940	2765	8250
32-46	15	0	1	0	16
47-57	0	0	0	0	0
58-65	0	0	0	1	1
66-86	1	0	0	0	1
87-378	144	1	0	0	145
TOTAL	1228	2489	1941	2767	8425

$$\chi^2_{(10)} = 990.9; p < 0,05$$

- (1) WONC: Clasificación de la W.O.N.C.A
- (2) ESTAC: Estación anual

TABLA 4b

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ATENDIDA EN RELACION CON EL
MOTIVO DE CONSULTA Y POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

VARONES								
EDAD WONC	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +	TOTAL
0	9	0	0	0	0	1	1	11
1-31	1395	363	304	494	277	306	463	3602
32-46	2	1	0	3	2	0	1	9
47-57	0	0	0	0	0	0	0	0
58-65	1	0	0	0	0	0	0	1
66-86	1	0	0	0	0	0	0	1
87-378	5	3	3	7	11	15	20	64
TOTAL	1413	367	307	504	290	322	485	3688

 $\chi^2_{36} = 78,71; p < 0,05$

MUJERES								
EDAD WONC	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +	TOTAL
0	0	0	1	0	0	0	0	1
1-31	1188	411	516	811	423	477	822	4648
32-46	1	0	0	2	1	0	3	7
47-57	0	0	0	0	0	0	0	0
58-65	0	0	0	0	0	0	0	0
66-86	0	0	0	0	0	0	0	0
87-378	7	7	8	13	10	18	18	81
TOTAL	1196	418	525	826	434	495	843	4737

 $\chi^2_{36} = ; p < 0,05$

Tabla 5
Pacientes vistos por Patología, Grupos Etarios y Sexos

EDAD WONCA	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +	TOTAL
0	9	0	0	0	0	1	1	11
1-31	1395	363	304	494	277	306	463	3602
32-46	2	1	0	3	2	0	1	9
47-147	7	3	3	7	11	15	20	66
148-378	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1413	367	307	504	290	322	485	3688

$$\chi^2_{24} = 70,76; p < 0,05$$

EDAD WONC	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +	TOTAL
0	0	0	1	0	0	0	0	1
1-31	1188	411	516	811	423	477	822	4648
32-46	1	0	0	2	1	0	3	7
47-147	7	7	8	13	10	18	18	81
148-378	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1196	418	525	826	434	495	843	4737

$$\chi^2_{24} = 35,62; p < 0,05$$

Tablas 7-9
Análisis Estratificado por niveles de exploración.

EXPLORADOS=1			
RXTO EDAD	1	2	TOTAL
0-14	9	2224	2233
15-24	8	494	500
25-34	4	515	519
35-44	8	740	748
45-54	3	372	375
55-64	4	388	392
65 y +	5	603	608
TOTAL	37	4582	5373

$\chi^2_{(6)} = 5.63$ p = 0.465.

EXPLORADOS=2			
RXTO EDAD	1	2	TOTAL
0-14	0	376	376
15-24	1	284	285
25-34	1	312	313
35-44	5	579	584
45-54	1	348	349
55-64	1	424	425
65 y +	1	719	720
TOTAL	10	3042	3052

$\chi^2_{(6)} = 7.17$; p = 0.31.

(1) RXTO: radiología torácica

(2) 1: Sí

2: No

ANALISIS ESTRATIFICADO POR NIVELES DE EXPLORACION

EXPLORADOS=1			
RXOS EDAD	1	2	TOTAL
0-14	16	2217	2233
15-24	4	496	500
25-34	4	515	519
35-44	13	733	746
45-54	4	371	375
55-64	7	385	392
65 y +	4	604	608
TOTAL	52	5321	5373

$$\chi^2_{(6)} = 9,887 \text{ p}=0,129.$$

EXPLORADOS=2			
RX OS EDAD	1	2	TOTAL
0-14	0	376	376
15-24	2	283	285
25-34	1	312	313
35-44	3	581	584
45-54	2	347	349
55-64	0	425	425
65 y +	0	720	720
TOTAL	8	3044	3052

$$\chi^2_6 = 8,85; \text{ p}=0.182.$$

(1) RXOS: radiología ósea

(2) 1= Sí

2= No

ANALISIS ESTRATIFICADO POR NIVELES DE EXPLORACION

EXPLORADOS=1			
RXAB EDAD	1	2	TOTAL
0-14	1	2232	2233
15-24	2	498	500
25-34	2	517	519
35-44	3	743	746
45-54	2	373	375
55-64	0	392	392
65 y +	1	607	608
TOTAL	11	5362	5373

$$\chi^2_{(6)} = 8,82; p = 0,184.$$

EXPLORADOS=2			
RXAB EDAD	1	2	TOTAL
0-14	0	376	376
15-24	0	285	285
25-34	1	312	313
35-44	5	579	584
45-54	0	349	349
55-64	0	425	425
65 y +	5	715	720
TOTAL	11	3041	3052

$$\chi^2_{(6)} = 11,44; p = 0,07$$

(1) RXAB: radiología de abdomen

(2) 1= Sí

2= No

ANALISIS ESTRATIFICADO POR NIVELES DE EXPLORACION

EXPLORADOS=1			
RXES EDAD	1	2	TOTAL
0-14	10	2223	2233
15-24	4	496	500
25-34	2	517	519
35-44	2	744	746
45-54	3	372	375
55-64	3	389	392
65 y +	0	608	608
TOTAL	24	5349	5373

$\chi^2_{(6)} = 6,66; p=0,353.$

EXPLORADOS=2			
RXES EDAD	1	2	TOTAL
0-14	3	373	376
15-24	0	285	285
25-34	0	313	313
35-44	0	584	584
45-54	0	349	349
55-64	0	425	425
65 y +	0	720	720
TOTAL	3	3049	3052

$\chi^2_{(6)} = 21,37; p < 0,01.$

(1) RXES: radiología especial (ecografías, etc.)

(2) 1= Sí

2= No

ANALISIS ESTRATIFICADO POR NIVELES DE EXPLORACION

EXPLORADOS=1			
RXTO SEXO	1	2	TOTAL
VARON	17	2391	2408
MUJER	20	2945	2965
TOTAL	37	5336	5373

$$\chi^2 = 0,889; p = 0,889$$

EXPLORADOS=2			
RXTO SEXO	1	2	TOTAL
VARON	2	1278	1280
MUJER	8	1764	1772
TOTAL	10	3042	3052

$$\chi^2 = 1,98; p = 0,16$$

(1) RXTO: radiología torácica

(2) 1= Sí

2= No

ANALISIS ESTRATIFICADO POR NIVELES DE EXPLORACION

EXPLORADOS=1			
RXOS SEXO	1	2	TOTAL
VARON	21	2387	2408
MUJER	31	2934	2965
TOTAL	52	5321	5373

$\chi^2 = 0,42; p = 0,51$ NS.

EXPLORADOS=2			
RXOS SEXO	1	2	TOTAL
VARON	2	1278	1280
MUJER	6	1766	1772
TOTAL	8	3044	3052

$\chi^2 = 0,95; p = 0,33$ NS.

- (1) RXOS: radiología ósea
- (2) 1= Sí
- 2= No

ANALISIS ESTRATIFICADO POR NIVELES DE EXPLORACION

EXPLORADOS=1			
RXAB SEXO	1	2	TOTAL
VARON	3	2405	2408
MUJER	8	2957	2965
TOTAL	11	5362	5373

$\chi^2 = 1,37; p = 0,24.$

EXPLORADOS=2			
RXAB SEXO	1	2	TOTAL
VARON	5	1275	1280
MUJER	6	1766	1772
TOTAL	11	3041	3052

$\chi^2 = 0,06; p = 0,81.$

(1) RXAB: radiología de abdomen

(2) 1= Sí

2= No

ANALISIS ESTRATIFICADO POR NIVELES DE EXPLORACION

EXPLORADOS=1			
RXES SEXO	1	2	TOTAL
VARON	12	2396	2408
MUJER	12	2953	2965
TOTAL	24	5349	5373

$\chi^2= 0,26; p = 0,61.$

EXPLORADOS=2			
RXES SEXO	1	2	TOTAL
VARON	0	1280	1280
MUJER	3	1769	1772
TOTAL	3	3049	3052

$\chi^2= 2,17; p = 0,14.$

(1) RXES: radiología especial (ecografías, etc.)

(2) 1= Sí

2= No

ANALISIS ESTRATIFICADO POR NIVELES DE EXPLORACION: SISTE
MATICO DE SANGRE Y EDAD

EXPLORADOS=1			
SANGRE EDAD	1	2	TOTAL
0-14	24	2209	2233
15-24	9	491	500
25-34	7	512	519
35-44	18	728	746
45-54	12	363	375
55-64	13	379	392
65 y +	12	596	608
TOTAL	95	5278	5373

$$\chi^2_{(6)} = 18,48; p < 0,05.$$

EXPLORADOS=2			
SANGRE EDAD	1	2	TOTAL
0-14	8	368	376
15-24	6	279	285
25-34	9	304	313
35-44	23	561	584
45-54	11	338	349
55-64	18	407	425
65 y +	13	707	720
TOTAL	88	2964	3052

$$\chi^2_{(6)} = 9,56 p = 1,44$$

(1) 1= Sí

2= No

ANALISIS ESTRATIFICADO POR NIVELES DE EXPLORACION: SISTE
Matico DE ORINA Y EDAD

EXPLORADOS=1			
ORINA EDAD	1	2	TOTAL
0-14	48	1863	2233
15-24	6	409	500
25-34	2	447	519
35-44	11	634	748
45-54	8	310	375
55-64	5	333	392
65 y +	1	549	608
TOTAL	81	4545	5373

$$\chi^2_6 = 35,43; p < 0,05.$$

EXPLORADOS=2			
ORINA EDAD	1	2	TOTAL
0-14	9	283	330
15-24	4	234	281
25-34	7	252	309
35-44	13	492	583
45-54	4	285	347
55-64	0	359	422
65 y +	4	634	717
TOTAL	41	2519	2989

$$\chi^2_6 = 32,21 p < 0,05.$$

(1) 1= Si

2= No

ANALISIS ESTRATIFICADO POR NIVELES DE EXPLORACION: BIO
QUIMICA Y EDAD

EXPLORADOS=1			
BIOQ EDAD	1	2	TOTAL
0-14	17	2233	2233
15-24	4	496	500
25-34	4	515	519
35-44	8	738	746
45-54	10	365	375
55-64	5	387	392
65 y +	10	598	608
TOTAL	58	5315	5373

$$\chi^2_{(6)} = 13,75; p < 0,05.$$

EXPLORADOS=2			
BIOQ EDAD	1	2	TOTAL
0-14	5	371	376
15-24	0	285	285
25-34	9	304	313
35-44	18	566	584
45-54	6	343	349
55-64	11	414	425
65 y +	8	712	720
TOTAL	55	2997	3052

$$\chi^2_{(6)} = 14,08; p < 0,05.$$

(1) 1= Sí

2= No

ANALISIS ESTRATIFICADO POR NIVELES DE EXPLORACION: ELEC
TROCARDIOGRAMA Y EDAD

EXPLORADOS=1			
ECG EDAD	1	2	TOTAL
0-14	4	2229	2233
15-24	6	494	500
25-34	2	517	519
35-44	5	741	746
45-54	3	372	375
55-64	2	390	392
65 y +	6	602	608
TOTAL	28	5345	5373

$\chi^2_{(6)} = 13,09; p < 0,05.$

EXPLORADOS=2			
ECG EDAD	1	2	TOTAL
0-14	0	376	376
15-24	0	285	285
25-34	0	312	313
35-44	4	580	584
45-54	4	345	349
55-64	1	424	425
65 y +	1	719	720
TOTAL	10	3041	3052

$\chi^2_{(6)} = 11,29; p = 0,08.$

(1) 1= Sí

2= No

ANALISIS ESTRATIFICADO POR NIVELES DE EXPLORACION: ESTU
DIO MICROBIOLOGICO Y EDAD

EXPLORADOS=1			
MICRO EDAD	1	2	TOTAL
0-14	40	2193	2233
15-24	3	497	500
25-34	5	514	519
35-44	5	741	746
45-54	0	375	375
55-64	1	391	392
65 y +	0	608	608
TOTAL	54	5319	5373

$\chi^2_{(6)} = 27,75; p < 0,05.$

EXPLORADOS=2			
MICRO EDAD	1	2	TOTAL
0-14	7	369	376
15-24	5	280	285
25-34	7	306	313
35-44	6	578	584
45-54	0	349	349
55-64	0	425	425
65 y +	0	720	720
TOTAL	25	3027	3052

$\chi^2_{(6)} = 28,49; p < 0,05.$

(1) 1= Si

2= No

Tabla 10,11
Patologías Crónicas, por Sexo

SEXO PATOLOGIA	VARON	MUJER	
0	29713	26294	56007
1-150	2413	4355	6768
151-998	1057	2041	3098
TOTAL	35596	37045	72641(*)

$\chi^2_{(2)} = 588,1$; $p < 0,05$; (*) Suma de Patologías, no individuos.

Tabla 12,13
Patologías Crónicas, por sección WONCA
No es válido el test

Tabla 14
Sección WONCA, por edad, sexo y estación
(contenida en tablas 3 y 4)

Tabla 17
Diagnosticados RX

MES WONCA	12-2	3-5	6-8	9-11	TOTAL
0	0	0	0	0	0
1-31	37	46	26	40	149
32-46	0	0	0	0	0
47-57	0	0	0	0	0
58-65	0	0	0	0	0
66-86	0	0	0	0	0
87-378	1	0	0	0	1
TOTAL	38	46	26	40	150

$\chi^2_{18} = 2,97; p = 0,39;$

Tabla 18
Derivados a Especialista

MES WONCA	12-2	3-5	6-8	9-11	TOTAL
0	1	0	2	0	3
1-31	47	56	25	21	149
32-46	1	6	9	0	16
47-138	4	11	132	0	147
TOTAL	53	73	168	21	315(*)

$\chi^2_{(9)} = 154.8$; $p < 0,05$; (*) Muestra restringida a Derivados a Especialista

Tabla 19
Derivados a Hospital

MES WONCA	12-2	3-5	6-8	9-11	TOTAL
0	0	0	0	0	0
1-31	0	3	2	2	7
32-46	0	0	0	0	0
47-57	0	0	0	0	0
58-65	0	0	0	0	0
66-86	0	0	0	0	0
87-378	0	0	0	0	0
TOTAL	0	3	2	2	7

Tablas 20-23
Patologías crónicas, según estación

Patologías indicadas en 1° columna

FECHA PC	12-2	3-5	6-8	9-11	TOTAL
0	572	1198	913	1468	4151
1-150	446	958	811	993	3208
151-239	151	253	173	236	813
240-279	39	74	36	60	209
280-293	0	1	2	2	5
294-319	1	2	1	1	5
320-998	19	3	5	7	34
TOTAL	1228	2489	1941	2767	8425

$$\chi^2_{(18)} = 96,79; p < 0,05 ;$$

Patologías indicadas en 2° columna

FECHA PC	12-2	3-5	6-8	9-11	TOTAL
0	871	1731	1328	1935	5865
1-150	249	483	451	574	1757
151-239	97	238	137	230	702
240-279	6	29	18	22	75
280-293	0	1	1	5	7
294-319	0	1	1	1	3
320-998	5	6	5	0	16
TOTAL	1228	2489	1941	2767	8425

$$\chi^2_{(18)} = 36,65; p < 0,05 ;$$

Para las patologías indicadas en 3° y siguiente columnas, el test no es válido.

TABLA 24

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE VISITAS POR ESTACION ANUAL Y AÑO

	12-2	3-5	6-8	9-11
1985	10100	9437	6543	10480
1986	9950	13295	9500	12360
1987	9725	12330	10190	11105
1988	10065	9705	8210	10155
1989	10815	13015	10160	14135

TABLA 25
PERSONAL SANITARIO DEL INSALUD PARA ATENCION PRIMARIA
1983

	TOTAL		POBLACION ATENDIDA POR CUPO	
	CASTILLA-LA MANCHA	INSALUD	CASTILLA-LA MANCHA	INSALUD
MEDICOS	978	14365	1447	1908
PEDIATRAS	81	3034	2865	1558
ATS	705	8204	2336	391

TABLA 26
RECURSOS MATERIALES DEL INSALUD PARA ATENCION PRIMARIA
1983

	CASTILLA-LA MANCHA	INSALUD
AMBULATORIOS	18	320
CONSULTORIOS	10	801
CAMAS HOSPITALARIAS POR 1000 BENEFICIARIOS	2	2,01

TABLA 27
PERSONAL SANITARIO DEL INSALUD
1991

	MEDICOS	ENFERMERIA	OTROS
ATENCION PRIMARIA	15933	16271	9158
ATENCION ESPECIALIZADA	21868	68032	39124

TABLA 28
 RECURSOS MATERIALES DEL INSALUD
 1991

HOSPITALES	TOTAL	305
	propios	134
	administrados	6
	concertados públicos	60
	concertados privados	105
	centros de especialidades	154
	centros de especialidades (con Med. Gral. y Pediatria)	124
CONSULTORIOS	TOTAL	999
	propios	305
	concertados	694
	servicios de urgencia	181
	equipos de Atención Primaria	789
	unidades básicas de orientación familiar	128
	unidades de salud mental	163
	unidades de psicoprofilaxis obstétrica	515
	centro de diagnóstico y tratamiento	1
	centro de dosimetría	1

TABLA 29
ESTRUCTURA DE FUNCIONES Y PROGRAMAS
INSALUD

FUNCION	SUBFUNCION	PROGRAMA
ASISTENCIA SANITARIA	ATENCION PRIMARIA DE SALUD	ATENCION PRIMARIA DE SALUD
	ATENCION ESPECIALIZADA	ATENCION ESPECIALIZADA
	INVESTIGACION SANITARIA	FONDO DE INVESTIGACIONES SANITARIAS
	ADMN. SERV. GRALES. Y CONTROL INTERNO DE LA ASISTENCIA SANITARIA	DIRECCION Y SERVICIOS GENERALES
		CONTROL INTERNO Y CONTABILIDAD
		INFORMACION Y DIVULGACION
	FORMACION DE PERSONAL SANITARIO	FORMACION DE GRADUADOS Y POSTGRADUADOS
		FORMACION CONTINUADA DE PERSONAL SANITARIO
	TRANSF. A CC. AA. POR LOS SERVICIOS SANITARIOS ASUMIDOS	DOTACIONES TRANSFERIBLES A CCAA PARA LA COBERTURA DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS ASUMIDAS

TABLA 30
POBLACION PROTEGIDA

	1983	1991
TOTAL NACIONAL	32.139.842	36.109.883
CASTILLA- LA MANCHA	1.646.919	1.535.403

FUENTE: Subdirección General de Gestión Económica
Ministerio de Sanidad y Consumo

TABLA 31
DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MEDICO	ENFERME- RIA	TRABAJ. SOCIAL
EDUCACION PARA LA SALUD	+++	+++	+++
EXAMEN DE SALUD	++	+++	
VISITA DOMICILIARIA	++	+++	
ATENCION AL MEDIO	++	++	+++
CONSULTA: PROGRAMADA/DEMANDA/URGENCIA			
PROGRAMADA: control del enfermo crónico y control de enfermedades transmisibles	+++	+++	+
A DEMANDA Y DE URGENCIA	+++	++	+

FUENTE: Ministerio de Sanidad y Consumo

TABLA 32
CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE BENQUERENCIA
ACTIVIDADES 1991

	SESIONES CLINICAS	CONSULTA PROGRAMADA	CONSULTA A DEMANDA	URGENCIAS
MEDICOS	8H- 9H A.M.	9H- 10H A.M.	10H A.M.- 14H P.M.	14H P.M.- 8H A.M.
PEDIATRAS	8H- 9H A.M.	9H- 11H A.M.	11H A.M.- 14H P.M.	14H P.M.- 8H A.M.
ENFERMERIA	8H- 9H A.M.	9H- 12H A.M.	12H A.M.- 14H P.M.	14H P.M.- 8H A.M.
TRAB. SOCIAL	8H- 9H A.M.			

*HORARIO DE ACTIVIDADES

TABLA 33
 CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE BENQUERENCIA
 PROPUESTA DE ACTIVIDADES 1991

MARZO- MAYO, SEPTIEMBRE- NOVIEMBRE				
	SESIONES CLINICAS	CONSULTA PROGRAMADA	CONSULTA A DEMANDA	URGENCIAS
MEDICOS	8H- 9H	12H- 14H	9H- 12H	24 HORAS*
PEDIATRAS	8H- 9H	12H- 14H	9H- 12H	24 HORAS*
ENFERMERIA	8H- 9H	12H- 14H	9H- 12H	24 HORAS*
TRAB. SOCIAL	8H- 9H			
JUNIO- AGOSTO, DICIEMBRE- FEBRERO				
MEDICOS	8H- 9H	9H- 10H	10H- 14H	14H- 8H
PEDIATRAS	8H- 9H	9H- 11H	11H- 14H	14H- 8H
ENFERMERIA	8H- 9H	9H- 11H	11H- 14H	14H- 8H
TRAB. SOCIAL	8H- 9H			

* CON DEDICACION EXCLUSIVA

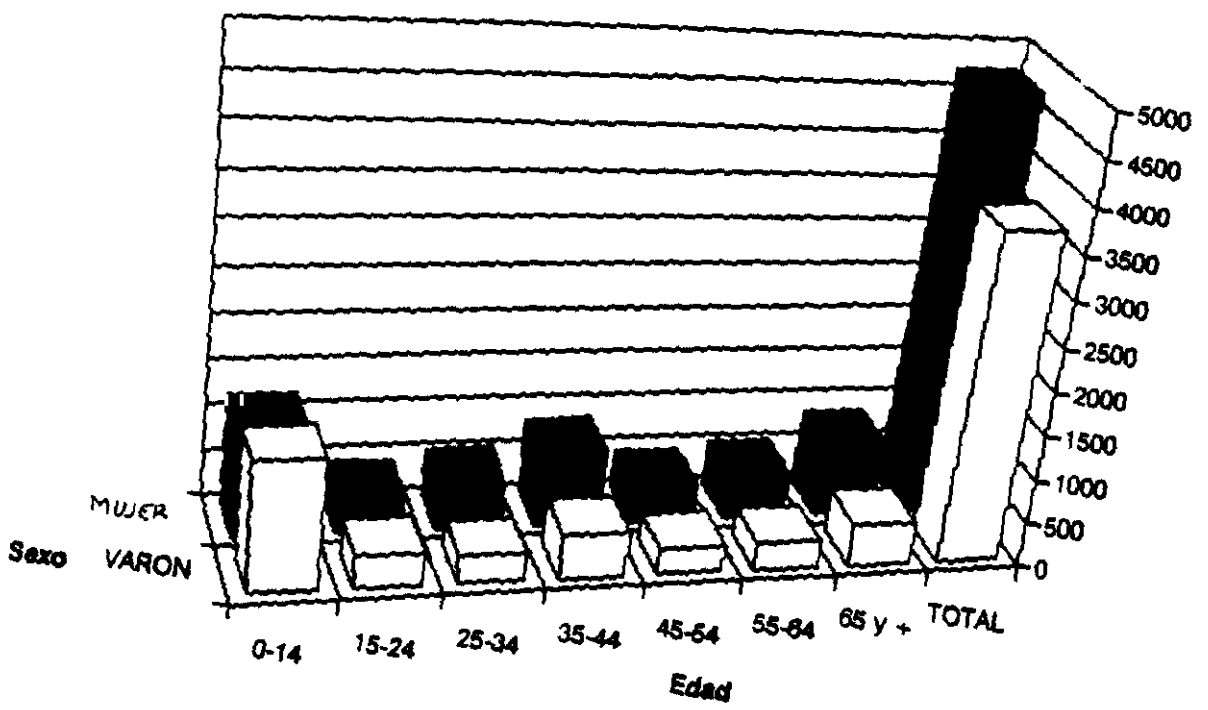
TABLA 34

CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DE BENQUERENCIA
PROPUESTA DE DISTRIBUCION DE RECURSOS

	PERSONAL SANITARIO EXISTENTE	PROPUESTA DE DISTRIBUCION ESTACIONAL	
	ANUAL	MARZO- MAYO SEPTIEMBRE- NOVIEMBRE	JUNIO- AGOSTO DICIEMBRE- FEBRERO
MEDICOS	5	6	5
PEDIATRAS	2	3	2
ENFERMERIA	7	9	7

FIGURAS

Población por Grupos Etarios y Sexo



□ VARON
■ MUJER

Figura 1

Porcentaje de Población (VARONES) que acudió a consulta

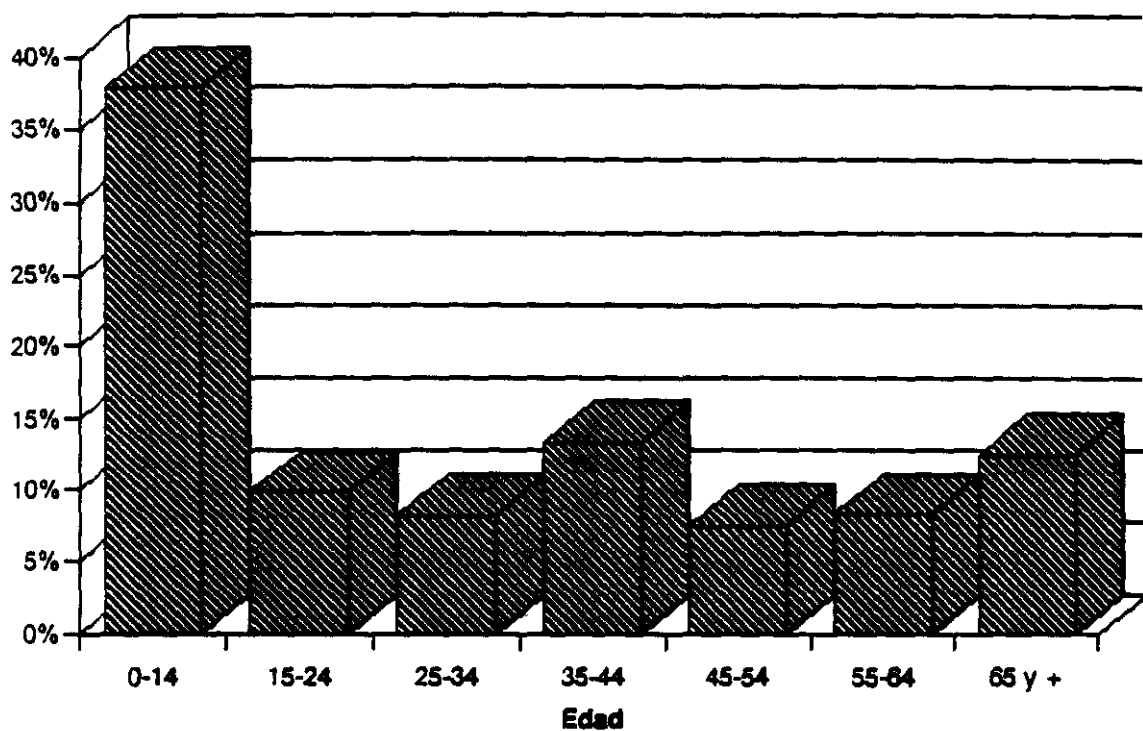


Figura 2a

Porcentaje de Población (MUJERES) que acudió a consulta

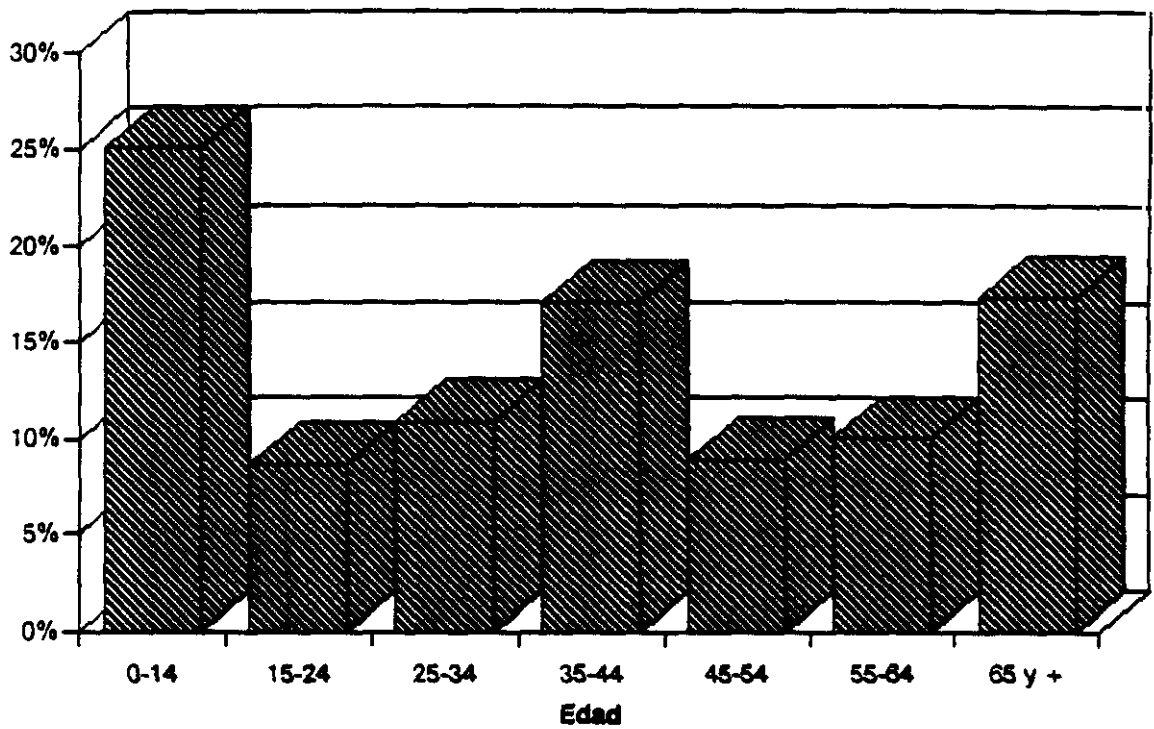


Figura 2b

Prevalencia de pacientes que acudieron sólo por receta

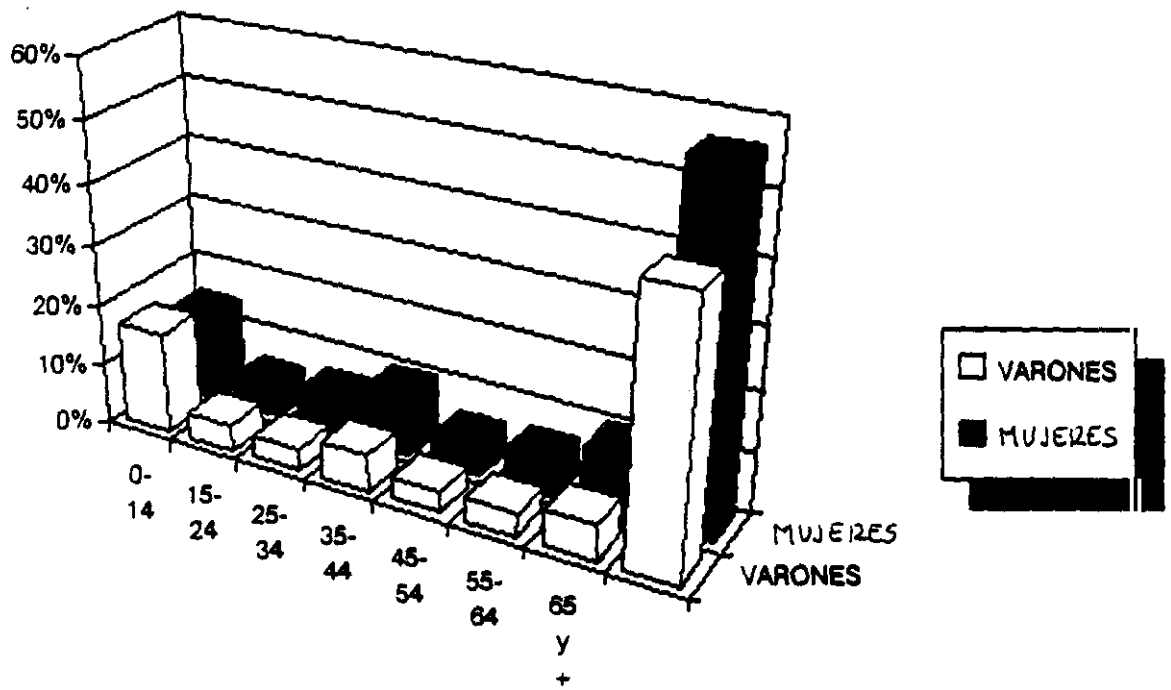


Figura 3

Pacientes que acudieron a consulta, por meses

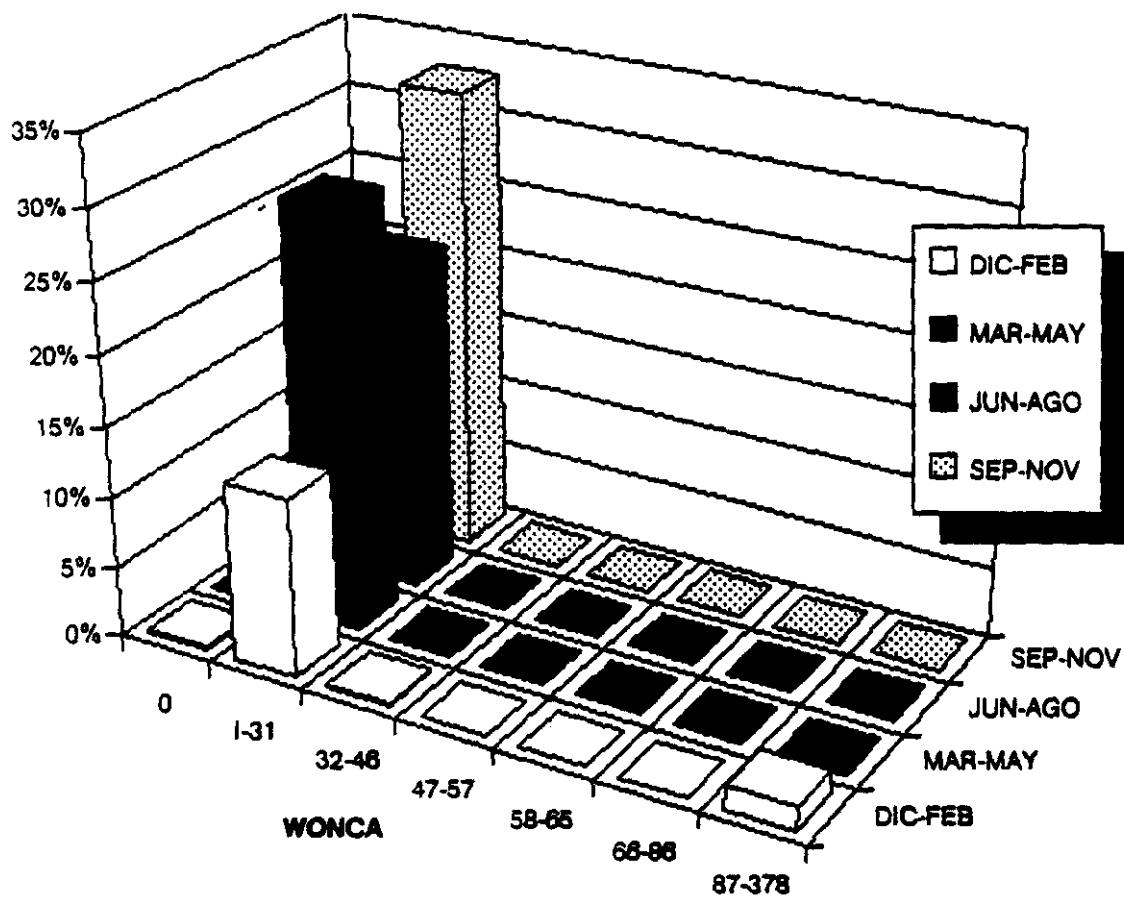


Figura 4

Pacientes que acudieron sólo a por recetas, por meses

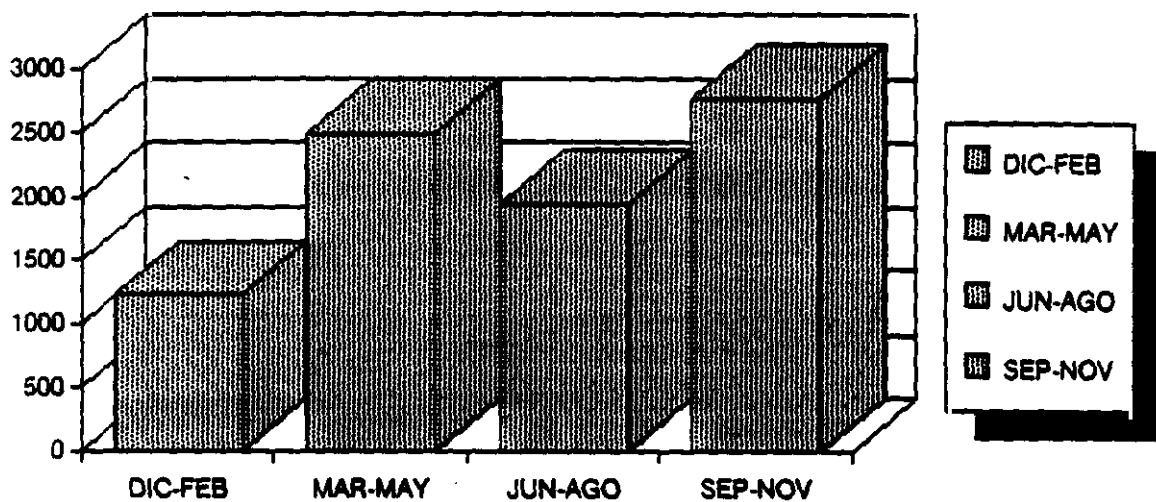


Figura 5

Población Activa, por Edad y Sexo

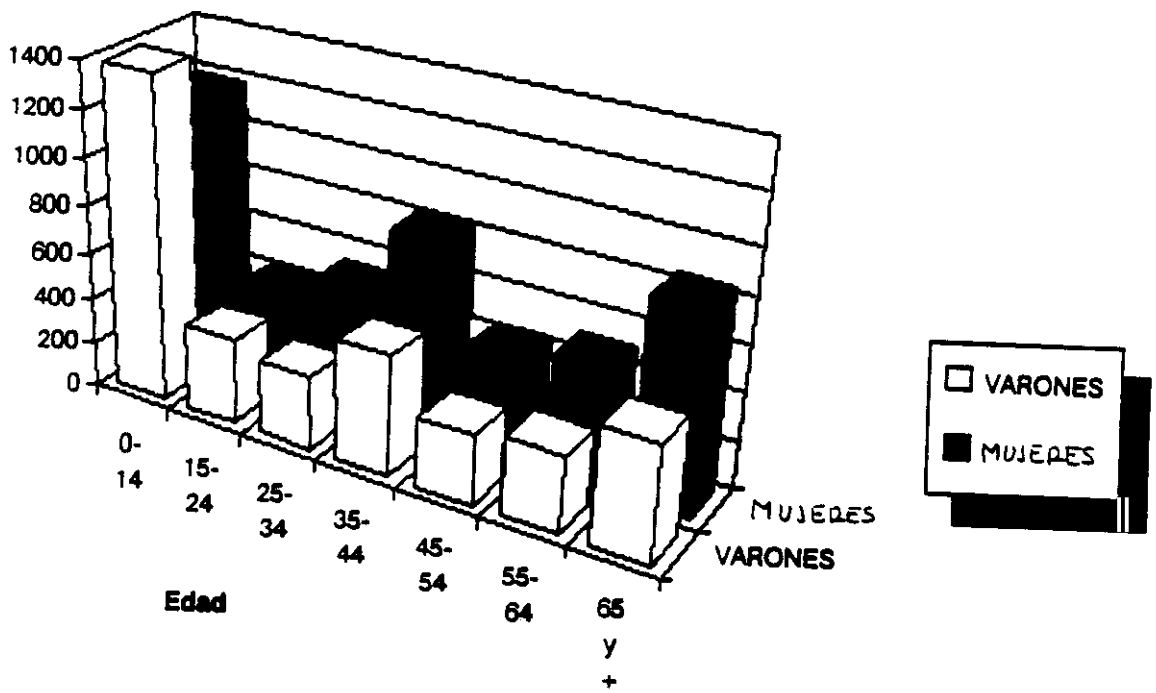


Figura 6

PROYECTO PRESUPUESTO INSALUD

1991

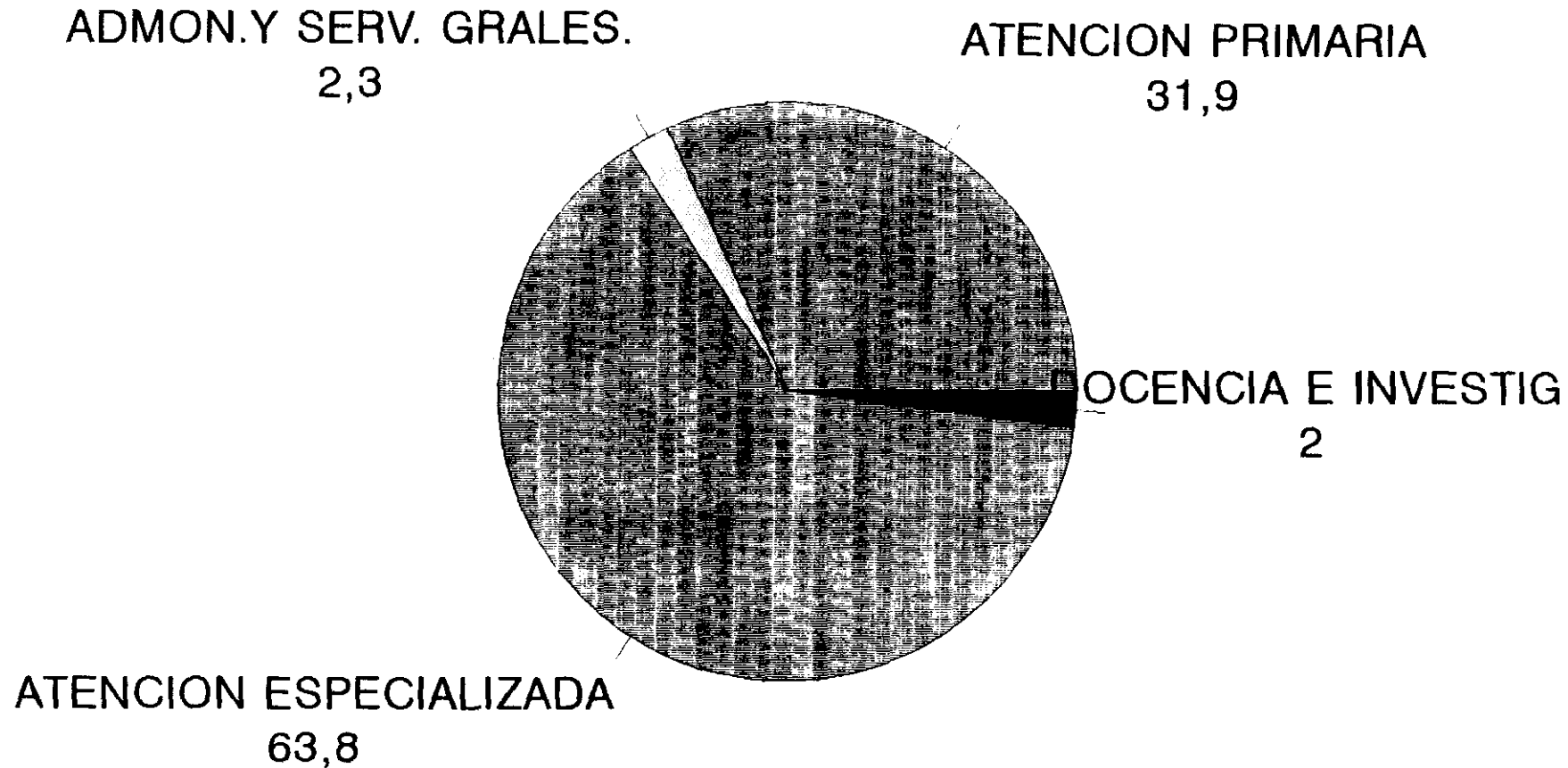


FIGURA 7

DISCUSSION

En la actualidad la VARIACION ESTACIONAL de las enfermedades y/o problemas de salud es un tema en discusión. Mientras algunos autores hacen referencia a tal variación (8 } (9 } (23 } (24 } (25 } (26 } (27 } (31 } (32 } (34) otros se cuestionan su existencia (10).

Existen enfermedades y/o problemas de salud donde los estudios sobre una posible variación estacional y/o cíclica a lo largo del año han sido más exhaustivos. Se han estudiado enfermedades tales como trastornos psiquiátricos (depresión, manía, esquizofrenia y suicidio), enfermedades cardíacas (cardiopatía isquémica, etc.), perforación de la úlcera péptica, colitis ulcerosa, enfermedades respiratorias, sarampión, alergias, nacimientos, muerte súbita infantil, etc. donde se han establecido probables patrones de variación estacional y/o cíclica (10). No obstante, este hecho es aún discutido para la morbilidad atendida en atención primaria y siempre se señala la necesidad de ampliar estudios en este sentido dados los múltiples factores a tener en cuenta en la interpretación de los resultados. La variación estacional de gran número de trastornos psiquiátricos es un hecho ya establecido y demostrado (9 } (78 } (79 } (80). Esta variación se detecta, igualmente, en la derivación hospitalaria de las mismas y en la prescripción de psicótopos.

Para los estudios de morbilidad atendida el conocimiento de las variaciones cíclicas es muy importante en la

interpretación de los resultados. Los resultados serán diferentes según el mes o estación en que el estudio se ha-ya efectuado.

Es ya conocido que los registros de morbilidad ofrecen ciertas dificultades. Por un lado puede suceder que en la consulta no se llegue a un diagnóstico médico claramente establecido o bien que los primeros diagnósticos o nuevos problemas no sean recogidos en el registro de morbilidad (1)(15). No obstante, los registros de morbilidad, y especialmente en atención primaria, son esenciales para conocer el nivel de salud de las comunidades y la utiliza-ción de los servicios sanitarios.

Es importante conocer cómo las personas, dentro de cada población, utilizan realmente los servicios sanitarios disponibles (81). Acudir al médico es un acto que forma parte del "comportamiento ante la enfermedad" y está influen-ciado no sólo por la presencia de síntomas sino por otros factores de carácter no médico. Sin embargo, los síntomas físicos son el mejor predictor en la utilización de los servicios médicos en atención primaria (77). Diversos autores nos hablan de la importancia del estudio de la utilización de los servicios médicos en ausencia de una enfermedad orgánica definida. Cada vez se consulta a los médicos con ma-yor frecuencia por problemas banales y autolimitados resul-tado de la disminución del umbral de tolerancia de la pobla-ción para molestias aisladas y enfermedades menores (82).

Se calcula que entre un 25 y 40 por ciento de los pacientes atendidos en atención primaria tienen enfermedades menores mientras que entre un 30 y 60 por ciento no se encuentra una causa médica (12)(83).

La decisión de acudir al médico está influenciada no sólo por síntomas físicos y/o psicológicos sino también por factores sociodemográficos. Se observa, en líneas generales, que las actividades preventivas suponen entre un 14 y 22 por ciento de consultas, los problemas crónicos entre un 34 y 50 por ciento y los problemas psicológicos y sociales entre un 13 y 19 por ciento (21). La mayoría de las enfermedades crónicas surgen de la interacción de múltiples factores relacionados con el huésped, ambientales y a veces por agentes infecciosos (84)(85).

Diversos autores encuentran que los niveles de fiabilidad en los diagnósticos se sitúan entre un 60 y 70 por ciento. Ello se debe a que existen numerosas causas de desacuerdo intra e intermédico. Además, afirman que cuanto más específico es el diagnóstico más disminuye su fiabilidad. No sólo existen grandes variaciones en la actuación médica de un profesional a otro sino que existen diversidad de opiniones en cuanto a registros y/o formas de actuación de un centro de salud a otro (45)(86)(87).

La morbilidad es uno de los elementos que permite obtener mayor número de datos de interés en la adopción de medidas sociosanitarias encaminadas a aumentar el grado de salud

de la población (88). El motivo de consulta, al igual que la edad y el sexo, influyen en el número de visitas generadas (89)(90)(91)(92)(93). La mayor dificultad de los estudios epidemiológicos estriba en la aplicación de criterios válidos y aceptados por todos.

En general, la mujer tiene una esperanza de vida mayor que el hombre si bien presenta un mayor número de problemas de salud (94). Con relación a la edad se sabe que el índice de consultas aumenta a mayor edad. Un aumento de las consultas en los grupos de mayor edad, con pequeños números de pacientes, se traduce en un menor incremento de las consultas que el que se produciría con aumentos similares en los grupos de pacientes más jóvenes (95)(96)(97)(98). En la infancia la posible visita y/o consulta médica depende en gran medida de la interpretación por parte de la madre de los síntomas del niño (99)(100).

Según datos del INSALUD (101) en 1984 el promedio de personas por cartilla era de 2,8 personas y cada persona realizaba una media de 3,6 consultas de medicina al año. En Europa la frecuentación ambulatoria oscila entre 5 y 10 consultas por habitante y año (38). En 1983, según datos del INSALUD, la frecuentación ambulatoria fue mayor en España que en 1984. Hubo una media de 5,3 consultas por persona protegida (102). Las mismas fuentes revelan para Castilla-La Mancha una media de 3,6 y para Toledo una media

de 2,6. Los habitantes, por tanto, de esta provincia acudieron con menor frecuencia que en otras provincias. Por provincias, en Huelva se registró la media más alta (7,4), seguida de Sevilla (7,2) y Cádiz (7,1). Los habitantes de Avila (2,2) y Cuenca (2,3) son los que acudieron a la consulta con menor frecuencia. Durante 1983 el número de consultas en la provincia de Toledo fue de 1.121.100 para una población con derecho a asistencia de 430.066 habitantes.

Respecto a la prestación farmacéutica en 1984 (102), en relación con 1983, se observó un descenso en el número de recetas en un 9% si bien hubo un aumento en el gasto de un 5%. Al estudiar el número medio de recetas por titular de cartilla se observan dos picos de incidencia en los períodos comprendidos entre los meses de marzo y mayo y entre septiembre y noviembre. Un menor número se observa para los períodos comprendidos entre junio y agosto y entre diciembre y febrero, si bien en febrero comienza a aumentar el número de dispensaciones farmacéuticas. Estos datos se observan para los años 1982, 1983 y 1984. Respecto a la evolución del gasto medio por titular de cartilla se observan los mismos datos que para la prestación farmacéutica y en los mismos años. Parece existir pues una variación estacional y/o cíclica para los datos estudiados. En esta tesis doctoral se obtienen las mismas variaciones cíclicas para los distintos períodos estudiados. La dispensación de recetas y el número de motivos de consulta fue mayor entre los meses de marzo y mayo y entre septiembre y diciembre.

En 1983 los recursos humanos del Insalud para Atención Primaria y en la Comunidad Autónoma de Castilla- La Mancha (103) fueron de 978 médicos generales y 81 pediatras. La población total fue de 1.646.919 con una población menor de 7 años de 232.105 y una población mayor de 7 años de edad de 1.414.814. La población mayor de 7 años por médico general fue de 1.447 personas y, la población menor de 7 años por pediatra de 2.865 personas. El total de ATS (Ayudantes Técnicos Sanitarios) fue de 705 con una población por ATS de 2.336. En 1983 la población total, para todas las Comunidades Autónomas, fue de 32,139.842, la población menor de 7 años 4.727.654, la población mayor de 7 años 27.412.188, la población mayor de 7 años por médico general de 1.908 personas, la población menor de 7 años por pediatra de 1.558 niños y la población por ATS de 3.918 personas. Había un total de 14.369 médicos generales y 3.034 pediatras. El número de ATS fue de 8.204. En estos datos no se incluyó Cataluña.

La distribución de los recursos materiales del Insalud para Atención Primaria (103), incluyendo Cataluña, en 1983 para una población total estimada de 38.189.471 fue de 320 ambulatorios y 801 consultorios. En Castilla- La Mancha para una población de 1.646.919 personas había 18 ambulatorios y 10 consultorios. Respecto al índice de camas por 1000 beneficiarios a nivel hospitalario y en Castilla- La Mancha fue de 2. La media nacional fue de 2,01.

De los datos con anterioridad reseñados se desprende que Castilla- La Mancha fue una de las Comunidades Autónomas

que precisó o que dispuso de un menor número de recursos humanos y materiales.

En 1985 la liquidación del presupuesto de gastos del INSALUD alcanzó la cifra de 1.015.666 millones de pesetas, lo que representó un incremento del 12,8% con respecto a 1984. Por servicios, el 39,4% se destinó a Atención Hospitalaria con medios propios y el 19,3% a Atención Primaria (4).

Según datos del INSALUD (104) la experiencia de todos los países muestra un constante crecimiento de los gastos sanitarios. Entre los factores que más parecen incidir en nuestro país se encuentran el envejecimiento de la población (se estima que en el año 2000 un 15% de la población española tendrá 65 años o más y esta tendencia al envejecimiento se mantendrá durante la primera mitad del siglo XXI), la extensión de la cobertura pública haciendo desaparecer la barrera económica al consumo de estos servicios, los avances de la tecnología médica, las crecientes necesidades de personal cada vez más especializado, las mayores expectativas por parte de la población y la insuficiente aplicación de técnicas modernas de organización en la prestación de asistencia médica. La asistencia sanitaria pública, a finales de 1987 cubría el 97,1% de la población española. En 1989 la población no cubierta por la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, pero con protección de Beneficiencia se situaba en

torno al 0,9%, la población no cubierta por la asistencia sanitaria pública, con escasos recursos económicos se situaba en torno al 1,8% y la población no cubierta, con recursos económicos suficientes en 1,1%.

Si se comparan el anteproyecto de presupuesto del In-salud para 1989 con el presupuesto inicial de 1988 (104) el crecimiento global fue del 16,54%. Con relación al capítulo de personal se observó un crecimiento del 15,64% sobre el año anterior. El crecimiento fue del 16,1% para el capítulo de bienes corrientes y servicios, del 12,69% para la prestación de asistencia sanitaria con bienes ajenos, del 17,22% para las inversiones reales y del 44,27% en los recursos destinados a investigación y docencia.

Según las mismas fuentes, el presupuesto del In-salud recogido en el anteproyecto de 1989, creció el 126,33% sobre 1982 destacando por su significado los capítulos de personal (incremento del 170,46%), bienes corrientes y servicios (incremento del 276,10%) e inversiones (incremento del 77,78%).

En 1990 los indicadores de salud colocan a nuestro país, dentro del conjunto internacional, en un nivel similar al resto de los países desarrollados con una tendencia decreciente en la mortalidad y un progresivo aumento de la

esperanza de vida. Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades del aparato respiratorio, las enfermedades del aparato digestivo y los accidentes de tráfico, son las principales causas de muerte (105).

El Insalud afirma que el envejecimiento de la población genera un incremento de las patologías de carácter crónico y degenerativo, que se traduce en una mayor frecuentación de los servicios sanitarios. Ello ha supuesto un aumento de la oferta asistencial, si bien la disminución de estas patologías es limitada y la intervención ante ellas debe basarse más en la eliminación de los factores de riesgo que las determinan. Estos cambios en la demanda de los servicios obligan a optimizar, cada vez más, los recursos asistenciales disponibles, a adecuar las estructuras en función de las nuevas necesidades y a flexibilizar la asignación de recursos, dando un mayor protagonismo al primer nivel de asistencia sanitaria y a las necesidades preventivas y de coordinación con los servicios sociales de la comunidad y/o población (105).

El 74,30% del total del gasto sanitario público corresponden al Instituto Nacional de la Salud (gestión directa y transferida) en 1990. La evolución del gasto sanitario público muestra una tendencia a incrementar su peso en relación al PIB en los últimos años. En 1986, España tenía un gasto sanitario total inferior al de la media de los países de la OCDE

en términos de su participación porcentual sobre el PIB, si bien la evolución del gasto sanitario público hasta 1990 mejoró dicho índice en más de medio punto (105).

El crecimiento global del presupuesto de 1990 sobre el de 1989 fue del 17,57%. Los gastos de personal experimentaron un crecimiento del 16,88% sobre el año anterior, los gastos en bienes corrientes y servicios un crecimiento del 17,87%, la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos un crecimiento del 10,53%, las inversiones reales un crecimiento del 10,16% y, finalmente, destaca un crecimiento en el área de Atención Primaria del 25,62% lo que refleja el carácter prioritario que se le concedió a la mejora de la asistencia sanitaria en el nivel primario. La Formación de Graduados y Postgraduados sufrió un incremento del 51,20% respecto al del año anterior, el incremento de los Programas de Investigación fue del 26,76% y en el área de Atención Especializada (Hospitales y Centros de Especialidades) el crecimiento fue del 14,79%.

En el año 1991, un año complejo por la situación internacional y los desequilibrios que existen en la economía española, se intenta contener el gasto público y se intenta conseguir un mejor aprovechamiento de los recursos existentes a través de una mejor gestión (106). Se tienen en cuenta los cambios en la pirámide de población, los cambios

sociales y familiares, el desarrollo tecnológico, la universalización de la asistencia y los cambios en el patrón de morbi-mortalidad y la aparición de nuevas patologías. Las llamadas enfermedades sociales son las principales causas de muerte: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes. Además, se añade la aparición de nuevas patologías como el SIDA.

En 1991 (106), se insiste en la equidad, aprovechamiento de todos los recursos, racionalización del gasto farmacéutico, nuevas prestaciones y, sobre todo, en la mejora de la gestión. Cada vez más, los recursos están más próximos al límite de las posibilidades presupuestarias. Asimismo, se concede mayor importancia a la Atención Geriátrica, Salud Mental, Minusvalías y Toxicomanías.

La MEJORA DE LA GESTION es cada vez más necesaria e importante. Por ello, se intenta una nueva organización que permita descentralizar las responsabilidades, acercando las posibilidades de decisión a los niveles más próximos de la prestación asistencial. Se persigue que los beneficios de la asistencia sanitaria pública se extiendan a un mayor número de ciudadanos y sobre todo a los colectivos más necesitados.

La Atención Primaria tiene como objetivo contribuir a mejorar el estado de salud de los individuos en el primer nivel asistencial y son sus Unidades de Apoyo la Salud Mental, Rehabilitación y la Orientación Familiar.

Es en este contexto de la necesidad de mejora de la gestión donde surge el requerimiento de conocer cada vez mejor la salud de la comunidad. La salud variará de una población a otra en virtud de múltiples factores que es preciso conocer para la mejor distribución de los recursos existentes.

En la población objeto de estudio de esta tesis doctoral se observó un claro predominio de las enfermedades de origen infeccioso para cualquier grupo de edad y sexo. Resultados similares se observan para numerosos estudios de morbilidad recogidos en distintas regiones de España (107)(108)(109) y de otros países (110)(111). No obstante, no ha sido nuestro objetivo el estudio de las distintas patologías consideradas individualmente dentro de la Clasificación Internacional de las Enfermedades.

En general, se admite que son numerosos los factores que influyen sobre la salud. Entre ellos destaca la influencia del medio ambiente; sin embargo, se discute sobre la posible influencia estacional. Algunos autores señalan que el organismo está sujeto a variaciones metabólicas continuas en respuesta a estímulos externos (112)(113) que tienden a organizarse con carácter cíclico.

La demanda de los servicios sanitarios refleja las necesidades de la comunidad presentando variaciones espaciotemporales que no pueden ser sólo atribuidos a la morbilidad subyacente.

La variación cíclica de la morbilidad ha sido puesta de manifiesto no sólo para los procesos infecciosos (114) sino también para otros procesos de carácter no infeccioso (114)(115)(116)(117)(118)(119). Estos hallazgos coinciden con nuestro estudio donde se observa un patrón estacional tanto para los motivos de consulta como para las patologías crónicas en su demanda asistencial.

El conocimiento de los patrones de morbilidad atendida permite la mejora de las medidas asistenciales tales como sistemas de vigilancia epidemiológicos, etc. (120)(121)(122)(123)(124). También permite la mejora de la planificación y gestión de recursos (125)(126)(127)(128)(129)(130)(131).

Sería de gran interés poder establecer cuáles son los factores responsables de las variaciones cíclicas de la morbilidad. Esto sería posible a través de los sistemas de vigilancia epidemiológica fundamentalmente; no obstante, para ello se requieren análisis continuos y detallados de registros de morbilidad.

En un estudio sobre el patrón estacional de la morbilidad atendida en las consultas de Medicina General de la Seguridad Social en 1988 (23) se encontró una mayor demanda por parte del sexo femenino. Más del 50% de la demanda se generó por amas de casa y jubilados. El motivo de consulta más frecuente fueron las enfermedades respiratorias y especialmente durante el mes de noviembre. Unas pocas patologías

crónicas ocuparon más de un tercio de los motivos de consulta. Se trataba principalmente de patología crónica respiratoria, del aparato circulatorio y enfermedades reumáticas. Finalmente, concluyen que las variaciones estacionales son escasas para las patologías crónicas y afectan, fundamentalmente, a las enfermedades respiratorias y cardiovasculares sobre todo durante la época invernal. Para la patología aguda la variación estacional de las enfermedades es más manifiesta principalmente para las enfermedades agudas respiratorias.

Otros autores observan que en cuanto al motivo de consulta aparecen muy destacados los diagnósticos de infecciones agudas sobre todo respiratorias y, observan un menor número de primeras consultas por enfermedades crónicas. En cuanto a derivaciones a especialistas de 2º nivel éstas correspondieron principalmente a oftalmología y odontología (108).

Es ya conocido que en cuanto al uso de los diferentes servicios médicos por parte de la población, aproximadamente, un 90% de la misma es tratada en el propio centro de salud. Un 3% precisa ser derivado al hospital de forma urgente y un 7% de forma no urgente (consultas externas, etc.) (111). Esto pone de manifiesto la gran importancia de los cuidados primarios de salud y de la necesidad de su desarrollo. Para ello es un requisito indispensable el conocimiento

del uso habitual de la asistencia primaria por parte de la población. Además, se observan claras diferencias por grupos de edad y sexo lo que pone de manifiesto la importancia de la estructura de la población en la planificación de los servicios. Diversos autores han puesto de manifiesto como aumentan las cifras de consultas/ año al centro de salud, en tanto que disminuyen las visitas domiciliarias (124). El médico de familia bien formado puede resolver más del 95% de los problemas de salud que presentan sus pacientes (43) es preciso, por tanto, obtener el máximo rendimiento posible de la Atención Primaria de Salud (127). Podemos afirmar que las derivaciones realizadas desde el primer nivel de un sistema sanitario al segundo nivel es uno de los parámetros más importantes para la evaluación de la calidad y el coste de la asistencia sanitaria (132). La atención especializada de un paciente supone el doble en cuanto a coste que en Atención Primaria de ahí la importancia de que la derivación sea correcta.

La influencia estacional sobre los problemas de salud es un hecho establecido para numerosas patologías: sin embargo, continúa siendo un fenómeno desatendido que es preciso continuar estudiando. Aún no es posible explicar por qué en primavera se produce un aumento de fibrinogeno, por qué en los meses de invierno aumentan el número de trombosis venosas profundas, etc. Lo que sí podemos afirmar es la importancia de la calidad de vida como medida del impacto

de los cuidados médicos y del desarrollo de programas de salud pública (133).

La variación estacional de la morbilidad atendida debe ser tenida en cuenta en la distribución de los recursos existentes. El hecho de que en la población de estudio se observe un claro predominio de la patología infecciosa con un comportamiento estacional nos obliga a considerar no sólo los procesos crónicos y/o labores de prevención sino también procesos agudos que inciden directamente sobre la salud de la población. El hecho de que se trate de un factor extrínseco, sobre el que no podemos intervenir directamente, hace necesario la adecuación de recursos en este sentido. La distribución de recursos ha de ser dinámica en función de la mayor o menor demanda estacional sobre todo si se tiene en cuenta la posibilidad de que en un futuro no muy lejano se elabore una nueva legislación que asigne plazos limitados para las bajas laborales de las distintas enfermedades. Esto exige la atención precoz de los procesos muchos de ellos ligados a estaciones como por ejemplo la gripe.

La VARIACION CICLICA Y/O ESTACIONAL de las enfermedades y/o problemas de salud en Atención Primaria es un fenómeno cuyo conocimiento resulta imprescindible para la mejora de la asistencia sanitaria e incluso para la mejora en el conocimiento de la etiología de la salud y de sus problemas.

CONCLUSIONES

El presente estudio ha permitido llegar a las siguientes CONCLUSIONES respecto a la población de estudio:

- 1.- En nuestros registros de morbilidad se observa una VARIACION ESTACIONAL Y/O CICLICA en cuanto a los motivos de consulta en Atención Primaria. Esta variación se observó, igualmente, durante los cinco años previos al estudio.

- 2.- Respecto a los cuatro trimestres del período anual de estudio, los motivos de consulta atendidos y las visitas de pacientes con patología crónica fueron significativamente más numerosos en los períodos comprendidos entre los meses de MARZO- MAYO y, especialmente, entre SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE. Del mismo modo, fueron menos numerosos entre los meses de JUNIO- AGOSTO y, especialmente, entre los meses de DICIEMBRE- FEBRERO.

- 3.- La variación estacional se asocia a factores tales como la edad y el sexo, así como a la existencia o no de patología crónica previa.

- 4.- En su mayoría se prestó atención a pacientes no afectados de patología crónica. Con relación al sexo es la mujer quien consulta con mayor frecuencia salvo en la primera etapa de la vida en la que destacan los varones presentándose, además, dos picos de incidencia, para ambos sexos, en las edades medias de la vida y a partir de los 65 años. No es, sin embargo, significativa la diferencia entre los picos de estas etapas.

- 5.- Se observa un comportamiento similar en la distribución estacional para los motivos de consulta de los pacientes con y sin patología crónica. Este comportamiento es similar para la variación estacional de la patología infecciosa observada.

- 6.- El principal "motivo de consulta" por grupos de edad y sexo, y para cualquier estación del año, fueron las ENFERMEDADES INFECCIOSAS e igualmente éste fue el principal motivo de consulta para las visitas de pacientes con patologías crónicas previas conocidas.

- 7.- Más del 90% de los motivos de consulta atendidos, procesos agudos y crónicos, fueron re-sueltos a nivel de Atención Primaria. La derivación al nivel especializado y hospitalario fue muy escaso. La petición de pruebas complementarias también estuvo sujeta a variación estacional en nuestro medio.

- 8.- La dispensación de recetas, como motivo de consulta, estuvo sujeta, igualmente, a variación estacional y/o cíclica.

- 9.- El predominio de la patología infecciosa y su patron de comportamiento estacional en cuanto a motivo de consulta debe ser tenido en cuenta en la planificación y distribución de re-cursos de la población estudiada. El hecho de que se trate de un factor extrínseco, sobre el que no podemos intervenir directamente, hace necesario la adecuación de recursos en este sentido.

- 10.- En la población estudiada, la patología infecciosa es un importante desencadenante de la morbilidad aguda y crónica.

- 11.- En la elaboración de programas de salud de nuestra población deben ser tenidos en cuenta los procesos de morbilidad aguda y no sólo de prevencción o de morbilidad crónica.

- 12.- La escasa derivación de los pacientes a las distintas especialidades hace necesario potenciar a la Atención Primaria dotandola de los medios diagnósticos necesarios (radiología, laboratorio, etc.). La menor carga asistencial de las distintas especialidades traerá consigo una mejora de la calidad asistencial a todos los niveles.

- 13.- Se hace necesario la realización de un mayor número de estudios respecto a la VARIACION ESTACIONAL Y/O CICLICA de la morbilidad atendida en Atención Primaria para poder establecer conclusiones, en relación a los distintos medios geográficos, más universales capaces de justificar la diversidad de programas en función de los correspondientes recuerimientos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- GERVAS, J.J. y FORES, M.: "La morbilidad ambulatoria: estudio de los problemas de salud mediante la clasificación de la WONCA". Atención Primaria 1987; 4: 272-275.
- 2.- O.M.S. (Organización Mundial de la Salud): "Los objetivos de la salud para todos". 1987. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 3.- LUFT, H., HERSHEY, J. y MORRELL, J.: "Factores que afectan al uso de los servicios médicos". American Journal of Public Health, 1976; 66: 865.
- 4.- Boletín de indicadores sanitarios. 1986. Ministerio de Sanidad y Consumo; 3: 155.
- 5.- DEL LLANO, J., DIEZ, M. y SALADERO, M.T.: "Aproximación a la salud en España". Med. Clin. (Barc) 1988; 91: 101-105.
- 6.- HERNANZ, C. y ORDOÑEZ, A.: "El precio de la salud". Med. Clin. (Barc) 1991; 97: 99- 104.
- 7.- TAYLOR, R. et al.: "Medicina de Familia". 3ª ed. 1991 Ed. Esp. Ed. Doyma S.A.: 660- 662.
- 8.- GRAS, S., PARDO, C., SALOMON, C., SANCHEZ LAMOSAS, I., FERNANDEZ, R. y PAMIES, A.: "Estudio de la morbilidad aguda en un centro de salud. Valoración de las diferencias estacionales". 1ª Jornadas de MFYC. País Valenciano. Dic. 88. Alicante.

- 9.- WILLIAMS, P. y DUNN, G.: "Cyclical variation in psychotropic drug prescription". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1981; 35: 136- 138.
- 10.- HALLAM, L. y METCALFE, D.: "Seasonal variations in the process of care in urban general practice". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1985; 39: 90- 93.
- 11.- CORRAL, C.: "Ciencia y humanismo en la metodología clínica actual. Una perspectiva desde la filosofía de la ciencia". *Med. Clin. (Barc)* 1988; 90: 667- 670.
- 12.- BARSKY, A.: "The paradox of health". *The New England Journal of Medicine*. 1988; 318: 414- 418.
- 13.- GARCIA GIL, C. y SOLANO, A.: "Salud y desigualdad social". *Med. Clin. (Barc)* 1993; 100: 296- 299.
- 14.- ICHPP 2 Defined (International Classification of health problems in primary care) WONCA. Oxford University. Press. Oxford. 1985.
- 15.- DELGADO, A., SANCHEZ, M.R., TABOADA, P., SANCHEZ, J.A. y CASTILLO, R.: "Evaluación de un registro de morbilidad en atención primaria".: *Atención Primaria*, 1990; 7: 531- 2.

- 16.- SANCHEZ, M.A.: "La clasificación de las enfermedades: funciones actuales y fundamentos históricos". Med. Clin. (Barc) 1991; 96: 703- 7.
- 17.- ALVAREZ- DARDET, C., BOLUMAR, F. y GARCIA BENAVIDES, F.: "La detección precoz de enfermedades". Med. Clin. (Barc) 1989; 93: 221- 5.
- 18.- CIURANA, R. y MARQUET, R.: "La prevención clínica desde la atención primaria: un reto para el futuro". Med Clin (Barc) 1990; 94: 660- 2.
- 19.- VILLAR, J., HERNANDEZ, J. y HERNANDEZ, C.: "La medicina en el año 2001: regreso al futuro". Med Clin (Barc) 1991; 96: 295- 300.
- 20.- ANTONOVSKY, H., MAOZ, B., PILPEL, D. y ARAD, T.: "Personal and Health Factors associated with Frequency of Visits to the Primary Care Clinic". Family Practice 1989; 6: 182- 7.
- 21.- GRIEVE, S.: "Time availability in the consultation". B. J. of Gen. Practice 1990: 167- 8.
- 22.- VAN DER STUFYF, P., DE MUYNCK, A., SCHILLEMANS, L. y TIMMERMAN, Ch.: "Migration, acculturation and utilization of primary health care". Soc. Sci. Med. 1989; 29: 53- 60.

- 23.- GARCIA OLMOS, L., ALBERQUILLA, A., UGALDE, M., PEREZ AREVALO, J.M. y GONZALEZ RODRIGUEZ, M.C.: "Patrón estacional de la morbilidad atendida en las consultas de Medicina General de la Seguridad Social". Rev. San. Hig. Pub. 1988; 62: 1655- 1665.
- 24.- GARCIA OLMOS, L.M., PEREZ FERNANDEZ, M.M.; BASSOLO, A., ABRAIRA, V. y GERVAS, J.J.: "Estudios de morbilidad ambulatoria: ¿qué muestra elegir?". Atención Primaria 1987; 4: 136- 9.
- 25.- MARTINEZ, B.: "Patología observada en una consulta de Medicina General". Tribuna Médica 1984; 1048: 25- 7.
- 26.- AYRES, J.G.: "Seasonal pattern of acute bronchitis in general practice in the United Kingdom". Thorax 1986 41: 106- 10.
- 27.- MARSHALL, R.J., SCRAGG, R. y BOURKE, P.: "An analysis of the seasonal variation of coronary heart disease and respiratory disease mortality in New Zealand". Int. J. Epidemiol. 1988; 17: 325- 31.
- 28.- MACGOWWAN, A.P., MARSHALL, R.J., MACKAY, I.M. y REEVES, D.S.: "Listeria faecal carriage by renal transplant recipients, haemodialysis patients and patients in general practice: its relation to season, drug therapy, foreign travel, animal exposure and diet". Epidemiol. Infect. 1991; 106: 157- 66.

- 29.- GUNDERSSEN, S.G., BIRRIE, H., TORVIK, H.P. y SHERBAUM H.: "Control of schistosoma mansoni in the Blue Nile Valley of western Ethiopia by mass chemotherapy and focal snail control: a primary health care experience". Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 1990; 84: 819-25.
- 30.- SCHATNER, P., CARNIE, J. y STEWART, T.: "Influenza surveillance in general practice". Aust. Fam. Physician. 1992; 21: 158- 60.
- 31.- GALAN LABACA, I. y CRIADO NAVARRETE, L.: "Origen y distribución de la alergia estacional. Una visión desde la atención primaria". Aten. Primaria 1992; 10: 1019- 23.
- 32.- SIBBALD, B. y RINK E.: "Epidemiology of seasonal and perennial rhinitis: clinical presentation and medical history". Thorax 1991; 46: 378- 81.
- 33.- SIBBALD, B. y RINK, E.: "Labelling of rhinitis and hayfever by doctors". Thorax 1991; 46: 378- 81.
- 34.- SKEGG, K., SKEGG, D.C. y MCDONALD, B.W.: "Is there seasonal variation in the prescribing of antidepressants in the community?". J. Epidemiol. Community Health 1986; 40: 285- 8.

- 35.- GARCIA OLMOS, L.: "Estudios de morbilidad atendida en atención primaria: pacientes versus visitas". Gaceta Sanitaria 1991; 5: 34- 8.
- 36.- OMS. Tendencias actuales de los estudios sobre morbilidad y mortalidad. Cuadernos de Salud Pública. Ginebra 1967; 27.
- 37.- OMS. Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud: Informe de un grupo de estudio de la OMS. Serie de Informes Técnicos. Ginebra 1983; 694.
- 38.- ALFONSO, J.L. y SANCHIS- BAYARRI, V.: "Atención Primaria en el medio rural: estudio comparativo con el medio urbano". Med Clin (Barc) 1986; 86: 143- 6.
- 39.- GERVA, J.J., PEREZ, M.M., GARCIA SAGREDO, P. y ABRARA, V.: "Utilización de servicios sanitarios: pacientes y visitas". Aten. Primaria 1990; 7: 346- 8.
- 40.- WOODWARD, Ch. et al.: "Ontario child health study: patrones de utilización de la asistencia sanitaria ambulatoria y sus correlaciones". Pediatrics (ed. esp.) 1988; 26: 189- 90.
- 41.- SHANKS, N.: "Medical morbidity of the homeless". Journal of epidemiology and community health 1988; 42: 183- 6.

- 42.- LOURO, A.: "Demanda derivada en atención primaria". Med. Clin. (Barc) 1986; 87: 693- 4.
- 43.- PLANS, A., CAYLA, J., VIDAL, A., PLANA, J., RIERA, L. y MARTINEZ, I.: "Análisis de las prestaciones realizadas en un servicio de urgencias de Asistencia Primaria". Gaceta Sanitaria/ maig- juny 1986; V: 105- 8.
- 44.- SAINZ, N., SALIDO, A., RODRIGUEZ, B., SAINZ, J. y VALERO, R.: "Estructura e interrelación entre los distintos niveles asistenciales". Aten. Primaria 1988; 6: 170- 3.
- 45.- ALONSO, E., MANZANERA, R., VARELA, J. y PICAS, J.M.: "Estudios observacionales de la demanda en asistencia primaria". Aten. Primaria 1987; 4:
- 46.- A. GOMEZ DE LA CAMARA: "El concepto de causalidad en epidemiología". Aten. Primaria 1989; 6: 59- 62.
- 47.- FLEMING, D.M.: "Consultation rates in English general practice". J. R. Coll. Gen. Pract. 1989: 68- 72.
- 48.- MARSH, G., HORNE, R. y CHANNING, D.: "A study of telephone advice in managing out-of-hours calls". J. R. Coll. Gen. Pract. 1987; 37: 301- 304.

- 49.- PINEAULT, R., CHAMPAGNE, F. y FOURNIER, P.: "The exploitation of large morbidity data bases for health care evaluation". Rev. d'epidemiologie et de santé publique 1988; 36: 267- 73.
- 50.- RIDSALE, L., CARRUTHERS, M., MORRIS, R. y RIDSALE, J.: "Study of the effect of time availability on the consultation". J. R. Coll. Gen. Pract. 1989: 488- 91.
- 51.- HILL-SMITH, I.: "Mathematical relationship between times and appointment interval for doctor and patients". J. R. Coll. Gen. Pract. 1989: 492- 4.
- 52.- ROLAND, M.: "The efficient use of time in general practice". J. R. Coll. Gen. Pract. 1989; 485- 6.
- 53.- SHEPERD, S.: "Audit for all but how?". The practitioner 1989; 233: 1028- 31.
- 54.- HANSEN, J., BOBULA, J., MEYER, D., KUSHNER, K. y PRIDHAM, K.: "Treat or refer: patient's interest in family physician involvement in their psychosocial problems" The Journal of Family Practice 1987; 24: 499- 503.
- 55.- GARCIA ALONSO, F.: "Uso racional de los medicamentos" Med Clin (Barc) 1990; 94: 628- 33.

- 56.- JOLLEYS, J.V.: "How to prescribe effectively". Practice Update 1989: 411- 5.
- 57.- WEEDLE, P., POSTON, J. y PARISH, P.: "Use of hipnotic medicines by elderly people in residential homes". J. R. Coll. Gen. Pract. 1988: 156- 8.
- 58.- ROTH, S.: "Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: gastropathy, deaths, and medical practice". Annals of Internal Medicine 1988; 109: 353- 4.
- 59.- MONTGOMERY, S. y TYRER, P.: "Benzodiazepines: time to withdraw". J. R. Coll. Gen. Pract. 1988: 146- 7.
- 60.- JACK, M., STOBO, S., SAHFAL, A. y JACHUCK, S.: "Prevalence of depression in general practice patients over 75 years of age". J. R. Coll. Gen. Pract. 1988; 20- 1.
- 61.- BOWLING, A.: "Contact with general practitioners and differences in health status among people aged over 85 years". Journal of the Royal College of General Practitioners 1989: 52- 5.
- 62.- WRIGHT, A.: "Psychological distress: outcome and consultation rates in one general practice". J. R. Coll. Gen. Pract. 1988: 542- 5.

- 63.- FRIIS, R. y NANJUNDAPPA, G.: "Diabetes, depression and employment status". Soc. Sci. Med. 1986; 23: 471- 5.
- 64.- GERMAN, P. et al.: "Detection and management of mental health problems of older patients by primary care providers". JAMA 1987; 257: 489- 93.
- 65.- VERHAAK, P.: "Variations in the diagnosis of psychosocial disorders: a general practice observation study" Soc. Sci. Med. 1986; 23: 595- 604.
- 66.- SHARP, D. y KING, M.: "Classification of psychosocial disturbance in general practice". J. R. Coll. Gen. Pract. 1989: 356- 8.
- 67.- GRAY, D., WARD, A., UNDERWOOD, P., FATOVICH, B. y WINKLER, R.: "Morbidity coding in general practice". Family Practice 1989; 6: 92- 7.
- 68.- WOOD, M.: "The international classification of primary care. An update". The Journal of family practice 1989; 28: 147- 9.
- 69.- BOULTON, M., TUCKETT, D., OLSON, C. y WILLIAMS, A.: "Social class and the general practice consultation". Sociology of health and illness (A Journal of Medical Sociology) 1986; 8: 324- 51.

- 70.- NOREN, J., FRAIZER, T., ALTMAN, I. y DELOZIER, J.:
"Ambulatory medical care: A comparison of Internists
and Family-General Practitioners". The New England
Journal of Medicine 1980; 302: 11- 6.
- 71.- NEWMAN, S. y BLAND, R.: "Estimating the morbidity
risk of illness from survey data". American Journal
of Epidemiology 1989; 129: 430- 8.
- 72.- NOONE, A., GOLDACRE, M., COULTER, A. y SEAGROATT, V.:
"Do referral rates vary widely between practices and
does supply of services affect demand? A study in Mil
ton Keynes and the Oxford region". J. R. Coll. Gen.
Pract. 1989: 404- 7.
- 73.- WILKIN, D. y SMITH, A.: "Variation in general practi-
tioners' referral rates to consultants". J. R. Coll.
Gen. Pract. 1987: 350- 3.
- 74.- WILKIN, D.: "Patterns of work in general practice".
J. R. Coll. Gen. Pract. 1987: 322.
- 75.- CAMPBELL, J. y TIERNEY, W.: "Information Management
in clinical prevention". Primary Care 1989; 16: 251-
64.
- 76.- ARMENIAN, H., HALABI, S. y KHLAT, M.: "Epidemiology
of primary health problems in Beirut". Journal of
Epidemiology and Community Health 1989;43: 315- 8.

- 77.- VAZQUEZ, J.L., WILKINSON, G., WILLIAMS, P., DIEZ, J. y PEÑA, C.: "Mental health and medical consultation in primary care settings". *Psychological Medicine* 1990, 20: 681-94.
- 78.- SKEGG, K., SKEGG, D. y MCDONALD, B.W.: "Is there seasonal variation in the prescribing of antidepressants in the community?". *J. Epidemiol. Commun. Health* 1986, 40: 285-8.
- 79.- BALESTRIERI, M., BRAGAGNOLI, N. y BELLANTUONO, C.: "Antidepressant drug prescribing in general practice: a 6 year study". *J. Affective Disorders* 1991; 21: 45-55.
- 80.- WILLIAMS, P. y GABE, J.: "Research note: urban-rural differences in tranquilliser prescribing: a critique of the minimalist position". *Sociology of health and illness* 1987; 9: 319-24.
- 81.- GUTIERREZ, J.L. y REGIDOR, E.: "Esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador global del estado de salud". *Med. Clin. (Barc.)* 1991; 96: 453-6.
- 82.- CORRAL, C.: "El enfermo y el sistema sanitario. La función del médico general desde la teoría de sistemas". *Med. Clin. (Barc)* 1989; 92: 306-8.

- 83.- KROENRE, K. y MANGELSDORFF, D.: "Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome". The American Journal of Medicine 1989; 86: 262-6.
- 84.- PAULINO, T., RUBRO, C. y SANCHEZ, A.: "Epidemiología de las enfermedades reumáticas". Med. Clin. (Barc) 1987; 88: 776-84.
- 85.- HAHN, R. y TEUTSCH, S.: "Chronic disease reports in the morbidity and mortality weekly report (MMWR)". MMWR (USA) 1989; 38: 1-8.
- 86.- FREER, C.B., BOYLE, P. y RYAN, M.P.: "A study of attendance patterns in general practice over three years". Health Bulletin 44/2. USA.
- 87.- MOORE, A. y ROLAND, M.: "How much variation in referral rates among general practitioners is due to chance?". BMJ 1989; 298: 500-3.
- 88.- ASTRAIN, M.E. y GRANADOS, R.: "Orientaciones metodológicas generales para el estudio del estado de morbilidad de la población". Rev. Cubana Adm. Salud 1987; 13: 211-59.
- 89.- ALBADELEJO, E., ABELLAN, A.J., JIMENEZ, J.M., LOPEZ-PICAZO, J.J., MARTINEZ, J. y DEL OLMO, A.: "Consulta

programada en atención primaria. Análisis de algunos factores implicados en su funcionamiento". Atención Primaria 1990; 7:

- 90.- BURUNAT, E., CASTELLANO, M.A. y RODRIGUEZ, M.: "El efecto placebo: entre la mente y el cerebro". Med. Clin. (Barc) 1989; 92: 232-5.
- 91.- ARMSTRONG, D., BRITTEN, N. y GRACE, J.: "Measuring general practitioner referrals: patient workload and list size effects". J. of the Roy. Coll. of Gen. Practit. 1988; 494-7.
- 92.- CHRISTENSEN, B., SORENSEN, H.T. y MABECK, C.E.: "Differences in referral rates from general practice". Family Practice, 1989; 6: 19-22.
- 93.- ORTEGA CALVO, M.: "Análisis de la labor asistencial en un centro de salud: indicadores". Tribuna Médica 1984; 1052: 27-8.
- 94.- WINGARD, D., COHN, A., KAPLAN, G. y CIRILLO, P. y COHEN, R.: "Sex differentials in morbidity and mortality risks examined by age and cause in the same cohort". Am. J. Epidemiol. 1989; 130: 601-10.
- 95.- FREER, Ch.: "Viejos mitos". The Lancet 1985; 6, (ed. esp.): 66-8.

- 96.- WOLINSKY, F., MOSELY, R. y COE, R.: "A cohort analysis of the use of health services by elderly americans". Journal of health and social behavior, 1986; 27: 209- 20.
- 97.- GRIFFIN, M., RAY, W. y SHAFFNER, W.: "Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and death from peptic ulcer in elderly persons". Annals of Internal Medicine, 1988; 1: 359- 63.
- 98.- GARCIA BERTRAND, F. y DIAZ PADRON, R.: "Análisis de un programa de salud integral en el adulto". Policlínica universitaria Pasteur (1976- 1982). Rev. Cub. Adm. Salud, 1984; 3: 236- 42.
- 99.- DUNCKAN, J., TAYLOR, R. y FORDYCE, I.: "Factors associated with variation in the consultation rates of children aged under five years". J. R. Coll. Gen. Pract. 1987; 37: 251- 4.
- 100.- HAKANSSON, A.: "Health complaints and drug consumption during the first 18 months of life". Family Practice, 1989; 6: 210- 16.
- 101.- BOLETIN DE INDICADORES SANITARIOS. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984; 12: 76- 82.

- 102.- BOLETIN DE INDICADORES SANITARIOS. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984; 8: 3- 5.
- 103.- BOLETIN DE INDICADORES SANITARIOS. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984; 4: 3- 5.
- 104.- ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO INSALUD 1989. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 105.- PROYECTO DE PRESUPUESTO INSALUD 1990. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 106.- PROYECTO DE PRESUPUESTO 1991. INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 107.- ALMENAR, F.D., MARTI, J.F., GRACIA, C., MARTIN, M.J., SANJUAN, L. y ROSELLO, M.L.: "Aproximación a la morbilidad atendida en asistencia primaria (S. Social) en la provincia de Valencia". Atención Primaria, 1986; 3: 195- 200.
- 108.- ALCANTARA, J., SANCHEZ, J.M., SAURA, J., ALBALADEJO, E. y SANCHEZ, J.A.: "Estudio sobre la demanda sanitaria y morbilidad declarada en una pedanía de Murcia". Rev. San. Hig. Pub. 1984; 58: 681- 714.

- 109.- ILLAN, F. y PARRA, R.: "La atención primaria de salud en la Seguridad Social". Boletín de salud de la región murciana. 1983; III.
- 110.- HOWIE, J., RICHARDSON, I., GILL, G. y DURNO, D.: "Respiratory illness and antibiotic use in general practice". J. Roy. Coll. Gen. Practit. 1971; 21: 657- 633.
- 111.- KEKKI, P. y LAAMEN, R.: "Análisis del uso y cobertura en una población de un distrito de atención primaria en Finlandia. Un enfoque epidemiológico". Atención Primaria, 1989; 6: 540- 6.
- 112.- JUNGERMANN, K. y MOHLER, H.: Bioquímica. Ed. Pirámide. Madrid 1984.
- 113.- GUYTON, A.C.: Tratado de Fisiología Médica. Ed. Interamericana. 5ª Edición. 1977.
- 114.- DEL REY CALERO, J.: "Epidemiología y salud de la comunidad". Ed. Karpos. Madrid 1982.
- 115.- AYRES, J.G.: "Trends in asthma and hay fever in general practice in the Unite Kingdom". Thorax 1986; 41: 111- 16.

- 116.- BAKER- BLOKER, A.: "Winter weather and the cardiovascular mortality in Minneapolis- St Paul. AJPH 1982; 72: 261- 65.
- 117.- GLEASON, R.E., KAHN, G.B., FUNK, I.B. y CRAIGHEAD, J.E.: "Seasonal incidence of insulindependent diabetes (IDDM) in Massachusetts" 1964- 1973". Int. J. Epidemiol. 1982; 11: 39- 45.
- 118.- SIEMIATYCKI, J., COLLE, E., AUBERT, D., CAMBELL, S. y BELMONTE, M.M.: "The distribution of type I (insulin- dependent) diabetes mellitus by age, sex, secular trend, seasonality, time clusters, and space-time clusters: evidence from Montreal, 1971- 83". Am. J. Epidemiol. 1986; 124: 545- 60.
- 119.- HARRIS, C.M.: "Further observations on seasonal variation 2. Depression". J. Roy. Coll. Gen. Practit. 1986; 36: 319- 21.
- 120.- GONZALEZ, C.A., ARGIMON, J.M., GENE BADIA, J. y MARTIN ZURRO, A.: "Análisis de la demanda, servicios prestados y disposiciones finales de 31.180 consultas realizadas en un centro docente de atención primaria". Atención Primaria 1985, 2: 360.

- 121.- ABREU, M.A., FRIEYRO, J.E. y SUAREZ, E.: "Problemas dermatológicos en medicina de familia: análisis del modelo de interconsulta en 381 casos". Med. Clin. (Barc.) 1988; 90: 639- 43.
- 122.- ANIA, B.J.: "La medicina extrahospitalaria es diferente". Med. Clin. (Barc.) 1987; 88: 372- 74.
- 123.- CARREIRA, J., GARCIA OLMOS, L., PEREZ, J.M. y GONZALEZ, M.C.: "La referencia de pacientes como indicador de gestión en Atención Primaria". Atención Primaria, 1985; 2: 360- 1.
- 124.- CROMBIE, D. y FLEMING, D.: "The third national study of morbidity statistics from general practice". J. R. Coll. Gen. Practit. 1986; 36: 51- 53.
- 125.- DE LORENZO, A., BREZMES, J.A., SERRALLE, J.R. y BLAZQUEZ, P.: "Asistencia primaria en el medio rural". Med. Clin. (Barc.) 1986.
- 126.- FRAILE, L., ABREU, M.A., MUÑOZ, J.C., ALVAREZ, S., ALAMO, A. y FRIEYRO, J.E.: "El médico de familia y el hospital. Análisis del proceso de interconsulta desde una unidad docente de medicina familiar y comunitaria". Med. Clin. (Barc.) 1986; 86: 405- 10.

- 127.- GERVA, J.J., GARCIA OLMOS, L., PEREZ, M.M. y ABRAI RA, V.: "Asistencia médica ambulatoria: estudio estadístico de una consulta de medicina general en la Seguridad Social". Med. Clin. (Barc.) 1984; 82: 479-83.
- 128.- MARTIN ZURRO, A.: "El médico de atención primaria y el hospital". Med. Clin. (Barc.) 1986; 86: 414-7.
- 129.- ORTEGA, A. y PUIG, M.: "El análisis de la mortalidad en áreas urbanas". Med. Clin. (Barc.) 1991; 96: 328-33.
- 130.- VILLALBI, J., REVENTOS, J., ROVIRA, J., ESPINOS, N. y FORES, D.: "Impacto del programa de residencia en Medicina Familiar y Comunitaria sobre la asistencia primaria". Med. Clin. (Barc.) 1984; 82: 16- 17.
- 131.- FERRANDO, J.: "Dermatología y asistencia primaria". Med. Clin. (Barc.) 1988; 90: 661- 4.
- 132.- YAGUE HERNANDO, A.J., BLANCO RAMOS, M.T. y JUEZ JUEZ, A.A.: "Análisis de las derivaciones a las consultas de especialistas realizadas en un centro de salud". Atención Primaria 1991; 8: 472- 6.
- 133.- FERNANDEZ- LOPEZ, J.A. y HERNANDEZ MEJIA, R.: "Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda". Med. Clin. (Barc.) 1993; 101: 576- 9.

PADRON MUNICIPAL DE HABITANTES DE TOLEDO

1989

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 PADRON MUNICIPAL DE HABITANTES
 DISTR. SECC. PRESENTES AUSENTES TRANSEUNTES FAMILIA POBLACION
 VARON. MUJER. VARON. MUJER. VARON. MUJER. CABEZA. OTROS. DERECHO HECHO

06 0001 531 603 7 1 0 0 402 740 1142 1134
 06 0002 682 669 20 4 0 0 496 879 1375 1351
 06 0003 545 482 5 0 0 0 678 354 1032 1027
 06 TOTAL 1758 1754 32 5 0 0 1576 1973 3549 3512

SIN CLASIFICAR 0 0 0 0

07 0001 376 431 3 2 0 0 256 556 812 807
 07 0002 683 688 4 3 0 0 396 982 1378 1371
 07 0003 897 923 58 24 0 0 544 1358 1902 1820
 07 0004 1515 1522 16 5 0 0 773 2285 3058 3037
 07 0005 1121 1119 16 15 3 1 612 1663 2271 2244
 07 0006 1624 1595 13 3 0 0 874 2361 3235 3219
 07 0007 865 884 15 10 0 0 473 1301 1774 1749
 07 0008 779 756 0 0 0 0 424 1111 1535 1535
 07 0009 1490 1472 19 14 1 0 781 2215 2995 2963
 07 TOTAL 9350 9390 144 76 4 1 5133 13832 18960 18745

SIN CLASIFICAR 0 0 0 0

SUMA TOT 28779 30620 531 312 9 4 18927 41328 60242 59412
 TOTAL GRUPOS 59399 843 13 60255

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES SEGUN SU ACTIVIDAD Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 1

SEXO = M A S C U L I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR1 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR1. 7	TOTAL
OTROS	525	955	295	385	700	2860
SERVICIO MILITAR	67	122	25	53	54	321
TRABAJANDO	2873	5056	664	1704	2575	12872
BUSCANDO PRIMER EMPLE	159	215	33	56	103	566
PARADO	257	304	107	147	206	1021
JUBILADO	908	1165	220	320	211	2824
RENTISTA	5	23	1	7	12	48
ESTUDIANTE	1452	3757	316	976	1915	8416
LABORES DE HOGAR	9	18	0	8	8	43
INCAPACITADO	67	80	129	21	32	329
SUMA TOTAL....	6322	11695	1790	3677	5816	29300

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES SEGUN SU ACTIVIDAD Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 1

SEXO = F E M E N I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR. 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR. 7	DISTR. 7	TOTAL
OTROS	521	978	280	411	684	2874
SERVICIO MILITAR	3	1	0	0	0	4
TRABAJANDO	1586	2363	269	552	777	5547
BUSCANDO PRIMER EMPLE	138	274	26	61	120	619
PARADO	167	189	31	59	125	571
JUBILADO	956	812	194	169	133	2264
RENTISTA	5	9	0	1	4	19
ESTUDIANTE	1425	3594	315	960	1819	8113
LABORES DE HOGAR	2530	4085	592	1500	2073	10780
INCAPACITADO	40	48	52	11	13	164
SUMA TOTAL.....	7371	12353	1759	3724	5748	30955

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES SEGUN SU PROFESION Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 1

SEXO = F E M E N I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR. 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR. 7	DISTR. 7	TOTAL
SIN ESPECIFICAR	5730	10130	1506	3235	5042	25643
QUIMICOS Y OTROS	2	5	0	2	1	10
ARQUITECTOS E INGENIE	3	4	0	0	0	7
ARQUIT. TECNICOS	1	7	0	1	7	16
PILOTOS	1	0	0	0	0	1
BIOLOGOS Y OTROS	2	4	0	0	1	7
MEDICOS	34	76	1	5	5	121
A.T.S.	202	534	63	80	112	991
ECONOMISTAS	4	8	1	2	0	15
TECNICOS CONTABLES	0	3	0	1	0	4
ABOGADOS	16	10	0	0	3	29
PROFESORES	190	381	11	34	58	674
CLERO	230	49	3	0	8	290
PERIODISTAS	7	4	0	1	0	12
ESCUPTORES Y OTROS	7	3	0	1	2	13
MUSICOS	2	1	0	0	0	3
DEPORTISTAS	0	0	0	0	1	1
OTROS PROFESIONALES	25	40	4	3	3	75
DIRECTORES EMPRESAS	1	3	0	0	0	4
PERS. FUERZAS ARMADAS	0	1	0	0	0	1
JEFES OFICINAS	2	4	0	0	0	6
MECANOGRAFOS	3	0	0	1	0	4
CONTABLES Y CAJEROS	5	13	0	4	6	28
OPERADORES	1	3	0	0	5	9
JEFES COMUNICACIONES	0	1	0	1	0	2
EMPLEADOS TRANSPORTES	2	0	0	0	0	2
CARTEROS Y ORDENANZAS	6	0	0	0	3	9
TELEFONISTAS	22	27	1	3	7	60
EMPLEADOS ADMINISTRAT	369	523	47	87	138	1164
GERENTES DE EMPRESAS	0	3	0	0	0	3
PROPIETARIOS EMPRESAS	10	14	5	1	4	34
JEFES DE VENTAS	0	3	0	0	3	6
AGENTES DE VENTAS	0	1	0	0	0	1
AGENTES DE CAMBIO Y S	3	3	0	0	0	6
DEPENDIENTES COMERCIO	83	63	12	50	68	276
COMERCIANTES	12	53	1	1	5	72
DIRECTORES HOSTELERIA	2	3	0	0	0	5
PROPIETARIOS HOTELES	1	0	2	1	0	4
ENCARGADOS SERV.DOMES	10	0	0	4	11	25
COCINEROS Y CAMAREROS	57	68	22	30	39	216
PERSONAL SERVICIOS	111	73	26	36	37	283
CONSERJES Y PORTEROS	85	64	18	80	72	319
EMPLEADOS LAVADO LIMP	24	68	16	6	5	119
PELUQUERIA Y BELLEZA	31	38	6	16	22	113
PROTECCION Y SEGURIDA	2	2	0	0	0	4
SERVICIOS DIVERSOS	1	6	1	1	0	9
AGRICULTORES	3	1	0	0	2	6
TRABAJADORES DEL CAMP	3	4	0	1	0	8
ENCARGADOS Y CAPATACE	3	0	0	0	3	6
SIDEROMETALURGIA	0	2	0	0	1	3
TRABAJ. PROD. QUIMICO	0	0	0	0	2	2

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES SEGUN SU PROFESION Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 2

SEXO = F E M E N I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR. 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR. 7	DISTR. 7	TOTAL
TRABAJ. TEXTILES	0	1	0	3	1	5
TRABAJ. CURTIDO Y PIE	0	8	0	0	1	9
TRABAJ. PROD. ALIMENT	3	1	1	2	5	12
SASTRES TAPICEROS Y S	40	23	5	20	14	102
CALZADO Y CUERO	0	1	0	0	1	2
FORJA DEL METAL	1	1	0	0	18	20
MECANICOS	0	3	1	2	0	6
ELECTRICISTAS	0	4	0	3	6	13
OPERADORES R.T.V.	1	0	0	0	0	1
FONTANEROS SOLDADORES	1	0	0	0	2	3
VIDRIO Y CERAMICA	0	3	1	1	1	6
ARTES GRAFICAS	1	1	1	1	14	18
ARTESANOS	3	1	0	1	3	8
CONSTRUCCION	1	0	0	0	0	1
CARGA Y DESCARGA	0	0	0	1	2	3
CONDUCTORES	0	1	1	0	0	2
OBREROS Y PEONES	12	2	3	2	4	23
SUMA TOTAL....	7371	12353	1759	3724	5748	30955

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES SEGUN SU PROFESION Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 1

AMBOS LOS SEXOS

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR1. 7	TOTAL
SIN ESPECIFICAR	9172	17131	2642	5398	8497	42840
QUIMICOS Y OTROS	7	20	0	2	6	35
ARQUITECTOS E INGENIE	31	58	1	0	5	95
ARQUIT. TECNICOS	41	157	6	14	75	293
PILOTOS	2	1	0	1	1	5
BIOLOGOS Y OTROS	4	10	1	0	3	18
MEDICOS	107	272	10	16	11	416
A.T.S.	263	610	74	101	142	1190
MATEMATICOS	1	24	1	1	1	28
ECONOMISTAS	14	37	2	4	5	62
TECNICOS CONTABLES	0	11	0	1	1	13
ABOGADOS	64	55	1	0	6	126
PROFESORES	305	642	28	63	107	1145
CLERO	289	73	4	2	14	382
PERIODISTAS	21	8	2	1	1	33
ESCULTORES Y OTROS	38	20	2	4	8	72
MUSICOS	10	8	2	1	3	24
DEPORTISTAS	1	1	2	2	3	9
OTROS PROFESIONALES	36	60	5	3	8	112
MIEMBROS ADMON.PUBLIC	8	7	0	0	0	15
DIRECTORES EMPRESAS	7	31	0	0	2	40
PERS. FUERZAS ARMADAS	61	566	10	61	64	762
JEFES OFICINAS	17	46	1	4	5	73
MECANOGRAFOS	4	0	0	1	1	6
CONTABLES Y CAJEROS	14	125	4	8	17	168
OPERADORES	9	9	1	3	13	35
JEFES COMUNICACIONES	2	6	0	8	3	19
EMPLEADOS TRANSPORTES	12	3	1	11	3	30
CARTEROS Y ORDENANZAS	95	76	25	55	67	318
TELEFONISTAS	27	55	1	6	35	124
EMPLEADOS ADMINISTRAT	952	1421	104	251	402	3130
GERENTES DE EMPRESAS	10	14	0	0	4	28
PROPIETARIOS EMPRESAS	37	76	20	16	13	162
JEFES DE VENTAS	22	23	0	7	20	72
AGENTES DE VENTAS	29	73	5	11	17	135
AGENTES DE CAMBIO Y S	17	25	1	1	6	50
DEPENDIENTES COMERCIO	258	192	40	154	173	817
COMERCIANTE	58	241	9	13	21	342
DIRECTORES HOSTELERIA	11	7	0	1	2	21
PROPIETARIOS HOTELES	7	1	8	1	2	19
ENCARGADOS SERV.DOMES	11	0	0	7	11	29
COCINEROS Y CAMAREROS	220	218	76	121	181	816
PERSONAL SERVICIOS	118	133	27	47	40	365
CONSERJES Y PORTEROS	128	135	23	102	100	488
EMPLEADOS LAVADO LIMP	25	71	16	6	5	123
PELUQUERIA Y BELLEZA	46	53	7	18	30	154
PROTECCION Y SEGURIDA	74	111	31	70	95	381
SERVICIOS DIVERSOS	13	11	1	4	1	30
JEFES EXPLOT. AGRARIA	0	1	0	0	0	1
AGRICULTORES	14	16	12	1	8	51
TRABAJADORES DEL CAMP	53	62	32	37	44	228

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES SEGUN SU PROFESION Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA.... 2

AMBOS LOS SEXOS

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIG.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR. 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR. 7	DISTR. 7	TOTAL
TRABAJADORES FORESTAL	4	7	0	2	2	15
TRABAJ. PESCA Y CAZA	0	1	0	0	0	1
ENCARGADOS Y CAPATACE	23	51	9	16	69	168
MINEROS Y SIMILARES	1	4	2	0	1	8
SIDEROMETALURGIA	6	29	6	2	13	56
TRABAJ. MADERA Y PAPE	21	5	0	15	28	69
TRABAJ. PROD. QUIMICO	1	9	0	5	7	22
TRABAJ. TEXTILES	0	2	0	4	1	7
TRABAJ. CURTIDO Y PIE	0	8	0	0	1	9
TRABAJ. PROD. ALIMENT	55	47	24	40	87	253
SASTRES TAPICEROS Y S	52	28	6	25	17	128
CALZADO Y CUERO	6	5	2	2	2	17
MUEBLES Y MADERA	27	20	1	10	8	66
MARMOLISTAS Y PEDRERO	7	0	0	3	2	12
FORJA DEL METAL	49	52	15	54	135	305
MECANICOS	65	122	27	85	123	422
ELECTRICISTAS	35	115	24	52	185	411
OPERADORES R.T.V.	6	7	0	5	11	29
FONANEROS SOLDADORES	40	48	27	44	71	230
JOYEROS PLATEROS	3	7	2	1	0	13
VIDRIO Y CERAMICA	5	6	2	10	6	29
CAUCHO Y PLASTICO	0	0	1	2	5	8
ARTES GRAFICAS	32	44	15	15	80	186
PINTORES	28	26	15	24	34	127
ARTESANOS	34	31	6	15	20	106
CONSTRUCCION	196	138	45	96	105	580
OPERADORES ELECTRICIO	4	4	1	1	0	10
CARGA Y DESCARGA	17	6	1	9	20	53
CONDUCTORES	99	147	52	151	158	607
OBREROS Y PEONES	112	73	28	74	91	378
SUMA TOTAL....	13693	24048	3549	7401	11564	60255

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES SEGUN SU TITULACION Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 2

SEXO = M A S C U L I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.MIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR1 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR1. 7	TOTAL
===== LIC.EN BELLAS ARTES	5	2	1	1	0	9
LIC.EN EDUCACION FISI	1	8	0	0	0	9
LICENCIADO SIN ESPECI	131	246	7	8	13	405
ARQUITECTO	10	13	1	0	2	26
INGENIERO INDUSTRIAL	5	11	1	0	2	19
INGENIERO AGRONOMO	9	12	0	0	0	21
INGENIERO DE MONTES	4	6	1	0	0	11
ING.CAMINOS,CANALES Y	7	7	0	0	0	14
INGENIERO DE MINAS	0	1	0	0	0	1
INGENIERO NAVAL	0	1	0	0	0	1
ING.TELECOMUNICACIONE	2	2	0	1	0	5
INGENIEROS SIN ESPECI	5	6	0	0	1	12
PROFESOR CONSERV.MUSI	0	2	0	0	0	2
DOCTOR EN CIENCIAS	2	2	0	0	0	4
DOCTOR FILOSOFIA Y LE	2	2	0	0	0	4
DOCTOR EN CC.EE Y EMP	2	1	0	0	0	3
DOCTOR EN DERECHO	2	0	0	0	0	2
DOCTOR EN FARMACIA	0	2	0	0	0	2
DOCTOR EN MEDICINA	2	4	0	0	0	6
DOCTOR EN VETERINARIA	1	0	0	0	0	1
DOCTOR EN INFORMATICA	0	1	0	0	0	1
DOCTORES SIN ESPECIF.	3	1	0	0	1	5
DOCTOR ARQUITECTO	0	1	0	0	0	1
DOCTOR ING.INDUSTRIAL	1	1	1	0	0	3
DOCTOR ING.AGRONOMO	0	1	0	0	0	1
DOCTOR INGENIERO MONT	1	0	0	0	0	1
DOCTOR ING.AERONAUTIC	0	1	0	0	0	1
DOC.ING.CAMINOS,CANAL	1	0	0	0	0	1
OFICIAL FUERZAS ARMAD	21	125	0	9	6	161
ESTUDIOS ECLESIASTICO	36	10	2	3	3	54
OTROS 3 GRADO UNIVERS	2	0	0	0	0	2
TITULOS SUP.NO ESPECI	0	1	1	0	0	2
NO CLASIFICABLES	0	2	0	1	0	3
OTROS TITULOS NO ESPE	5	3	0	2	4	14
	0	1	0	0	0	1
XXXX	25	7	0	4	2	38
===== SUMA TOTAL....	6322	11695	1790	3677	5816	29300

SEXO = M A S C U L I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR1. 7	TOTAL
SIN DEFINIR	155	86	12	16	26	295
ANALFABETO	95	128	144	52	36	455
SIN ESTUDIOS	2315	4949	992	1882	2988	13126
ESTUDIOS PRIMARIOS	1170	1442	229	798	1112	4751
GRADUADO ESCOLAR	494	876	114	291	420	2195
DIPLOMADO ELEMENTAL	5	2	0	2	4	13
GRADUADO EN ARTES	2	0	1	0	1	4
BACHILLER ELEMENTAL	365	812	68	180	355	1780
TITULOS GRADO ELEMENT	2	2	3	5	1	13
TITULOS NO BIEN ESPEC	0	0	0	2	1	3
BUP	178	565	17	33	59	852
FP 1	64	258	37	70	172	601
FP 2	85	100	8	34	71	298
DIPLOMA INSTRUMENTIST	3	1	0	3	1	8
SUBOF.FUERZAS ARMADAS	0	2	0	4	0	6
BACHILLER SUPERIOR	550	830	86	177	284	1927
OFICIALIA INDUSTRIAL	2	24	0	6	22	54
MAESTRIA INDUSTRIAL	18	39	7	12	55	131
PERITO MERCANTIL	8	25	0	0	4	37
OTROS DE 2 GRADO SUPE	2	2	0	0	1	5
2 GRADO SUPER.NO ESPE	2	0	0	0	3	5
ARQUITECTO TECNICO	10	25	2	1	8	46
INGEN.TEC.INDUSTRIAL	9	61	0	3	9	82
ING.TECNICO AGRICOLA	10	35	1	6	3	55
ING.TECNICO FORESTAL	5	8	0	0	0	13
ING.TEC.AERONAUTICO	0	2	0	0	0	2
ING.TECNICO DE MINAS	0	5	0	0	1	6
ING.TECNICA NAVAL	1	1	0	0	0	2
ING.TEC.OBRAS PUBLICA	12	17	0	0	1	30
ING.TEC.TELECOMUNICAC	5	6	1	1	5	18
ING.TEC.TOPOGRAFO	1	4	0	0	1	6
PERITO SIN ESPECIFICA	6	17	2	4	11	40
DIPLOMADO CC.EMPRESAR	4	5	0	0	0	9
MAGISTERIO	70	200	19	21	45	355
ATS	26	37	2	4	9	78
OTROS DIPLOMADOS	3	3	2	0	0	8
DIPLOMADOS SIN ESPECI	85	182	14	16	21	318
PILOTOS MARINA MERCAN	0	0	0	1	0	1
PROFESOR MERCANTIL	1	2	0	0	0	3
GRADUADO SOCIAL	5	5	0	2	0	12
OTROS 3 GRADO NO UNIV	1	7	0	1	1	10
LICENCIADO EN CIENCIA	16	39	1	4	13	73
LICENCIADO EN FILOSOF	42	60	2	2	16	122
ECONOMISTA	26	54	0	3	11	94
LIC.SOCIOLOGIA,CC.POL	1	4	0	2	0	7
ABOGADO	90	93	3	2	5	193
LICENCIADO EN FARMACI	8	14	0	0	1	23
MEDICO	66	155	8	4	3	236
LICENCIADO VETERINARI	8	21	0	3	1	33
LIC.CC.INFORMACION	10	4	0	0	1	15
LIC.EN INFORMATICA	1	3	0	1	0	5

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES SEGUN SU TITULACION Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 1

SEXO = F E M E N I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR1 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR1. 7	TOTAL
SIN DEFINIR	73	51	10	17	27	178
ANALFABETO	346	347	240	167	103	1203
SIN ESTUDIOS	2969	5467	938	1946	3111	14431
ESTUDIOS PRIMARIOS	1525	1949	213	813	1215	5715
GRADUADO ESCOLAR	480	880	122	275	389	2146
DIPLOMADO ELEMENTAL	1	4	0	1	6	12
GRADUADO EN ARTES	4	1	0	0	0	5
BACHILLER ELEMENTAL	403	895	63	142	304	1807
TITULOS GRADO ELEMENT	12	8	1	17	18	56
TITULOS NO BIEN ESPEC	1	0	0	2	1	4
BUP	160	587	23	39	55	864
FP 1	62	111	19	33	91	316
FP 2	56	59	9	21	51	196
DIPLOMA INSTRUMENTIST	1	3	0	1	1	6
BACHILLER SUPERIOR	503	680	63	144	205	1595
OFICIALIA INDUSTRIAL	1	2	0	0	0	3
MAESTRIA INDUSTRIAL	1	1	0	0	2	4
PERITO MERCANTIL	5	5	0	1	0	11
OTROS DE 2 GRADO SUPE	7	15	0	7	11	40
2 GRADO SUPER.NO ESPE	1	0	0	1	1	3
ARQUITECTO TECNICO	1	1	0	0	0	2
INGEN.TEC.INDUSTRIAL	0	1	0	0	1	2
ING.TECNICO AGRICOLA	1	3	0	0	0	4
ING.TEC.OBRAS PUBLICA	2	0	0	0	0	2
PERITO SIN ESPECIFICA	1	0	1	0	1	3
DIPLOMADO CC.EMPRESAR	9	3	0	0	0	12
MAGISTERIO	212	367	18	32	71	700
ATS	86	231	15	20	22	374
DIPLOMADOS SIN ESPECI	83	220	8	11	13	335
PROFESOR MERCANTIL	1	1	0	1	0	3
GRADUADO SOCIAL	11	17	1	1	5	35
OTROS 3 GRADO NO UNIV	5	6	1	0	2	14
LICENCIADO EN CIENCIA	23	27	1	2	1	54
LICENCIADO EN FILOSOF	72	101	5	5	15	198
ECONOMISTA	11	14	3	2	1	31
LIC.SOCIOLOGIA,CC.POL	5	4	0	0	0	9
ABOGADO	35	26	1	1	4	67
LICENCIADO EN FARMACI	13	20	0	0	2	35
MEDICO	19	53	1	6	1	80
LICENCIADO VETERINARI	1	3	1	0	1	6
LIC.CC.INFORMACION	6	7	0	0	0	13
LIC.EN INFORMATICA	1	0	0	0	0	1
LIC.EN BELLAS ARTES	2	1	0	0	0	3
LIC.EN EDUCACION FISI	1	3	0	0	0	4
LICENCIADO SIN ESPECI	120	152	2	11	12	297
ARQUITECTO	3	1	0	0	0	4
INGENIERO INDUSTRIAL	0	1	0	0	0	1
INGENIEROS SIN ESPECI	0	1	0	0	0	1
PROFESOR CONSERV.MUSI	4	0	0	0	0	4
DOCTOR EN CIENCIAS	1	1	0	0	0	2
DOCTOR FILOSOFIA Y LE	0	2	0	0	0	2

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES SEGUN SU TITULACION Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA.... 2

SEXO = F E M E N I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR1 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR1. 7	TOTAL
DOCTOR EN MEDICINA	0	1	0	0	0	1
DOCTOR EN VETERINARIA	1	0	0	0	0	1
DOCTORES SIN ESPECIF.	0	1	0	0	0	1
DOCTOR INGENIERO MONT	1	0	0	0	0	1
NO CLASIFICABLES	1	0	0	1	0	2
OTROS TITULOS NO ESPE	2	1	0	1	2	6
	1	0	0	0	0	1
XXXX	25	18	0	3	3	49
SUMA TOTAL....	7371	12353	1759	3724	5748	30955

AMBOS LOS SEXOS

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR. 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR. 7	TOTAL
SIN DEFINIR	228	137	22	33	53	473
ANALFABETO	441	475	384	219	139	1658
SIN ESTUDIOS	5284	10416	1930	3828	6099	27557
ESTUDIOS PRIMARIOS	2695	3391	442	1611	2327	10466
GRADUADO ESCOLAR	974	1756	236	566	809	4341
DIPLOMADO ELEMENTAL	6	6	0	3	10	25
GRADUADO EN ARTES	6	1	1	0	1	9
BACHILLER ELEMENTAL	768	1707	131	322	659	3587
TITULOS GRADO ELEMENT	14	10	4	22	19	69
TITULOS NO BIEN ESPEC	1	0	0	4	2	7
BUP	338	1152	40	72	114	1716
FP 1	126	369	56	103	263	917
FP 2	141	159	17	55	122	494
DIPLOMA INSTRUMENTIST	4	4	0	4	2	14
SUBOF.FUERZAS ARMADAS	0	2	0	4	0	6
BACHILLER SUPERIOR	1053	1510	149	321	489	3522
OFICIALIA INDUSTRIAL	3	26	0	6	22	57
MAESTRIA INDUSTRIAL	19	40	7	12	57	135
PERITO MERCANTIL	13	30	0	1	4	48
OTROS DE 2 GRADO SUPE	9	17	0	7	12	45
2 GRADO SUPER.NO ESPE	3	0	0	1	4	8
ARQUITECTO TECNICO	11	26	2	1	8	48
INGEN.TEC.INDUSTRIAL	9	62	0	3	10	84
ING.TECNICO AGRICOLA	11	38	1	6	3	59
ING.TECNICO FORESTAL	5	8	0	0	0	13
ING.TEC.AERONAUTICO	0	2	0	0	0	2
ING.TECNICO DE MINAS	0	5	0	0	1	6
ING.TECNICA NAVAL	1	1	0	0	0	2
ING.TEC.OBRAS PUBLICA	14	17	0	0	1	32
ING.TEC.TELECOMUNICAC	5	6	1	1	5	18
ING.TEC.TOPOGRAFO	1	4	0	0	1	6
PERITO SIN ESPECIFICA	7	17	3	4	12	43
DIPLOMADO CC.EMPRESAR	13	8	0	0	0	21
MAGISTERIO	282	567	37	53	116	1055
ATS	112	268	17	24	31	452
OTROS DIPLOMADOS	3	3	2	0	0	8
DIPLOMADOS SIN ESPECI	168	402	22	27	34	653
PILOTOS MARINA MERCAN	0	0	0	1	0	1
PROFESOR MERCANTIL	2	3	0	1	0	6
GRADUADO SOCIAL	16	22	1	3	5	47
OTROS 3 GRADO NO UNIV	6	13	1	1	3	24
LICENCIADO EN CIENCIA	39	66	2	6	14	127
LICENCIADO EN FILOSOF	114	161	7	7	31	320
ECONOMISTA	37	68	3	5	12	125
LIC.SOCIOLOGIA,CC.POL	6	8	0	2	0	16
ABOGADO	125	119	4	3	9	260
LICENCIADO EN FARMACI	21	34	0	0	3	58
MEDICO	85	208	9	10	4	316
LICENCIADO VETERINARI	9	24	1	3	2	39
LIC.CC.INFORMACION	16	11	0	0	1	28
LIC.EN INFORMATICA	2	3	0	1	0	6

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES SEGUN SU TITULACION Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 2

AMBOS LOS SEXOS

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR. 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR. 7	TOTAL
=====						
LIC.EN BELLAS ARTES	7	3	1	1	0	12
LIC.EN EDUCACION FISI	2	11	0	0	0	13
LICENCIADO SIN ESPECI	251	398	9	19	25	702
ARQUITECTO	13	14	1	0	2	30
INGENIERO INDUSTRIAL	5	12	1	0	2	20
INGENIERO AGRONOMO	9	12	0	0	0	21
INGENIERO DE MONTES	4	6	1	0	0	11
ING.CAMINOS,CANALES Y	7	7	0	0	0	14
INGENIERO DE MINAS	0	1	0	0	0	1
INGENIERO NAVAL	0	1	0	0	0	1
ING.TELECOMUNICACIONE	2	2	0	1	0	5
INGENIEROS SIN ESPECI	5	7	0	0	1	13
PROFESOR CONSERV.MUSI	4	2	0	0	0	6
DOCTOR EN CIENCIAS	3	3	0	0	0	6
DOCTOR FILOSOFIA Y LE	2	4	0	0	0	6
DOCTOR EN CC.EE Y EMP	2	1	0	0	0	3
DOCTOR EN DERECHO	2	0	0	0	0	2
DOCTOR EN FARMACIA	0	2	0	0	0	2
DOCTOR EN MEDICINA	2	5	0	0	0	7
DOCTOR EN VETERINARIA	2	0	0	0	0	2
DOCTOR EN INFORMATICA	0	1	0	0	0	1
DOCTORES SIN ESPECIF.	3	2	0	0	1	6
DOCTOR ARQUITECTO	0	1	0	0	0	1
DOCTOR ING.INDUSTRIAL	1	1	1	0	0	3
DOCTOR ING.AGRONOMO	0	1	0	0	0	1
DOCTOR INGENIERO MONT	2	0	0	0	0	2
DOCTOR ING.AERONAUTIC	0	1	0	0	0	1
DOC.ING.CAMINOS,CANAL	1	0	0	0	0	1
OFICIAL FUERZAS ARMAD	21	125	0	9	6	161
ESTUDIOS ECLESIASTICO	36	10	2	3	3	54
OTROS 3 GRADO UNIVERS	2	0	0	0	0	2
TITULOS SUP.NO ESPECI	0	1	1	0	0	2
NO CLASIFICABLES	1	2	0	2	0	5
OTROS TITULOS NO ESPE	7	4	0	3	6	20
	0	1	0	0	0	1
	1	0	0	0	0	1
XXXX	50	25	0	7	5	87
=====						
SUMA TOTAL....	13693	24048	3549	7401	11564	60255

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES ENTRE EDADES Y NIVEL DE ESTUDIOS AL 31-12-87 28.02.89

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 *** INCLUIDOS PRIMARIOS ***

PREESC. E.G.B. BUP/COU SIN.ES. COM.ES. SIN ES. COM EST.SIN EST.COM ES.PERSONAS
 GRUPOS---> ..0 A 5.. 6 A 13...14/17...18/22...18/22...23/30...23/30...31/??...31/??... TOTAL .

	PREESC.	E.G.B.	BUP/COU	SIN.ES.	COM.ES.	SIN ES.	COM EST.	SIN EST.	COM ES.	PERSONAS
CASCO HISTORICO	762	1144	719	113	920	117	1716	3369	4833	13693
OTRAS AREAS....	1637	3653	2131	249	2069	235	2725	6183	8715	27597
SANTA BARBARA..	656	1068	531	113	447	108	844	1766	1868	7401
POLIGONO.....	1186	2403	971	134	648	142	1214	1679	3187	11564
SUMA TOTAL....	4241	8268	4352	609	4084	602	6499	12997	18603	60255

AMBOS LOS SEXOS

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS -----	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS -----	DISTR1 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR1. 7	TOTAL
OTROS	1046	1933	575	796	1384	5734
SERVICIO MILITAR	70	123	25	53	54	325
TRABAJANDO	4459	7419	933	2256	3352	18419
BUSCANDO PRIMER EMPLE	297	489	59	117	223	1185
PARADO	424	493	138	206	331	1592
JUBILADO	1864	1977	414	489	344	5088
RENTISTA	10	32	1	8	16	67
ESTUDIANTE	2877	7351	631	1936	3734	16529
LABORES DE HOGAR	2539	4103	592	1508	2081	10823
INCAPACITADO	107	128	181	32	45	493
SUMA TOTAL....	13693	24048	3549	7401	11564	60255

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES RESIDENTES POR EDADES Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA.... 1

SEXO = M A S C U L I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.MIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR1 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR1. 7	TOTAL

ACIDOS EN 1988	59	88	14	37	69	267
ACIDOS EN 1987	70	111	10	43	89	323
ACIDOS EN 1986	67	112	14	63	99	355
ACIDOS EN 1985	74	142	18	63	112	409
ACIDOS EN 1984	61	138	13	57	128	397
ACIDOS EN 1983	79	147	18	67	112	423
ACIDOS EN 1982	68	175	17	60	128	448
ACIDOS EN 1981	70	164	15	73	146	468
ACIDOS EN 1980	59	225	20	69	130	503
ACIDOS EN 1979	67	202	19	73	145	506
ACIDOS EN 1978	71	222	23	69	198	583
ACIDOS EN 1977	78	236	15	74	163	566
ACIDOS EN 1976	104	257	18	76	155	610
ACIDOS EN 1975	78	268	16	60	156	578
ACIDOS EN 1974	79	266	21	64	148	578
ACIDOS EN 1973	85	249	22	64	139	559
ACIDOS EN 1972	88	261	27	63	118	557
ACIDOS EN 1971	94	232	18	63	94	501
ACIDOS EN 1970	91	249	28	63	120	551
ACIDOS EN 1969	117	198	21	76	86	498
ACIDOS EN 1968	97	202	21	55	79	454
ACIDOS EN 1967	105	209	31	60	78	483
ACIDOS EN 1966	123	198	37	44	65	467
ACIDOS EN 1965	128	176	25	47	58	434
ACIDOS EN 1964	118	173	34	47	46	418
ACIDOS EN 1963	135	184	44	62	82	507
ACIDOS EN 1962	133	163	37	78	76	487
ACIDOS EN 1961	93	143	33	56	90	415
ACIDOS EN 1960	112	141	29	64	76	422
ACIDOS EN 1959	94	134	29	50	93	400
ACIDOS EN 1958	110	157	20	65	90	442
ACIDOS EN 1957	96	150	20	61	98	425
ACIDOS EN 1956	115	149	24	61	103	452
ACIDOS EN 1955	90	149	24	80	109	452
ACIDOS EN 1954	86	138	22	57	109	412
ACIDOS EN 1953	61	155	16	59	101	392
ACIDOS EN 1952	90	146	22	54	116	428
ACIDOS EN 1951	68	142	23	50	114	397
ACIDOS EN 1950	73	165	15	52	133	438
ACIDOS EN 1949	65	136	14	55	131	401
ACIDOS EN 1948	64	143	16	56	122	401
ACIDOS EN 1947	83	174	20	48	116	441
ACIDOS EN 1946	60	181	21	58	105	425
ACIDOS EN 1945	52	166	21	49	88	376
ACIDOS EN 1944	64	146	24	51	77	362
ACIDOS EN 1943	56	188	21	40	81	386
ACIDOS EN 1942	44	124	15	37	81	301
ACIDOS EN 1941	49	138	21	27	46	281
ACIDOS EN 1940	56	175	15	32	68	346
ACIDOS EN 1939	39	103	10	28	30	210
ACIDOS EN 1938	48	111	20	42	50	271

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES RESIDENTES POR EDADES Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 2

SEXO = M A S C U L I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR1 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR1. 7	TOTAL
NACIDOS EN 1937	58	145	29	27	40	299
NACIDOS EN 1936	74	135	17	38	44	308
NACIDOS EN 1935	65	130	22	35	35	287
NACIDOS EN 1934	90	140	21	34	34	319
NACIDOS EN 1933	78	126	25	34	31	294
NACIDOS EN 1932	82	109	33	39	26	289
NACIDOS EN 1931	69	90	33	36	24	252
NACIDOS EN 1930	76	109	28	29	16	258
NACIDOS EN 1929	82	117	42	32	25	298
NACIDOS EN 1928	75	110	32	28	21	266
NACIDOS EN 1927	89	98	19	32	20	258
NACIDOS EN 1926	83	104	25	37	14	263
NACIDOS EN 1925	63	98	24	32	22	239
NACIDOS EN 1924	66	88	31	26	21	232
NACIDOS EN 1923	69	121	15	27	18	250
NACIDOS EN 1922	85	102	29	29	25	270
NACIDOS EN 1921	72	96	22	23	16	229
NACIDOS EN 1920	63	77	18	25	14	197
NACIDOS EN 1919	48	77	15	15	15	170
NACIDOS EN 1918	59	78	21	13	11	182
NACIDOS EN 1917	64	77	13	20	11	185
NACIDOS EN 1916	45	73	14	13	10	155
NACIDOS EN 1915	47	56	17	11	9	140
NACIDOS EN 1914	58	63	14	10	4	149
NACIDOS EN 1913	41	49	12	10	6	118
NACIDOS EN 1912	47	50	17	12	2	128
NACIDOS EN 1911	37	48	9	9	5	108
NACIDOS EN 1910	36	22	9	13	4	84
NACIDOS EN 1909	34	36	9	13	4	96
NACIDOS EN 1908	31	28	10	11	1	81
NACIDOS EN 1907	37	43	10	8	2	100
NACIDOS EN 1906	29	28	11	6	3	77
NACIDOS EN 1905	31	24	5	9	3	72
NACIDOS EN 1904	22	26	4	5	2	59
NACIDOS EN 1903	13	23	8	2	5	51
NACIDOS EN 1902	16	16	2	3	1	38
NACIDOS EN 1901	16	15	4	4	1	40
NACIDOS EN 1900	6	12	3	2	1	24
NACIDOS EN 1899	6	6	3	1	0	16
NACIDOS EN 1898	5	4	3	1	0	13
NACIDOS EN 1897	2	8	1	0	0	11
NACIDOS EN 1896	4	2	0	0	0	6
NACIDOS EN 1895	3	2	1	0	0	6
NACIDOS EN 1894	0	1	1	1	0	3
NACIDOS EN 1893	0	1	0	1	0	2
NACIDOS EN 1892	0	1	0	1	0	2
NACIDOS EN 1891	1	0	0	0	0	1
NACIDOS EN 1889	1	0	0	0	0	1
NACIDOS EN 1888	1	0	0	0	0	1
NACIDOS EN 1886	0	0	1	0	0	1
NACIDOS EN XXXX	77	30	17	18	24	166

SUMA TOTAL....

6322

11695

1790

3677

5816

29300

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES RESIDENTES POR EDADES Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA.... 3

SEXO = F E M E N I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR. 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR. 7	DISTR. 7	TOTAL
===== NACIDOS EN 1882	0	1	0	0	0	1
NACIDOS EN XXXX	51	35	24	28	19	157
===== SUMA TOTAL....	7371	12353	1759	3724	5748	30955

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES RESIDENTES POR EDADES Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA.... 1

SEXO = F E M E N I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS -----> CASCO.HIS. OTRAS ZONAS ANTEQUE/AZU. SANTA BAR. POLIGONO PERSONAS
GRUPOS -----> DISTR1 1-4 DISTR. 5 DISTR. 6 DISTR.7 DISTR1. 7 TOTAL

	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
	DISTR1 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR1. 7	TOTAL
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
JACIDOS EN 1988	57	85	10	41	62	255
JACIDOS EN 1987	56	114	12	56	85	323
JACIDOS EN 1986	61	120	12	61	85	339
JACIDOS EN 1985	53	115	23	52	124	367
JACIDOS EN 1984	70	138	12	61	111	392
JACIDOS EN 1983	51	155	15	54	108	383
JACIDOS EN 1982	51	149	17	49	123	389
JACIDOS EN 1981	59	139	18	63	136	415
JACIDOS EN 1980	64	208	8	70	163	513
JACIDOS EN 1979	70	219	19	76	136	520
JACIDOS EN 1978	71	227	18	61	158	535
JACIDOS EN 1977	86	223	16	63	165	553
JACIDOS EN 1976	58	221	21	62	164	526
JACIDOS EN 1975	90	232	26	70	137	555
JACIDOS EN 1974	97	249	23	71	128	568
JACIDOS EN 1973	106	245	21	67	123	562
JACIDOS EN 1972	90	249	21	72	133	565
JACIDOS EN 1971	80	200	27	67	88	462
JACIDOS EN 1970	99	210	20	44	75	448
JACIDOS EN 1969	88	211	23	53	78	453
JACIDOS EN 1968	106	195	21	60	77	459
JACIDOS EN 1967	103	201	30	52	58	444
JACIDOS EN 1966	104	182	31	53	66	436
JACIDOS EN 1965	124	164	25	48	54	415
JACIDOS EN 1964	121	154	28	64	101	468
JACIDOS EN 1963	124	170	25	65	62	446
JACIDOS EN 1962	111	158	15	68	89	441
JACIDOS EN 1961	114	145	23	45	89	416
JACIDOS EN 1960	110	144	20	66	125	465
JACIDOS EN 1959	113	158	20	67	113	471
JACIDOS EN 1958	93	166	23	60	112	454
JACIDOS EN 1957	102	172	23	70	116	483
JACIDOS EN 1956	82	161	22	58	88	411
JACIDOS EN 1955	81	181	15	79	114	470
JACIDOS EN 1954	63	151	13	73	122	422
JACIDOS EN 1953	82	164	13	50	109	418
JACIDOS EN 1952	86	192	23	56	136	493
JACIDOS EN 1951	66	172	16	41	130	425
JACIDOS EN 1950	79	174	10	56	107	426
JACIDOS EN 1949	78	197	13	53	120	461
JACIDOS EN 1948	66	192	21	44	123	446
JACIDOS EN 1947	63	182	16	60	90	411
JACIDOS EN 1946	67	177	11	52	94	401
JACIDOS EN 1945	70	196	17	35	89	407
JACIDOS EN 1944	84	187	23	46	89	429
JACIDOS EN 1943	77	195	23	37	71	403
JACIDOS EN 1942	54	140	18	36	49	297
JACIDOS EN 1941	48	119	14	32	43	256
JACIDOS EN 1940	92	162	27	49	49	379
JACIDOS EN 1939	46	107	11	24	28	216
JACIDOS EN 1938	63	138	20	24	29	274

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES RESIDENTES POR EDADES Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 2

SEXO = F E M E N I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR1 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR1. 7	TOTAL
VACIDOS EN 1937	70	121	15	33	37	276
VACIDOS EN 1936	74	174	25	42	29	344
VACIDOS EN 1935	92	131	22	27	29	301
VACIDOS EN 1934	90	139	20	34	26	309
VACIDOS EN 1933	82	108	26	39	30	285
VACIDOS EN 1932	109	139	31	32	25	336
VACIDOS EN 1931	102	116	35	34	30	317
VACIDOS EN 1930	120	116	28	37	24	325
VACIDOS EN 1929	115	123	34	33	21	326
VACIDOS EN 1928	106	152	39	49	25	371
VACIDOS EN 1927	116	116	20	36	22	310
VACIDOS EN 1926	93	111	28	17	16	265
VACIDOS EN 1925	103	91	22	35	21	272
VACIDOS EN 1924	103	112	26	24	17	282
VACIDOS EN 1923	99	95	21	33	18	266
VACIDOS EN 1922	115	124	24	33	28	324
VACIDOS EN 1921	103	105	17	35	13	273
VACIDOS EN 1920	102	99	22	15	25	263
VACIDOS EN 1919	86	90	12	24	11	223
VACIDOS EN 1918	88	55	14	20	22	199
VACIDOS EN 1917	82	106	24	17	11	240
VACIDOS EN 1916	91	76	24	21	13	225
VACIDOS EN 1915	94	82	23	18	10	227
VACIDOS EN 1914	83	74	18	15	16	206
VACIDOS EN 1913	89	64	21	17	8	199
VACIDOS EN 1912	74	77	16	18	11	196
VACIDOS EN 1911	86	62	14	16	8	186
VACIDOS EN 1910	64	59	19	13	5	160
VACIDOS EN 1909	63	62	16	14	11	166
VACIDOS EN 1908	69	55	17	12	6	159
VACIDOS EN 1907	63	36	7	6	9	121
VACIDOS EN 1906	49	50	15	8	6	128
VACIDOS EN 1905	47	47	15	15	2	126
VACIDOS EN 1904	46	29	10	4	2	91
VACIDOS EN 1903	36	39	7	7	5	94
VACIDOS EN 1902	42	35	5	7	2	91
VACIDOS EN 1901	32	31	9	4	1	77
VACIDOS EN 1900	28	27	7	3	3	68
VACIDOS EN 1899	14	18	7	3	0	42
VACIDOS EN 1898	14	12	0	2	0	28
VACIDOS EN 1897	16	10	4	4	2	36
VACIDOS EN 1896	12	16	1	2	2	33
VACIDOS EN 1895	7	10	1	1	0	19
VACIDOS EN 1894	8	7	0	0	1	16
VACIDOS EN 1893	6	5	2	0	1	14
VACIDOS EN 1892	3	3	0	0	0	6
VACIDOS EN 1891	2	1	0	0	1	4
VACIDOS EN 1890	0	0	0	1	0	1
VACIDOS EN 1889	2	1	0	0	0	3
VACIDOS EN 1888	1	0	0	0	0	1
VACIDOS EN 1887	0	1	0	0	0	1

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES RESIDENTES POR EDADES Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 3

TOOOS LOS SEXOS

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR1 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR.7	DISTR1. 7	TOTAL

ACIDOS EN 1886	0	0	1	0	0	1
ACIDOS EN 1882	0	1	0	0	0	1
ACIDOS EN XXXX	128	65	41	46	43	323

UMA TOTAL....	13693	24048	3549	7401	11564	60255
---------------	-------	-------	------	------	-------	-------

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES RESIDENTES POR EDADES Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 1

TODOS LOS SEXOS

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR. 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR. 7	DISTR. 7	TOTAL
JACIDOS EN 1988	116	173	24	78	131	522
JACIDOS EN 1987	126	225	22	99	174	646
JACIDOS EN 1986	128	232	26	124	184	694
JACIDOS EN 1985	127	257	41	115	236	776
JACIDOS EN 1984	131	276	25	118	239	789
JACIDOS EN 1983	130	302	33	121	220	806
JACIDOS EN 1982	119	324	34	109	251	837
JACIDOS EN 1981	129	303	33	136	282	883
JACIDOS EN 1980	123	433	28	139	293	1016
JACIDOS EN 1979	137	421	38	149	281	1026
JACIDOS EN 1978	142	449	41	130	356	1118
JACIDOS EN 1977	164	459	31	137	328	1119
JACIDOS EN 1976	162	478	39	138	319	1136
JACIDOS EN 1975	168	500	42	130	293	1133
JACIDOS EN 1974	176	515	44	135	276	1146
JACIDOS EN 1973	191	494	43	131	262	1121
JACIDOS EN 1972	178	510	48	135	251	1122
JACIDOS EN 1971	174	432	45	130	182	963
JACIDOS EN 1970	190	459	48	107	195	999
JACIDOS EN 1969	205	409	44	129	164	951
JACIDOS EN 1968	203	397	42	115	156	913
JACIDOS EN 1967	208	410	61	112	136	927
JACIDOS EN 1966	227	380	68	97	131	903
JACIDOS EN 1965	252	340	50	95	112	849
JACIDOS EN 1964	239	327	62	111	147	886
JACIDOS EN 1963	259	354	69	127	144	953
JACIDOS EN 1962	244	321	52	146	165	928
JACIDOS EN 1961	207	288	56	101	179	831
JACIDOS EN 1960	222	285	49	130	201	887
JACIDOS EN 1959	207	292	49	117	206	871
JACIDOS EN 1958	203	323	43	125	202	896
JACIDOS EN 1957	198	322	43	131	214	908
JACIDOS EN 1956	197	310	46	119	191	863
JACIDOS EN 1955	171	330	39	159	223	922
JACIDOS EN 1954	149	289	35	130	231	834
JACIDOS EN 1953	143	319	29	109	210	810
JACIDOS EN 1952	176	338	45	110	252	921
JACIDOS EN 1951	134	314	39	91	244	822
JACIDOS EN 1950	152	339	25	108	240	864
JACIDOS EN 1949	143	333	27	108	251	862
JACIDOS EN 1948	130	335	37	100	245	847
JACIDOS EN 1947	146	356	36	108	206	852
JACIDOS EN 1946	127	358	32	110	199	826
JACIDOS EN 1945	122	362	38	84	177	783
JACIDOS EN 1944	148	333	47	97	166	791
JACIDOS EN 1943	133	383	44	77	152	789
JACIDOS EN 1942	98	264	33	73	130	598
JACIDOS EN 1941	97	257	35	59	89	537
JACIDOS EN 1940	148	337	42	81	117	725
JACIDOS EN 1939	85	210	21	52	58	426
JACIDOS EN 1938	111	249	40	66	79	545

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES RESIDENTES POR EDADES Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 2

TODOS LOS SEXOS

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR. 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR. 7	DISTR. 7	TOTAL

IACIDOS EN 1937	128	266	44	60	77	575
IACIDOS EN 1936	148	309	42	80	73	652
IACIDOS EN 1935	157	261	44	62	64	588
IACIDOS EN 1934	180	279	41	68	60	628
IACIDOS EN 1933	160	234	51	73	61	579
IACIDOS EN 1932	191	248	64	71	51	625
IACIDOS EN 1931	171	206	68	70	54	569
IACIDOS EN 1930	196	225	56	66	40	583
IACIDOS EN 1929	197	240	76	65	46	624
IACIDOS EN 1928	181	262	71	77	46	637
IACIDOS EN 1927	205	214	39	68	42	568
IACIDOS EN 1926	176	215	53	54	30	528
IACIDOS EN 1925	166	189	46	67	43	511
IACIDOS EN 1924	169	200	57	50	38	514
IACIDOS EN 1923	168	216	36	60	36	516
IACIDOS EN 1922	200	226	53	62	53	594
IACIDOS EN 1921	175	201	39	58	29	502
IACIDOS EN 1920	165	176	40	40	39	460
IACIDOS EN 1919	134	167	27	39	26	393
IACIDOS EN 1918	147	133	35	33	33	381
IACIDOS EN 1917	146	183	37	37	22	425
IACIDOS EN 1916	136	149	38	34	23	380
IACIDOS EN 1915	141	138	40	29	19	367
IACIDOS EN 1914	141	137	32	25	20	355
IACIDOS EN 1913	130	113	33	27	14	317
IACIDOS EN 1912	121	127	33	30	13	324
IACIDOS EN 1911	123	110	23	25	13	294
IACIDOS EN 1910	100	81	28	26	9	244
IACIDOS EN 1909	97	98	25	27	15	262
IACIDOS EN 1908	100	83	27	23	7	240
IACIDOS EN 1907	100	79	17	14	11	221
IACIDOS EN 1906	78	78	26	14	9	205
IACIDOS EN 1905	78	71	20	24	5	198
IACIDOS EN 1904	68	55	14	9	4	150
IACIDOS EN 1903	49	62	15	9	10	145
IACIDOS EN 1902	58	51	7	10	3	129
IACIDOS EN 1901	48	46	13	8	2	117
IACIDOS EN 1900	34	39	10	5	4	92
IACIDOS EN 1899	20	24	10	4	0	58
IACIDOS EN 1898	19	16	3	3	0	41
IACIDOS EN 1897	18	18	5	4	2	47
IACIDOS EN 1896	16	18	1	2	2	39
IACIDOS EN 1895	10	12	2	1	0	25
IACIDOS EN 1894	8	8	1	1	1	19
IACIDOS EN 1893	6	6	2	1	1	16
IACIDOS EN 1892	3	4	0	1	0	8
IACIDOS EN 1891	3	1	0	0	1	5
IACIDOS EN 1890	0	0	0	1	0	1
IACIDOS EN 1889	3	1	0	0	0	4
IACIDOS EN 1888	2	0	0	0	0	2
IACIDOS EN 1887	0	1	0	0	0	1

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES SEGUN SU PROFESION Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 1

SEXO = M A S C U L I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR. 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR. 7	DISTR. 7	TOTAL
SIN ESPECIFICAR	3442	7001	1136	2163	3455	17197
QUIMICOS Y OTROS	5	15	0	0	5	25
ARQUITECTOS E INGENIE	28	54	1	0	5	88
ARQUIT. TECNICOS	40	150	6	13	68	277
PILOTOS	1	1	0	1	1	4
BIOLOGOS Y OTROS	2	6	1	0	2	11
MEDICOS	73	196	9	11	6	295
A.T.S.	61	76	11	21	30	199
MATEMATICOS	1	24	1	1	1	28
ECONOMISTAS	10	29	1	2	5	47
TECNICOS CONTABLES	0	8	0	0	1	9
ABOGADOS	48	45	1	0	3	97
PROFESORES	115	261	17	29	49	471
CLERO	59	24	1	2	6	92
PERIODISTAS	14	4	2	0	1	21
ESCULTORES Y OTROS	31	17	2	3	6	59
MUSICOS	8	7	2	1	3	21
DEPORTISTAS	1	1	2	2	2	8
OTROS PROFESIONALES	11	20	1	0	5	37
MIEMBROS ADMON.PUBLIC	8	7	0	0	0	15
DIRECTORES EMPRESAS	6	28	0	0	2	36
PERS. FUERZAS ARMADAS	61	565	10	61	64	761
JEFES OFICINAS	15	42	1	4	5	67
MECANOGRAFOS	1	0	0	0	1	2
CONTABLES Y CAJEROS	9	112	4	4	11	140
OPERADORES	8	6	1	3	8	26
JEFES COMUNICACIONES	2	5	0	7	3	17
EMPLEADOS TRANSPORTES	10	3	1	11	3	28
CARTEROS Y ORDENANZAS	89	76	25	55	64	309
TELEFONISTAS	5	28	0	3	28	64
EMPLEADOS ADMINISTRAT	583	898	57	164	264	1966
GERENTES DE EMPRESAS	10	11	0	0	4	25
PROPIETARIOS EMPRESAS	27	62	15	15	9	128
JEFES DE VENTAS	22	20	0	7	17	66
AGENTES DE VENTAS	29	72	5	11	17	134
AGENTES DE CAMBIO Y S	14	22	1	1	6	44
DEPENDIENTES COMERCIO	175	129	28	104	105	541
COMERCIANTE	46	188	8	12	16	270
DIRECTORES HOSTELERIA	9	4	0	1	2	16
PROPIETARIOS HOTELES	6	1	6	0	2	15
ENCARGADOS SERV.DOMES	1	0	0	3	0	4
COCINEROS Y CAMAREROS	163	150	54	91	142	600
PERSONAL SERVICIOS	7	60	1	11	3	82
CONSERJES Y PORTEROS	43	71	5	22	28	169
EMPLEADOS LAVADO LIMP	1	3	0	0	0	4
PELUQUERIA Y BELLEZA	15	15	1	2	8	41
PROTECCION Y SEGURIDA	72	109	31	70	95	377
SERVICIOS DIVERSOS	12	5	0	3	1	21
JEFES EXPLOT. AGRARIA	0	1	0	0	0	1
AGRICULTORES	11	15	12	1	6	45
TRABAJADORES DEL CAMP	50	58	32	36	44	220

CUADRO NUMERICO DE HABITANTES SEGUN SU PROFESION Y ZONA DE RESIDENCIA

28.02.89

PAGINA... 2

SEXO = M A S C U L I N O

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE TOLEDO 45/1685 DESDE 010001 HASTA 070009

***** ACTUALIZADO AL 31 - 12 - 1988 *****

ZONAS ----->	CASCO.HIS.	OTRAS ZONAS	ANTEQUE/AZU.	SANTA BAR.	POLIGONO	PERSONAS
GRUPOS ----->	DISTR. 1-4	DISTR. 5	DISTR. 6	DISTR. 7	DISTR. 7	TOTAL
TRABAJADORES FORESTAL	4	7	0	2	2	15
TRABAJ. PESCA Y CAZA	0	1	0	0	0	1
ENCARGADOS Y CAPATACE	20	51	9	16	66	162
MINEROS Y SIMILARES	1	4	2	0	1	8
SIDEROMETALURGIA	6	27	6	2	12	53
TRABAJ. MADERA Y PAPE	21	5	0	15	28	69
TRABAJ. PROD. QUIMICO	1	9	0	5	5	20
TRABAJ. TEXTILES	0	1	0	1	0	2
TRABAJ. PROD. ALIMENT	52	46	23	38	82	241
SASTRES TAPICEROS Y S	12	5	1	5	3	26
CALZADO Y CUERO	6	4	2	2	1	15
MUEBLES Y MADERA	27	20	1	10	8	66
MARMOLISTAS Y PEDRERO	7	0	0	3	2	12
FORJA DEL METAL	48	51	15	54	117	285
MECANICOS	65	119	26	83	123	416
ELECTRICISTAS	35	111	24	49	179	398
OPERADORES R.T.V.	5	7	0	5	11	28
FONTANEROS SOLDADORES	39	48	27	44	69	227
JOYEROS PLATEROS	3	7	2	1	0	13
VIDRIO Y CERAMICA	5	3	1	9	5	23
CAUCHO Y PLASTICO	0	0	1	2	5	8
ARTES GRAFICAS	31	43	14	14	66	168
PINTORES	28	26	15	24	34	127
ARTESANOS	31	30	6	14	17	98
CONSTRUCCION	195	138	45	96	105	579
OPERADORES ELECTRICID	4	4	1	1	0	10
CARGA Y DESCARGA	17	6	1	8	18	50
CONDUCTORES	99	146	51	151	158	605
OBREROS Y PEONES	100	71	25	72	87	355
SUMA TOTAL....	6322	11695	1790	3677	5816	29300