

ORIGINAL

APRENDIZAJE Y SATISFACCIÓN DE LOS TALLERES DE PRE Y POSTGRADO DE MEDICINA PARA LA MEJORA EN LA CERTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN, 1992-1996

Lluís Cirera Suárez, Consuelo Martínez López, Josefa Contreras Gil y Carmen Navarro Sánchez.

Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud. Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia.

RESUMEN

Fundamento: Ampliar las experiencias de evaluación del aprendizaje y de la satisfacción, en los talleres de pre y postgrado de medicina para la mejora en la certificación de las causas de defunción, con las aportaciones de la Región de Murcia, desde 1992 a 1996.

Métodos: Con un diseño epidemiológico seudoexperimental del tipo pretest-posttest, se imparte un taller teórico-práctico de 2 horas, a estudiantes de medicina, MIR en formación de Medicina Familiar y Comunitaria, y médicos generales en curso de obtener dicha especialidad. El taller pretende enseñar la utilidad de las estadísticas de mortalidad y las normas internacionales de certificación de la OMS. Al principio y al final se evalúa la formación mediante un supuesto. Se elaboran indicadores de calidad formal, concepto, y resultado en la cumplimentación. También se administra un cuestionario de satisfacción.

Resultados: En cinco años se imparten 23 talleres a 646 asistentes, y se incluyen 472 pares de ejercicios y 586 encuestas de satisfacción. En el pretest, más del 78% de los indicadores individuales son correctos y el 52,3% de los participantes los realizan todos bien. Existen mejoras estadísticamente significativas en los grupos de indicadores de concepto y resultado, pero no en la forma, que parte de una alta calificación (77,5%). El 24,6% de los estudiantes mejora la asignación de la causa de defunción frente al 14,4% de los médicos. Según los participantes, el contenido del curso es muy-adecuado/adequado (92,7%), sin diferencias entre los tipos de asistentes, y equilibrado en teoría y práctica (64,7%). El 81,3% de los médicos y el 80,2% de los estudiantes afirman que es útil para certificar correctamente una defunción, independientemente de la formación previa.

Conclusiones: Las buenas calificaciones iniciales son superadas tras la intervención educativa. De acuerdo con la eficacia demostrada en los talleres para la mejora de la certificación de las causas de defunción, se propone su generalización y el análisis de su impacto en las estadísticas de mortalidad.

Palabras clave. Certificado de defunción. Evaluación. Formación profesional. Clasificación Internacional de Enfermedades. Causas de Muerte. Mortalidad. Sistemas de información.

Correspondencia:
Lluís Cirera Suárez
Servicio de Epidemiología
Consejería de Sanidad y Política Social
Ronda de Levante, 11, 2ª planta.
30008 -Murcia
Tel. 968 362039, Ext. 2077. Fax. 968 201614.
Correo electrónico: Lluís.Cirera@carm.es

ABSTRACT

Learning and Satisfaction of the Workshops for Pre and Postgraduates of Medicine for the Improvement in the Certification of the Causes of Death, 1992-1996

Background: To broaden the experiences of evaluation of the learning and satisfaction of the workshops of pre and postgraduates of medicine for the improvement in the certification of the causes of death with contributions from the Region of Murcia, 1992-1996.

Methods: With a quasi-experimental pre-posttest epidemiological design, a workshop is given, being both theoretical and practical of 2 hours addressed to students of medicine, interns in Family and Community Medicine and doctors in the course of obtaining said specialty. The goal of the workshop is to teach the usefulness of Mortality Statistics and the International WHO norms of certification. At start and finish we evaluated the formation by research, using indicators of formal quality, concept and result of the completion. Also, we administrate a questionnaire of satisfaction.

Results: In five years 23 workshops with 646 assistants were given, including 472 pairs of exercises and 586 satisfaction's questionnaires. In the pretest, more than 78% of the individual indicators were correct and 52.3% of the participants completed everything well. There were statistically significant improvements in the groups of indicators of concept and result, but not that of form, which showed a high qualification from the beginning (77.5%). The assignment of cause of death has improve more with the students (24.6%) than in physicians (14.4%). The contents of the course are very adequate/adequate (92.7%), without difference among the types of helpers. There is an equilibrium between theory and practice (64.7%). Eighty-one point three of physicians and 80.2% of the students stated that the workshop was useful for correctly certifying a death, independent of the previous background.

Conclusions: The good initial qualifications were improved after the educational intervention. In accordance with workshops demonstrated efficacy, we propose their generalization and to follow its impact on Mortality Statistics.

Key words: Death Certificate, Medical Education, Causes of Death. International Classification of Diseases. Mortality. Information Systems.

INTRODUCCIÓN

La creación y desarrollo de los registros autonómicos de mortalidad desde 1982, ha permitido descentralizar, corresponsabilizar e impulsar la mejora de la calidad de las estadísticas de mortalidad por causas en España¹. Así, se han desplegado y consolidado los programas de mejora de la calidad, con la finalidad de corregir las deficiencias encontradas en las causas de muerte en los boletines estadísticos de defunción (BED), ya sea por encuesta telefónica², o mediante cursos específicos de formación de los médicos certificadores.

Existen algunas experiencias de evaluación de los talleres para la mejora de la calidad en la cumplimentación del BED dirigidos a médicos o a estudiantes de medicina^{3 4 5 6}. Estos artículos abarcan breves períodos de tiempo, o son intervenciones puntuales, o se imparten a un determinado colectivo, o incluyen a un número reducido de personas.

El registro de mortalidad de Murcia se creó en 1989 con la finalidad de codificar los diagnósticos médicos de la defunción; diseñar, tabular, analizar, verificar las estadísticas; mejorar su la calidad; y realizar estudios e informes. El registro de mortalidad ha impartido talleres para la mejora de la calidad en la cumplimentación del BED desde el año 1989.

En este trabajo nos proponemos evaluar la eficacia del aprendizaje y la satisfacción percibida por los participantes en los talleres para la mejora de la calidad en la cumplimentación médica del BED, impartidos por el registro de mortalidad de la Región de Murcia de 1992 a 1996.

MATERIAL Y MÉTODOS

Actividad docente

El taller se suele ofertar como un módulo de los programas docentes dirigidos a estu-

diantes y a especialistas en formación. Dura aproximadamente 120 minutos. Se inicia con una exposición teórica sobre las aplicaciones epidemiológicas de los datos de mortalidad, y de las normas de la 9.ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9)^{7 8}, seguida de la realización de, al menos, 16 ejercicios de prácticas, que son luego debatidos en común. La sesión se complementa con la entrega de un cuaderno teórico-práctico⁹ y con ejemplares del boletín epidemiológico de Murcia. Al inicio y final se reparte un supuesto de certificación (anexo 1), a realizar por los asistentes de forma anónima, para evaluar sus conocimientos. Al concluir se distribuye un cuestionario para valorar la satisfacción percibida (anexo 3).

Cuestionario de satisfacción

El cuestionario contiene posibles respuestas en la escala de Likert (gradación cualitativa de opciones del máximo al mínimo), para medir la satisfacción percibida en la idoneidad y la utilidad del taller. Se realizó una prueba piloto, preguntando a los primeros asistentes sobre su comprensión de las preguntas formuladas, para modificar las que presentaban problemas de interpretación.

Evaluación del aprendizaje

Todos los ejercicios fueron evaluados de forma independiente y anónima por dos enfermeras expertas en las normas de codificación de la CIE-9, y en el control de calidad en la cumplimentación de las causas de defunción del BED. Las evaluaciones discrepantes se discutieron con el médico del registro, dándose por válida la decisión consensuada.

Los criterios de evaluación se agrupan en: a) Forma: caligrafía ilegible (cuando un codificador no entiende la letra), secuencia lógica (cuando no existen apartados vacíos entre

causas, a excepción de Otros Procesos), ausencia de abreviaturas y/o siglas¹⁰ (anexo 2); b) Concepto: omisión de enfermedades, inclusión de causas no descritas, secuencia causal, correcta ubicación de las enfermedades en las causas inmediata, intermedia, inicial o fundamental y en otros procesos; c) Resultado: la Causa Básica de Defunción (CBD) correcta, si la ubicación de la causa inicial o fundamental (al aplicar la Regla General de selección de la causa básica de defunción) y la secuencia causal lo son. Este indicador informa que se alcanza el nivel de suficiencia en la cumplimentación del BED. Se han excluido: la existencia de más de una causa por línea, por ser consustancial con la longevidad y la pluripatología crónico-degenerativa¹¹; y el uso de letra de imprenta o mayúsculas, por ser infrecuente y una mejora con la misma finalidad que caligrafía ilegible.

Asistencia

Los cursos se impartieron a estudiantes de 6.º curso de la unidad docente de Medicina Preventiva y Salud Pública (MPySP) de la Facultad de Medicina, a médicos residentes (MIR) en formación, principalmente, de la unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), y a médicos generales titulares, en su mayoría en formación para la obtención de la mencionada especialidad. La asistencia es obligatoria para las unidades docentes de MPySP y de MFyC.

Análisis estadístico

De los 646 asistentes, se analizan 472 ejercicios emparejados (iniciales y finales) y 586 encuestas de satisfacción. Se excluyen los ejercicios de 2 talleres a estudiantes en 1992 y 1994 (40 y 53 asistentes respectivamente). Se incluyen todas las encuestas de satisfacción.

Se presentan las frecuencias con sus intervalos de confianza al 95%. Test de McNemar para comparar cada indicador de

evaluación en los ejercicios inicial y final. La prueba de χ^2 para comparar la formación previa y ser estudiante o médico, y utilidad del curso y sexo. La prueba de Wilcoxon entre las puntuaciones totales del pretest con el posttest, y el test de Kruskal-Wallis, en la diferencia de puntuación total entre el supuesto inicial y el final o la puntuación final por tipo de asistente. El nivel de significación estadística a dos colas es para $p < 0,05$. Las explotaciones se realizaron con el programa EPIINFO¹² y SPSS¹³.

RESULTADOS

Evaluación de los ejercicios

En cinco años se imparten 23 talleres y se recogen 472 ejercicios, que se distribuyen en: 9 talleres dirigidos a estudiantes con 285 ejercicios (60,4%), 10 a MIR con 135 ejercicios (28,6%), y 4 a médicos generales con 52 ejercicios (11%). La correcta cumplimentación de los indicadores individuales de calidad es superior al 78% en los ejercicios iniciales (tabla 1) y el 52,3% obtienen todos los indicadores correctos en el pretest (figura 1). Casi todos los indicadores presentan mejoras, entre los que destacan la correcta ubicación de la Causa Inicial o Fundamental y la secuencia causal.

La evaluación de la intervención muestra mejoras estadísticamente significativas para los grupos de indicadores de concepto y resultado (tabla 2), excepto en la forma, debido a la caligrafía ilegible y a las abreviaturas-siglas. El resto de indicadores individuales presentan mejoras excepto en la ubicación de enfermedades en Otros Procesos (tabla 3). Se observa una mejora estadísticamente significativa en el indicador de resultado, medido como diferencias de puntuaciones, entre los estudiantes y los médicos, que no se observa al analizar por puntuación final del indicador. En general, el taller es útil para mejorar la calidad en la certificación médica, con mínimos errores atribuibles al taller.

Tabla 1
Porcentajes de correcta certificación en los indicadores de evaluación del aprendizaje. Talleres para mejora de la certificación de las causas de defunción. Región de Murcia, 1992-96.

| Indicador | Ejercicio inicial correcto (%) | Ejercicio final correcto (%) | Mejora* |
|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------|
| Causa inmediata | 89,8 | 98,5 | 8,7 |
| Causa intermedia | 78,2 | 97,7 | 19,5 |
| Causa inicial o fundamental | 83,5 | 97,9 | 14,4 |
| Otros procesos | 91,3 | 94,1 | 2,8 |
| Causa básica de defunción | 78,4 | 97,2 | 18,8 |
| Caligrafía ilegible | 98,1 | 98,5 | 0,4 |
| Secuencia lógica | 97,9 | 99,8 | 1,9 |
| Abreviaturas y/o siglas | 80,9 | 82,6 | 1,7 |
| Omisión de enfermedades | 82,6 | 91,3 | 8,7 |
| Causas no descritas | 88,1 | 97,0 | 8,9 |
| Secuencia causal | 82,0 | 98,7 | 16,7 |

(*) Diferencia de puntos entre los porcentajes.

Figura 1
Porcentajes (e intervalos de confianza al 95%) de correcta certificación en los grupos de indicadores de evaluación del aprendizaje. Talleres para la mejora de la certificación de las causas de defunción. Región de Murcia, 1992-96

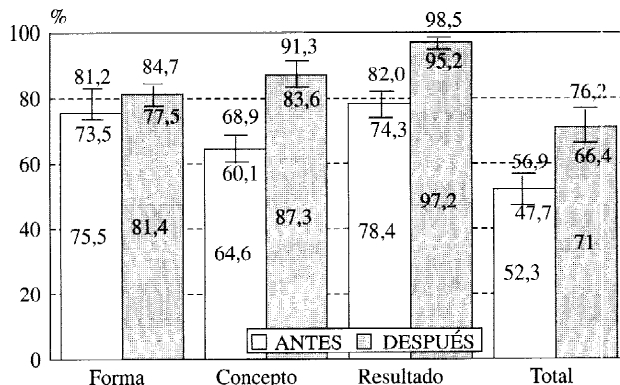


Tabla 2
Modificación de los grupos indicadores de evaluación por el aprendizaje. Talleres para mejora de la certificación de las causas de defunción. Región de Murcia, 1992-96.

| Indicador | Puntuación | | | | p |
|---------------------------------------|----------------------|------|--------------------|------|------|
| | Resultados iniciales | | Resultados finales | | |
| | Media | E.E. | Media | E.E. | |
| Forma | 2,77 | 0,02 | 2,81 | 0,02 | N.S. |
| Concepto | 5,96 | 0,08 | 6,75 | 0,03 | * |
| Resultado (Causa Básica de Defunción) | 0,78 | 0,02 | 0,97 | 0,01 | * |
| Forma + Concepto | 8,72 | 0,08 | 9,56 | 0,04 | * |

E.E. = error estándar.

N.S. = no significativo

p = significación estadística del test de Wilcoxon

* p < 0,005

Máxima puntuación: 3 en Forma, 7 en Concepto, 1 en Resultado (Causa Básica de Defunción), y 10 en Forma + Concepto

Tabla 3

Modificación de los indicadores de evaluación por el aprendizaje. Talleres para mejora de la certificación de las causas de defunción. Región de Murcia, 1992-96.

| Indicador | Antes mal/después bien | Antes bien/después mal | p |
|-----------------------------|------------------------|------------------------|------|
| | N (%) | N (%) | |
| Causa inmediata | 44 (9,3) | 3 (0,6) | ** |
| Causa intermedia | 96 (20,3) | 4 (0,8) | ** |
| Causa inicial o fundamental | 75 (15,9) | 7 (1,5) | ** |
| Otros procesos | 43 (9,1) | 21 (4,5) | N.S. |
| Causa básica de defunción | 97 (20,6) | 8 (1,7) | ** |
| Caligrafía ilegible | 8 (1,7) | 6 (1,3) | N.S. |
| Secuencia lógica | 10 (2,1) | 1 (0,2) | * |
| Abreviaturas y/o siglas | 55 (11,7) | 47 (10,0) | N.S. |
| Omisión de enfermedades | 71 (15,0) | 30 (6,4) | ** |
| Causas no descritas | 46 (9,7) | 4 (0,9) | ** |
| Secuencia causal | 83 (17,6) | 4 (0,9) | ** |

(%) porcentaje sobre el total de pares de ejercicios

p = significación estadística del test de McNemar

* p < 0,01, ** p < 0,001

N.S. = no significativo

Los colectivos participantes difieren poco en los resultados generales. La intervención es más eficaz en los estudiantes (24,6%) en la correcta asignación de la causa básica de defunción que en los médicos (14,4%) (p,02), y en la secuencia lógica en los médicos, aunque no sea estadísticamente significativa (p=0,07).

Evaluación de la satisfacción

Cumplimentan la encuesta 586 personas, el 70,1% son estudiantes de medicina, 19,8% MIR y el 10,1% médicos generales. La proporción de hombres y mujeres es semejante (47,9% y 52,1%, respectivamente), excepto en los médicos titulares, con predominio masculino (84,9%). La mediana de edad se sitúa en 23 años para los estudiantes, 30 años en los MIR y 40 años en los médicos generales. El tiempo de ejercicio de la profesión es, en mediana 3 años, en los MIR, y de 15 años en los médicos titulares. El 31% (23,9% a 38,8%) de los médicos no posee información previa de cómo cumplimentar el BED, aunque una parte (34,2%,

26,8%-42,1%) se acuerda de la facultad. Entre los médicos, los MIR tenían más formación previa que el resto de médicos (40,2% frente a 21,6%), siendo las diferencias estadísticamente significativas. Los médicos certifican una mediana de 4 defunciones al año (3 los MIR y 8,5 los médicos titulares).

El contenido del taller es valorado como muy-adequado/adequado (92,7%, 90,2%-94,6%), sin diferencias entre los asistentes. El número de ejercicios es adecuado (81,4%, 77,9%-84,4%). Dos horas de duración es el tiempo considerado idóneo por la mayoría (74,7%, 71,0%-78,2%). Tres horas es el tiempo idóneo para los que lo consideran breve (3,6%) y 1 hora para los que lo consideran largo (18,6%), sin que existan diferencias estadísticamente significativas según el tipo de asistente. El curso es de mucho/bastante de interés (84,8%, 77,9%-91,4%), sin diferencias entre médicos y estudiantes. Las explicaciones son muy buenas/buenas para el 89,3% (83,8%-95,0%). Existe equilibrio entre teoría y práctica (64,7%, 60,7%-68,6%), con porcentajes similares para el predominio de la práctica (13,1%) y de la

teoría (17,4%). El 81,3% de los médicos y el 80,2% de los estudiantes afirman que el taller da normas de actuación y es útil para certificar correctamente una defunción, independientemente de los conocimientos previos.

DISCUSIÓN

Al ser los ejercicios anónimos, no se pueden enlazar con la correspondiente encuesta de satisfacción, lo que impide valorar la mejora en la cumplimentación del BED en los que tuvieran formación previa. El diseño utilizado mide la eficacia del taller, pero no permite medir la efectividad de la intervención. Se puede evaluar la efectividad de forma indirecta a través de la evolución de las causas mal definidas, de la calidad intrínseca de las causas de muerte^{14 15} y de los indicadores de calidad formal del médico certificador. En la mejora de la calidad influyen las actividades que realizan los registros de mortalidad^{16 17}. Así observamos que las causas mal definidas están disminuyendo en la Región de Murcia. Aunque el fenómeno seguramente viene de antes y teniendo en cuenta que se vienen impartiendo talleres desde 1989, la proporción de causas mal definidas es del 3,82% en el período 1982-88, para bajar al 2,24% en el período 1989-96. A su vez, también mejora la calidad de las causas de muerte poco especificadas —aquellas en las que conocemos el órgano o sistema afectado, pero no existe información suficiente sobre la naturaleza o características genéricas—¹⁵, descendiendo la tasa (ajustada por el método directo a la población mundial) desde 1,11 por 1.000 habitantes en 1989 a 0,70 en el año 1996.

En una encuesta postal dirigida a médicos certificadores de Murcia¹⁶, realizada en el último trimestre de 1985 y primero de 1986, se observó en los 271 médicos que respondieron, una asignación correcta del 82,2% en la Causa Inicial o Fundamental, cifra similar a la actual en los ejercicios iniciales (83,5%), y bastante menor en la Causa In-

termedia (30,0%), y algo menor en la Causa Inmediata (71,0%), y en Otros Procesos (87,0%). No menos interesante fue conocer que el 35,7% de las veces el apartado de causas de defunción era cumplimentado por personas o entidades distintas al médico certificador.

Para valorar el posible impacto del taller en las estadísticas de mortalidad y la recomendación de su continuidad, constatamos que de no impartir los talleres, un 21,6% (ejercicios iniciales incorrectos) de las causas de defunción a incluir en las estadísticas de mortalidad, estaría mal clasificada. Después de impartir los talleres, sólo se asignaría de forma incorrecta la causa de la defunción en un 2,8% de los casos.

Al comparar con otras evaluaciones publicadas en España³⁴⁵⁶, Murcia obtiene siempre mejores calificaciones iniciales en todos los indicadores comunes, excepto en causa básica de defunción que es superada por los resultados iniciales de los estudiantes de medicina de Salamanca (78,4% frente a 90,3%)⁵. En general en Cataluña los conocimientos previos son menores, pero no los resultados finales³. Ello puede deberse a que en esas fechas estuviera menos extendida entre los médicos la importancia de una buena certificación médica. Nuestros indicadores de concepto son consistentes con Cataluña (único centro comparable), excepto en Otros Procesos, en los que no se evidencia mejora significativa, quizás por nuestro elevado porcentaje inicial (91,3%). En calidad formal el taller aumenta los resultados en secuencia lógica y en uso correcto de abreviaturas y/o siglas, al igual que Salamanca y Cataluña. Nuestros resultados son muy similares a Salamanca en la causa básica de defunción, tanto en el conjunto de los asistentes como en los estudiantes (97,2% frente al 97,5% respectivamente). Las buenas calificaciones iniciales de Murcia podrían deberse a un ejercicio (anexo 1) relativamente sencillo de resolver. En el ejercicio se incluye una operación quirúrgica que no implica dificultad, ya que se aplica la Regla General de

codificación, al igual que el supuesto presentado por Cataluña. Si bien las evaluaciones provienen de una metodología en parte común, los ejercicios y su dificultad no tiene porque ser la misma, por lo que los resultados no son estrictamente comparables. En el futuro se deberían elaborar ejercicios de distinta complejidad que evalúen las reglas de selección y modificación de la causa básica de defunción y su resolución^{7 18}.

Facilitaría la correcta certificación: la propuesta unificación del certificado médico oficial con el BED; la creación del certificado de defunción perinatal, y su equiparación al formato internacional^{7 8 19 20}; la cumplimentación del MNP52 en fase concluyente del procedimiento judicial de instrucción; la formación de los médicos forenses en las reglas de cumplimentación del BED —porque en determinados casos la certificación judicial puede no suponer una evidente mejora²¹—; y la generalización de los talleres en la licenciatura de medicina, en el MIR, y en la formación continuada del médico²². Además convendría analizar el impacto de la generalización de los talleres sobre el conjunto de las estadísticas de mortalidad.

Desde 1996, todas las CCAA han suscrito el mismo convenio con el Instituto Nacional de Estadística para la codificación de las causas de defunción. Sería el momento oportuno para generalizar los programas de mejora de

la calidad a todas las CCAA. Creemos recomendable que las estadísticas anuales de mortalidad por causas, publiquen indicadores de calidad (formal y de causas poco especificadas), como realizan otros sistemas de información en salud²³.

En resumen, en la Región de Murcia las buenas calificaciones de los estudiantes y los médicos en los ejercicios iniciales son superadas tras la intervención educativa del taller, excepto para el grupo de indicadores de forma. El curso es percibido por los asistentes como de interés, equilibrado, adecuado en contenido, bien impartido y de utilidad.

AGRADECIMIENTOS

A Elvira Ramos y a Pedro Saturno, de la unidad docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de la facultad de Medicina de la Universidad de Murcia; a Francesc Molina de la unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia, por facilitarnos poder impartir los talleres a sus alumnos. A Enrique González y a Belén Fernández Delgado del registro de mortalidad de Murcia por sus tareas docentes. A Domingo Pérez Flores de la unidad docente de Bioestadística de la facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, por sus indicaciones y sugerencias en el análisis estadístico. Y a los revisores anónimos del manuscrito original.

ANEXO 1

Ejercicio de evaluación a cumplimentar al inicio y al final del taller, con su solución

Podría certificar las causas de la defunción del siguiente supuesto:

«Hombre de 63 años, con úlcera duodenal crónica, que fallece de peritonitis a los pocos días de la intervención quirúrgica por perforación duodenal. Historia previa de carcinoma bronquial»

| |
|--|
| I. Causa inmediata <i>peritonitis</i> |
| II. Causas antecedentes |
| a) Intermedia <i>perforación duodenal</i> |
| b) Inicial o fundamental <i>úlcera duodenal crónica</i> |
| III. Otros procesos <i>carcinoma bronquial</i> |

ANEXO 2

**Criterios de calidad y su puntuación para evaluar los ejercicios de certificación.
Talleres para mejora de la certificación de las causas de defunción. Región de Murcia,
1992-96.**

| <i>Indicador de grupo</i> | <i>Indicador individual</i> | <i>Puntuación</i> | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| | | <i>Correcto</i> | <i>Incorrecto</i> |
| Forma | Caligrafía ilegible | 1 | 0 |
| | Secuencia lógica | 1 | 0 |
| | Abreviaturas y/o siglas | 1 | 0 |
| Concepto | Causa inmediata | 1 | 0 |
| | Causa intermedia | 1 | 0 |
| | Causa inicial o fundamental | 1 | 0 |
| | Otros procesos | 1 | 0 |
| | Secuencia causal | 1 | 0 |
| | Causas no descritas | 1 | 0 |
| | Omisión de enfermedades | 1 | 0 |
| Resultado | Causa básica de defunción | 1 | 0 |

ANEXO 3

Encuesta de Satisfacción

Marcar con un círculo la respuesta escogida

Fecha de nacimiento: /..... /..... (día) (mes) (año)

Sexo: Hombre (H), Mujer (M)

A cumplimentar sólo por médicos

1. Años de ejercicio de la medicina:

2. ¿Dónde ha cursado los estudios de medicina?

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| 1. Universidad de Murcia | 2. Otra Universidad española |
| 3. Universidad extranjera | |

3. ¿Dónde ha realizado la especialidad/máster?

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Región de Murcia | 2. Otra Comunidad Autónoma |
| 3. En el extranjero | 4. Otros |
| 5. No la he realizado | |

4. La información de como cumplimentar los Certificados de Defunción, la obtuvo en:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Estudios de Licenciatura | 2. Diplomado en Sanidad |
| 3. Cursos y Seminarios | 4. No he recibido información |
| 5. Otros | |

5. ¿Cuál es la cantidad aproximada de Certificados de Defunción que realiza al año? /_/_/

A cumplimentar por médicos y estudiantes de medicina

6. El contenido del taller es:

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1. Muy adecuado | 2. Adecuado |
| 3. Inadecuado | 4. Muy inadecuado |
| 5. No lo sé | |

7. Cree que el número de ejercicios es:

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. Excesivo | 2. Suficiente |
| 3. Insuficiente | 4. Muy insuficiente |
| 5. No lo sé | |

8. La duración le ha parecido:

- | | |
|-------------|-------------|
| 1. Excesiva | 2. Corta |
| 3. Adecuada | 4. No lo sé |

9. Responder sólo los que hayan contestado «Excesiva» o «Corta» en la duración del taller

en la pregunta anterior. **¿Cuánto tiempo se tendría que dedicar?** / minutos

10. ¿Le ha interesado, en general, el taller?

- | | |
|----------|-------------|
| 1. Mucho | 2. Bastante |
| 3. Poco | 4. Nada |

11. Las explicaciones son:

- | | |
|---------------|------------|
| 1. Excelentes | 2. Buenas |
| 3. Malas | 4. Pésimas |

12. ¿Considera que predomina la teoría sobre la práctica, o viceversa?

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1. Predominio de la práctica | 2. Predominio de la teoría |
| 3. Equilibrado | 4. No lo sé |

A cumplimentar sólo por médicos

13. ¿El taller da normas de actuación sobre la Certificación de la Defunción que no conociese?

- | | | |
|-------|-------|----------|
| 1. Sí | 2. No | 3. No sé |
|-------|-------|----------|

A cumplimentar sólo por estudiantes de medicina

14. ¿El taller le ha servido para saber cumplimentar el Boletín Estadístico de Defunción?

- | | | |
|-------|-------|----------|
| 1. Sí | 2. No | 3. No sé |
|-------|-------|----------|

15. Destaque tres características positivas

16. Destaque tres características negativas

BIBLIOGRAFÍA

1. Benavides FG, Segura A, Godoy C. Estadísticas de mortalidad en España: pequeños problemas, grandes perspectivas. *Rev Salud Pública* 1991; 2:43-66.
2. Gispert R, Segura A, Domènech J, Salas T, Preocupet A, Arnau J. Validació de la notificació de les causes de defunció mitjançant una enquesta telefònica. *Gac Sanit* 1987; 1:58-62.
3. Gispert R, Arnau JM, Segura A, Preocupet A, Domènech J. La eficacia de un seminario informativo sobre la certificación de las causas de defunción. *Gac Sanit* 1988; 2:185-9.
4. Sáenz-González MC y Mirón-Canelo JA. Calidad formal de las estadísticas de mortalidad en Salamanca y provincia. *Med Clin* 1993; 101:397-8.
5. Mirón-Canelo JA y Sáenz-González MC. Eficacia de un seminario informativo en la certificación de causas de muerte. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69:227-32.
6. Ruiz-Ramos M y Cortés-Majo M. Evaluación de los seminarios sobre criterios internacionales de la certificación médica de las causas de defunción. *Aten Primaria* 1996; 18:102-4.
7. Organización Panamericana de la Salud. Manual de la Clasificación estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Novena revisión. Lista tabular. I Vol. Washington DC, USA: OPS; 1978. p. 751-802.
8. Organización Mundial de la Salud. Certificación médica de las causas de defunción. Ginebra, Suiza: OMS; 1980.
9. Cirera LI, Martínez C, Contreras J. Seminario para la mejora de la calidad en la cumplimentación del boletín estadístico de defunción. Murcia: Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Política Social; 1995.
10. Cirera LI, Martínez C, Contreras J. Manual de procedimiento del registro de mortalidad. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social y Consejería de Economía y Hacienda; julio de 1997 (mimeo). p. 50-2.
11. Benavides FG, Godoy C, Pérez S, Bolumar F. Codificación múltiple de las causas de muerte: de morir «por» a morir «con». *Gac Sanit* 1992; 6:53-7.
12. Dean AG et al. EPIINFO, versión 6.04 en español: epidemiología para ordenadores. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1996.
13. Morusis MJ. Distribution free or Nonparametric Test. En: SPSS™ for Windows. Base System User's Guide. Chicago, USA: SPSS Inc; 1993. p. 213.
14. Segura A. La qualitat de les estadístiques de mortalitat [Tesis doctoral]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 1986.
15. Regidor E, Rodríguez C, Ronda E. La calidad de la causa básica de muerte del Boletín Estadístico de Defunción. *Gac Sanit*, 1993; 7:12-20.
16. Anónimo. La calidad de la certificación de las causas de muerte a través de una encuesta postal. *Bol Epidemiol Murcia* 1987; 9:11-6.
17. Cirera LI, Cruz O. Estadísticas básicas de mortalidad por causas en la Región de Murcia en 1995. Murcia: Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Política Social y Consejería de Economía y Hacienda; 1997. p. 19.
18. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión. (CIE-10) Manual de instrucciones. Vol. 2. Washington DC, USA: OPS; 1996. p. 29-96.
19. Gil E, Severiano S, Martín P. Propuesta de unificación de los impresos de mortalidad. Creación de nuevos certificados. En: Aplicaciones sanitarias de las estadísticas vitales. Madrid: Sociedad Española de Epidemiología; 1985. p. 95-116.
20. Plasència A. Las estadísticas de mortalidad perinatal en España: ¿Hay que tirar la toalla? [editorial]. *Gac Sanit* 1990; 4:91.
21. Jordan JM, Bass JB. Errors in death certificate completion in a teaching hospital. *Clin Invest Med* 1993; 16:249-55.
22. Messite J, Stellman SD. Accuracy of Death Certificate Completion. The Need for Formalized Physician Training. *JAMA* 1996; 275:794-6.
23. Muir C, Waterhouse J, Marck T, Powell J, Whelan S (Eds). Cancer Incidence in five Continents. Volume VI. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1992. p. 45-173.