

Universidad de Salamanca.

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia.

Departamento de Enfermería



Diagnóstico de Salud

Juana Robledo Martín

Salamanca 1998



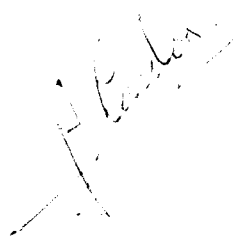
Dr. D. Antonio Cardoso Muñoz, Profesor Asociado.
Escuela de Enfermería y Fisioterapia. Universidad
de Salamanca.

Dña. Pilar Gonzalo Martín, Profesora Titular de
Fundamentos de Enfermería Escuela de Enfermería
y Fisioterapia. Universidad de Salamanca.

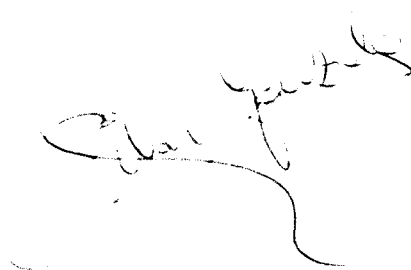
CERTIFICAN:

Que el presente Trabajo de Grado, Titulado "**Diagnóstico de Salud**",
presentado por Dña. Juana Robledo Martín para optar al Grado de Salamanca,
ha sido realizado bajo nuestra dirección en el Departamento de Enfermería de
la Escuela de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca. Y que
en la última revisión del trabajo, éste es perfectamente apto para su presenta-
ción y defensa ante un tribunal.

Y, para que así conste y obre los efectos oportunos, expiden el presente
certificado en Salamanca a 1 de Julio de 1998.



Fdo. Prof. Antonio Cardoso Muñoz



Fdo. Profª Pilar Gonzalo Martín

A mi marido y mis hijos
por su apoyo incondicional



"NO BASTA ADQUIRIR SABIDURÍA,
ES PRECISO ADEMÁS SABER USARLA"

CICERÓN

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar, en primer lugar, mi más sincero agradecimiento a los Directores de este Trabajo de Grado Dr. D. Antonio Cardoso Muñoz, Profesor asociado a tiempo completo de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca, y D^a Pilar Gonzalo Martín, Profesora titular de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca, por su incansable ayuda y su apoyo.

Al Prof. Dr. D. José Ignacio Calvo Arenillas, Director de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca por su interés en mi trabajo y sus sabios consejos.

A D^a Lucía Mazarrasa Alvear, Profesora de la Escuela Nacional de Sanidad y amiga personal, por su permanente disposición siempre que he necesitado su ayuda.

Al Dr. D. José Carlos Núñez Mateos, Técnico de Salud Pública del Área de Avila, por su colaboración en la elaboración de la Guía.

A la Dirección de Atención Primaria del INSALUD, por facilitarme amablemente toda la información que le ha sido solicitada.

Al grupo de expertos formado por Miguel Ángel Ripoll (Médico de Atención Primaria), José Luis Germain de Miguel (Médico de Sanidad Nacional), M^a Longina Herráez Mancebo (Enfermera de Atención Primaria), M^a Jesús Rincón González (Trabajadora Social), Eduardo Hernández González (Médico de Atención Primaria), por sus valiosas aportaciones en los sucesivos borradores de la Guía

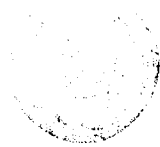
Al E.A.P. de S. Pedro del Arroyo (Eduardo Aguilera, Carolina Díez, Carmen Vázquez, Juana López, Concepción Álvarez, M^a Cruz González, Esther González, José Antonio Díaz, Alicia González, Juan José Nieto, Fouad Alí Darwiche, José Ignacio Valbuena, Irene Sánchez, Fernando Moral, Alejandro Galán, Pedro Mesonero, Luis Miguel Ramón, Guillermo Fernández) por la validación de la Guía presentada.



ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS

PRÓLOGO	1
INTRODUCCIÓN	2
I.- Marco Teórico	6
OBJETIVOS	11
MATERIAL Y MÉTODOS	12
I.- Guía para la elaboración del diagnóstico de salud	12
II.- Utilización del diagnóstico de salud	15
1.- Tipo de diseño	15
2.- Población objeto de estudio	15
3.- Variables	16
4.- Recogida de datos	16
5.- Análisis de datos	17
RESULTADOS	18
I.- Guía para la elaboración del diagnóstico de salud	18
II.- Utilización del diagnóstico de salud	27
1.- Resultados en la zona urbana	27
2.- Resultados en la zona rural	29
3.- Resumen del diagnóstico de salud	31
ANEXO 1	
Entrevista semiestructurada a miembros de los Equipos de Atención Primaria	35
ANEXO 2	
Guía para la elaboración del diagnóstico de salud	37
CONCLUSIONES	139
BIBLIOGRAFÍA	140



LISTA DE ABREVIATURAS

E.A.P.	.....	Equipo de Atención Primaria
R.D.	.....	Real Decreto
O.M.S.	.....	Organización Mundial de la Salud
A.P.S.	.....	Atención Primaria de Salud
INSALUD	.....	Instituto Nacional de la Salud
Z.B.S.	.....	Zona Básica de Salud
E.D.O.	.....	Enfermedades de Declaración Obligatoria
E.S.O.	.....	Educación Secundaria Obligatoria
CIE-9	.....	Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión
E.V.A.	.....	Escala de Valoración de la Autonomía para el Autocuidado
I.N.E.	.....	Instituto Nacional de Estadística
P.A.C.	.....	Punto de Atención Continuada

PRÓLOGO

A partir del Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud (R.D. 137/84) y más concretamente de la Ley General de Sanidad, se produce en España un cambio en la forma de abordar los problemas de salud en el primer nivel asistencial adaptándose a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) y potenciando por tanto la Atención Primaria de Salud (A.P.S.). La filosofía de la A.P.S. conlleva un cambio en la forma de trabajar basándose en una atención integral e integrada que parte de las necesidades de salud de la comunidad, con la plena participación de esta, tanto en la planificación como en la gestión de las actividades, y con la actuación de un equipo multidisciplinario para solucionar los diferentes problemas de salud detectados.

Es por ello que el trabajo de los Equipos de Atención Primaria (E.A.P.), debe siempre basarse en las necesidades de salud de la población a la que atienden (Cortina, 1983):

"¿cómo abordar el conocimiento de nuestra comunidad para llegar a conocer cuales son sus problemas de salud?"

Si la finalidad de todo el proceso es intervenir, esta primera fase debe ser operativa, práctica y suficiente para destacar los problemas comunitarios más importantes.

Sin embargo, es un hecho observable que el trabajo de los E.A.P. no siempre se basa en las necesidades de salud de la población a la que atienden, aún cuando tengan realizado el diagnóstico de salud de esa comunidad. Es también evidente que la propia elaboración del diagnóstico es en sí dificultosa para los equipos y muchos acaban viendo dicha elaboración como un fin en sí mismo.

Por lo que nos planteamos dos problemas a abordar:

1.- Facilitar a los equipos la elaboración del diagnóstico de salud.

2.- Describir como se utiliza dicho diagnóstico.

Para abordar el primer punto hemos realizado una guía que facilite a los equipos la elaboración del diagnóstico; para el segundo hemos investigado como se está utilizando.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de salud de la comunidad aparece formulado como tal en la literatura científica desde los años 50, sin embargo algunos autores más recientemente, han definido el espectro que abarca y han conceptualizado su significado (Kark,1981; Antó y Company,1984) definiendo el diagnóstico de salud de la comunidad como "el proceso de recogida de datos y su posterior elaboración en información, que nos permita conocer cuales son las necesidades de salud de la población que los servicios sanitarios deben atender, así como su evolución a lo largo del tiempo; además debe permitir una discriminación de los problemas y necesidades de salud según su importancia y, en consecuencia, el establecimiento de prioridades".

En la práctica tenemos tres procedimientos distintos de abordaje de un diagnóstico de salud(Arcos et al.,1987):

- Uno de ellos consiste en medir los estados de salud individuales a fin de establecer el grado de salud "percibida" y luego considerar esta información agrupada para elaborar las conclusiones sobre el grupo. Se ha llamado a este sistema la "forma directa" de medir el nivel de salud de una colectividad. A esta primera forma pertenecen los sistemas conocidos como encuestas de salud.

- Una segunda vía metodológica consiste en recoger información relativa a variables que, sin medir directamente las condiciones de salud, valoran el resultado de la pérdida de salud. Los dos ejemplos más conocidos son la morbilidad y la mortalidad que siendo propiamente indicadores de "enfermedad", se usan extensivamente como indicadores del nivel de salud. Este sistema basado, por tanto, en la elaboración de indicadores indirectos es lo que podría denominarse "forma indirecta" de medir el nivel de salud.

- El tercer y último procedimiento es un sistema mixto donde la información de base la constituyen los indicadores estándar. A partir de ella se realiza una encuesta selectiva sobre una muestra representativa de la población para tratar de hallar los datos que complementen el diagnóstico.

La elaboración de un diagnóstico de salud comporta el seguimiento secuencial de, al menos, estos cinco pasos (Ministerio de Sanidad y Consumo,1985):

- 1.- Descripción de la situación de salud.
- 2.- Explicación de la situación de salud (análisis e interpretación, identificación de problemas).
- 3.- Pronóstico de la situación de salud.
- 4.- Jerarquización de las necesidades para el establecimiento de prioridades.
- 5.- Preparación de un plan de acción.

Desde el punto de vista de los instrumentos a utilizar en la realización de un diagnóstico de salud, parece generalizado el diseño y elaboración de unos parámetros que, de forma "directa" o "indirecta", midan el nivel de salud. A estos se les conoce como "indicadores del nivel de salud" (Arcos et al., 1987).

¿Qué es un indicador de salud?

Cualquier medida, total o parcial, del estado de salud individual o comunitario puede calificarse así, y dicho de un modo más riguroso, un indicador de salud es toda variable aleatoria asociada a cualquier acontecimiento relevante en nuestra representación del fenómeno salud (Andrés y Segura, 1985).

No obstante la dificultad para conceptualizar la salud es tal vez la mayor restricción para el desarrollo y utilización de los indicadores. La finalidad principal de los indicadores de salud es el conocimiento de los problemas de salud (Godoy, 1983).

Debemos a Berg (1973) la distinción entre indicador e índice; los primeros se refieren a medidas simples y específicas, como la tasa de mortalidad infantil, mientras los segundos han de utilizarse para expresar medidas que combinan diversos indicadores.

Es evidente que el establecimiento de un indicador no es un fin en si mismo, el indicador es solamente medio de transporte de informaciones, portador de un mensaje a descifrar o interpretar (Baylet, 1979).

El comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud ha considerado como adecuado aquel indicador que reúna las siguientes características (O.M.S., 1971):

- Facilidad de obtención.
- Representatividad.
- Estabilidad a lo largo del tiempo.
- Universalidad.
- Sencillez de cálculo y bajo coste.
- Aceptación y empleo generalizado.
- Identidad de los resultados.

- Carácter específico en relación al objeto de medida.
- Sensibilidad.
- Validez, es decir, la propiedad de medir la variable que nos interesa y no otra.

En 1986 el Instituto Nacional de la Salud publicó una Guía para la recogida de información, del diagnóstico de la situación de salud, en el Área Sanitaria (INSALUD, 1986) cuyos objetivos eran:

- Fundamentar científicamente las decisiones en materia de planificación de servicios.
- Ofrecer un cuadro objetivo de la situación a corregir mediante la programación.
- Constituir una base para establecer prioridades en la programación de la atención.
- Facilitar la estructuración del sistema informativo de salud (sistema de vigilancia epidemiológica).
- Servir de base para el sistema de evaluación y toma de decisiones en los procesos de gestión de los servicios.
- Informar a la población sobre la situación de salud colectiva.

En ella se recogen indicadores sobre:

- Nivel de salud:
 - mortalidad
 - morbilidad
 - población
- Factores condicionantes:
 - nutrición y alimentación
 - crecimiento y desarrollo
 - vivienda y urbanismo
 - trabajo

- nivel de ingresos
- cultura y educación
- bienestar social y mental
- medio ambiente
- políticas de salud

En cada indicador la mencionada guía especifica:

- si es prioritario o no
- la descripción de la medida
- el indicador
- un espacio para el cálculo
- posibles fuentes de obtención

Después de una detallada revisión bibliográfica, la guía anteriormente mencionada fue el único antecedente de este tipo encontrado. Ello unido a la utilidad constatada por los equipos que habían realizado su diagnóstico de salud que consideraban que la existencia de una guía adaptada a sus características les habría facilitado enormemente la elaboración de dicho diagnóstico, fueron los motivos que nos impulsaron a optar por la creación de una guía para elaborar el diagnóstico de salud, como medio para facilitar a los equipos la elaboración de dicho diagnóstico.

I.- Marco Teórico

El gran incremento que han sufrido los costes de atención sanitaria, en relación a la sofisticación del sistema (sin que paralelamente se hayan producido cambios importantes en el nivel de salud de la población), junto a la constatación, favorecida por la crisis económica de 1973, de la limitación de los recursos, han producido un cambio general de planteamiento en la estrategia de organización de los servicios, plasmada y reconocida oficialmente en la conferencia patrocinada conjuntamente por la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia que tuvo lugar en Alma-Ata (URSS) en septiembre de 1978, donde se establece la necesidad de proceder a una reordenación racional de los recursos como única vía para conseguir la meta de "Salud para todos en el año 2000" (O.M.S., 1978; O.M.S., 1981) .

Esta reordenación se basa en **la potenciación de la atención sanitaria del primer nivel** (Atención Primaria de Salud), donde deben resolverse el 80% de las demandas sanitarias de la población y que se define como "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en cada una de sus etapas de desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud en el lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (O.M.S., 1978).

En Europa las recomendaciones se adaptaron y expresaron en 38 objetivos (O.M.S., 1986) entre los que cabe mencionar:

Objetivo 26:

"De aquí a 1990, todos los Estados Miembros deberán tener establecido, gracias a una colaboración efectiva de la colectividad, **sistemas basados en Atención Primaria**, apoyados por otras atenciones secundarias y terciarias, de conformidad con los principios establecidos en la conferencia de Alma-Ata."

Objetivo 27:

"De aquí a 1990, en todos los Estados Miembros, las infraestructuras de los sistemas de prestación de servicios sanitarios deberán organizarse de manera que **los recursos sean distribuidos según las necesidades** y que los servicios sean física y económicamente accesibles y culturalmente aceptables para todas las personas."

Objetivo 28:

"De aquí a 1990, el sistema de Atención Primaria de todos los Estados Miembros debería garantizar una extensa gama de **servicios de promoción de la salud; de cuidados curativos, de rehabilitación y de apoyo con el fin de responder a las necesidades sanitarias esenciales de las poblaciones,** referidas especialmente a los individuos y a los grupos con un alto riesgo, vulnerables y con malos servicios."

Objetivo 29:

"De aquí a 1990, en todos los Estados Miembros los sistemas de Atención Primaria deberán fundamentarse en **la cooperación y el trabajo en equipo del personal de Atención Primaria, individuos, familia y grupos de colectividad.**"

España optó por la reforma de la asistencia sanitaria propugnada por la O.M.S. potenciando la Atención Primaria de Salud (Elola, 1991).

El concepto de Atención Primaria conlleva un cambio de filosofía que puede resumirse en los siguientes apartados (O.M.S., 1978):

- La atención sobre la comunidad y el entorno frente a la individual sobre el enfermo aislado, considerando al individuo y a la colectividad como elementos interrelacionados expuestos a los factores sociales y ambientales del medio donde se desenvuelven.

- La atención debe ser integral, reuniendo actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud con el fin de responder a las necesidades sanitarias de la comunidad.

- Las actuaciones deben estar basadas en las necesidades de salud de la población.

- La plena participación de la comunidad en la planificación y gestión de los servicios de salud.

- La atención ofrecida no requiere la utilización de tecnologías sofisticadas, pero exige una descentralización de los recursos que promuevan una mayor accesibilidad y reparto equitativo de los mismos.

- El cambio de la atención aislada y mantenida casi en exclusiva por el médico, por la actuación de un equipo multidisciplinar, en el que cabe destacar el papel asignado al profesional de enfermería, la inclusión de la formación continuada y la investigación como actividades fundamentales a desarrollar por el equipo.

- La Atención Primaria debe estar integrada en el conjunto del sistema sanitario, planteado así como una red escalonada y progresiva donde a cada ámbito establecido le corresponde un nivel determinado de recursos y se le asigna unas funciones concretas.

De la filosofía de la Atención Primaria se desprende que el trabajo de los Equipos de Atención Primaria debe realizarse en base a las necesidades de salud de la población a la que atienden y con la participación de ella, para lo cual es necesario realizar el diagnóstico de salud de esa comunidad (INSALUD, 1991).

Partimos de la base que el desarrollo de un Centro de Salud se debe hacer por etapas sucesivas, siguiendo una estrategia de avance, que según el Profesor Alfonso González Dagnino (1991) son básicamente dos etapas:

1. La organización interna del centro, en la que seguimos haciendo una actividad únicamente curativa y que consta de las siguientes subetapas:

A. Identificación y solución del problema "estratégico" del centro, aquel cuya solución dejaría algo de tiempo libre y por tanto permitiría acometer las tareas que diferencian un centro de salud de un ambulatorio (masificación de las consultas, dispersión territorial, excesiva desigualdad de cupos, etc.).

B. Trabajar con protocolos.

C. Médicos y enfermeras tienen consulta programada.

D. Existe sistema de registro, archivo e historia clínica generalizada

2. La de organizar la Atención Primaria de Salud, siendo esta segunda etapa la que marca la salida del Centro de Salud a la comunidad, el paso del caso individual al problema de salud comunitario y teniendo en cuenta que consta de las siguientes subetapas de forma sucesiva:

A. Elaboración del diagnóstico de salud, para identificar los problemas de salud existentes.

B. La programación de salud, para concentrar nuestros recursos en la solución de los problemas de salud más importantes.

C. El trabajo con la comunidad.

D. La formación del Consejo Local de Salud.

E. La necesidad de investigar.

Es evidente la diferencia que existe entre las dos etapas arriba señaladas. Hay que resaltar que la segunda etapa comienza con la elaboración **del diagnóstico de salud** de esa comunidad, dicho diagnóstico debe identificar los problemas en su génesis para posteriormente ver la manera de solucionarlos, para ello debe basarse en **la teoría social de la enfermedad** que toma como categoría central la reproducción social (Martines).

Dicha teoría explica la enfermedad como la respuesta biológica a la agresión ambiental configurada históricamente por el modo de producción, por lo tanto la enfermedad se genera según la forma en que se organiza la reproducción social. No siendo el concepto de salud enfermedad colectiva reducible al fenómeno biológico individual aunque es la expresión concreta del mismo.

El proceso de enfermar es necesario caracterizarlo mediante el estudio de las estructuras sociales, los principales riesgos que de ellas se derivan, y del patrón epidemiológico característico de la propia comunidad.

Basándonos en esta teoría, la metodología empleada está en función del nivel de conocimiento de la realidad en que nos encontremos (Castellanos, 1987):

- Nivel de las apariencias o lo singular: definimos la enfermedad como riesgo o manifestaciones. En este nivel se obtendrá el perfil epidemiológico (morbilidad, mortalidad, invalidez, etc.) y el perfil comunitario (variables demográficas, sociales, económicas, etc.)

- Nivel de los fenómenos o de lo particular: pretendemos conocer qué reproducción social domina en esa comunidad, para ello debemos estudiar las estructuras de enfermar con sus correspondientes elementos:

1- Proceso de urbanización, tiene como principales elementos:

- Suelo
- Vivienda
- Infraestructura
- Gestión

2- Proceso de trabajo, tiene como principales elementos:

- Organización del trabajo (relación entre materia prima - medio de producción - trabajador).
- Características de la empresa (taller - fábrica - empresa).
- Papel del trabajo en la sociedad (trabajo - sociedad - estado).

3- Proceso de socialización del conocimiento que tiene como elementos:

- La familia
- El estado

4- Consumo

- Nivel de las esencias o de lo general es el ámbito de las políticas y planes de salud; el abordaje de los problemas de salud-enfermedad a este nivel permite identificar las relaciones entre ellos y los modelos económicos, los cambios históricos, el impacto de grandes catástrofes, etc.

OBJETIVOS

Los objetivos de esta investigación son dos:

1.- Realizar una guía para la elaboración del diagnóstico de salud.

2.- Describir como se utiliza el diagnóstico de salud en el Área de Salud de Ávila.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo consta de dos objetivos relacionados entre sí pero abordables de forma individual. A partir de este apartado vamos a separar ambos objetivos y tratarlos individualmente.

I.- Guía para la elaboración del diagnóstico de salud

El tipo de diseño es un estudio documental validado por un grupo de expertos y por un Equipo de Atención Primaria que lo utilizó para realizar el diagnóstico de salud de su zona.

Partiendo de la revisión bibliográfica realizada se decidió hacer una guía cuyo objetivo era facilitar a los equipos la elaboración del diagnóstico de salud de su comunidad y que tuviese las siguientes características:

- Formato que facilitase a los equipos manejarla.
- Indicadores asequibles y homogéneos para todos los equipos.
- Indicaciones lo más explícitas posibles.

Se elaboró un borrador donde se recogían:

- Indicadores:
 - del nivel de salud-enfermedad.
 - de factores que generan o condicionan dicho nivel.

- Aspectos o datos que se consideraban importantes señalar así como espacios para comentarios que el E.A.P. pudiera considerar oportuno especificar.

- Encuestas con el fin de obtener determinada información (alimentación, morbilidad percibida, nivel de autonomía funcional, etc.) que no era posible conseguir de otra forma.

En cada indicador se especificaba:

- Qué se recoge
- La fuente donde se recoge
- Datos de comparación (siempre que sea posible).

Una vez elaborado el borrador, se entregó a un grupo de expertos convocándoles a todos a una primera entrevista en grupo, a los quince días de haberlo recibido, con el fin de consensuar las modificaciones que considerasen oportuno realizar, como forma de validar la guía. En la primera reunión no dio tiempo a revisar todo el borrador y se convocó una segunda a la semana del primer encuentro. Las entrevistas tuvieron una duración de dos horas y media cada una.

El grupo de expertos estaba en un principio constituido por nueve personas de las cuales dos no asistieron a ninguna de las entrevistas, asistió únicamente a la primera (un profesor de Salud Pública) y otro asistió a la segunda (un residente de medicina de familia) por lo que cinco personas que asistieron a las dos (dos enfermeras, dos médicos y un trabajador social). Para pertenecer al grupo de expertos debían cumplir alguno de los siguientes requisitos:

- Llevar más de tres años trabajando en Atención Primaria y haber participado en la elaboración de algún diagnóstico de salud
- Tener formación en Salud Comunitaria.

Posteriormente la guía, con las modificaciones realizadas por el grupo de expertos, fue utilizada por el Equipo de Atención Primaria de Pedro del Arroyo (Ávila) para realizar el diagnóstico de salud de su zona, con el objetivo de validarla de forma práctica.

Las fuentes utilizadas para obtener los datos fueron muy diversas pudiéndose clasificar en:

- primarias
- secundarias

Dentro de las **primarias** se encontraban:

- Nomenclador de la provincia de Ávila. Censo de Población 1991.
- Padrón Municipal de habitantes de 1996.
- Hoja de rectificación padronal.
- Censo de ganado y Censo canino.
- Censo de viviendas de 1991.
- Censo de población de 1991.
- Libro de registro civil de defunciones.
- Programa de salud escolar.
- Libro de urgencias.
- Reglamento de régimen interno del Equipo.
- Registros del Equipo.
- Veterinario oficial de Salud Pública.
- Farmacéutico titular.
- Ayuntamiento.
- E.A.P.

Dentro de las fuentes **secundarias** estaban:

- Dirección de Atención Primaria, Unidad de Apoyo Técnico.
- Junta de Castilla y León, Servicio Territorial de Bienestar Social.

II.- Utilización del diagnóstico de salud

1.- Tipo de diseño

Es un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo.

2.- Población objeto de estudio

Teniendo en cuenta la estrategia de desarrollo de los Centros de Salud, reflejada en el marco teórico, la población objeto de este estudio han sido los Equipos de Atención Primaria del Área de Salud de Ávila que se encontraban en la segunda etapa de desarrollo (en la etapa de organizar la Atención Primaria de Salud) y tenían elaborado el diagnóstico de salud.

Se encuentran en esta etapa cuando han superado la primera, la organización interna del centro, es decir (González):

- Han identificado y solucionado el problema "estratégico" del centro, aquel cuya solución dejaría algo de tiempo libre y por tanto permitiría acometer las tareas que diferencian un Centro de Salud de un ambulatorio (masificación de consultas, dispersión territorial, excesiva desigualdad de cupos, etc.).

- Trabajan con protocolos.

- Los médicos y enfermeras tienen consulta programada.

- Existe sistema de registro, archivo e historia clínica generalizada.

La provincia de Ávila corresponde a un Área de Salud, dividido en 21 Zonas Básicas de Salud, de las que tres son urbanas y el resto rurales, estando formada por 21 E.A.P.

De estos 21 E.A.P. seis tenían elaborado el diagnóstico de salud, encontrándose los seis en la segunda etapa de desarrollo.

Estos seis equipos (tres urbanos y tres rurales) constituyeron la población que, debido a su tamaño, no se necesitó tomar una muestra, siendo estudiada en su totalidad.

3.- Variables

Se consideró que el diagnóstico de salud podía ser utilizado para (Sánchez y Aparicio, 1992):

1.- Elaborar los programas de salud en base a las necesidades de salud de la comunidad.

2.- Ofrecer a la población documentación y conocimientos sobre los problemas de salud de la comunidad (socialización del conocimiento).

3.- Elaborar conjuntamente con la comunidad planes de actuación concretos y factibles para abordar los diferentes problemas de salud.

4.- Establecer líneas de coordinación (servicios sociales, educación, cultura, etc.) para abordar las necesidades de salud de la comunidad.

5.- Aportar líneas de investigación para profundizar en determinados problemas detectados.

6.- Seguimiento y evaluación periódica de los resultados conseguidos.

La utilización del diagnóstico de salud se clasificó mediante una escala correspondiente al nivel ordinario en:

Muy adecuada: Cuando se empleaba para todos los items indicados.

Adecuada: Cuando se empleaba para 4 o 5 items.

Suficientemente adecuada: Cuando se empleaba para 3 items.

Poco adecuada: Cuando se empleaba para 1 o 2 items.

Inadecuada: No se empleaba para ningún ítem de los señalados.

4.- Recogida de datos

Se realizó mediante:

1. Entrevistas semiestructuradas con los Técnicos de Salud del Área para obtener datos relativos a los Equipos que habían realizado el diagnóstico de salud así como a su etapa de desarrollo.

2. Revisión de los resúmenes de actividades mensuales de los E.A.P. en los que se recogían entre otros datos de interés:

- Número de médicos y enfermeras que tienen consulta programada.
 - Presión asistencial media (tanto de médicos como de enfermeras)
 - El porcentaje de cada tipo de consulta, etc.,
- con el objetivo de obtener datos relativos a su etapa de desarrollo.

3. Entrevistas semiestructuradas (ver Anexo 1)a:

- Coordinadores de los Equipos.
- Responsables del diagnóstico de salud.
- Otros miembros del Equipo.

Recabándose información sobre su etapa de desarrollo y la utilización que realizaban del diagnóstico de salud.

4. Revisión del diagnóstico de salud de los E.A.P. como forma de validar parte de la información obtenida.

5.- Análisis de datos

Según los resultados obtenidos se realizó la clasificación, resumen y representación de los datos.

RESULTADOS

I.- Guía para la elaboración del diagnóstico de salud

Del proceso descrito en material y métodos se ha obtenido una guía para la elaboración del diagnóstico de salud (Ver Anexo 2) cuyo objetivo es: "facilitar a los Equipos la elaboración del diagnóstico de salud de su comunidad".

El formato tiene la finalidad de simplificar su manejo. Para ello las hojas están divididas en dos partes:

- la parte superior, delimitada por un recuadro, recoge todos los datos e indicadores del diagnóstico así como los comentarios y análisis que el Equipo realice.

- en la parte inferior se especifican las fuentes y posibles datos de comparación, así como sugerencias para su realización.

Esta división permite a los Equipos encuadernar la primera parte (es decir todos los recuadros) y por lo tanto manejar fácilmente su diagnóstico de salud.

En el ángulo superior derecho de cada recuadro existe una cifra que representa la numeración de las páginas cuando el Equipo haya encuadernado su diagnóstico y es el reflejado en el índice que figura en la guía.

La guía comienza con:

- Unas recomendaciones para rellenarla donde se comenta los bloques que tiene y el formato utilizado, especificándose que podrán añadir todas las hojas que consideren oportuno (para incluir comentarios u otros datos que no estén reflejados y el Equipo considere necesario señalar, igualmente si la Zona Básica de Salud -Z.B.S.- tiene más municipios de los que caben en las hojas de la guía). Para ello se harán tantas fotocopias de las hojas como sean necesarias y se enumerarán de la siguiente forma: a continuación del número del recuadro (ángulo superior derecho, dentro del mismo), se pondrán letras correlativas, comenzando por la A en las fotocopias que se realicen (ejemplo 6.A, 6.B, 6.C...). Por este motivo en el Anexo 6 de la guía se incluyen hojas en blanco en las que solamente está delimitado el recuadro.

A partir de las recomendaciones comienza el formato propio de la guía comentado anteriormente.

La guía está dividida en diez grandes bloques, comenzando cada uno de ellos con un comentario sobre la influencia que los factores recogidos en ese bloque tienen sobre el estado de salud. Dentro de cada bloque existen varios apartados especificándose en cada uno de ellos los datos e indicadores que deben recogerse, cómo se hallan, la fuente donde se pueden obtener y posibles datos de comparación a nivel provincial, autonómico o nacional:

- **1. Características generales de la zona** que incluye la descripción de la Z.B.S. (extensión, vías de comunicación, límites geográficos, facilidades para la comunicación entre el centro de salud y la capital y los accidentes geográficos de la zona). Municipio y localidades que la componen y distancia al centro de salud. Mapa de la Z.B.S. anotándose con determinados símbolos las industrias contaminantes, puntos negros y núcleos de infravivienda.

- **2. Datos demográficos** que incluyen una distribución de la población de derecho por municipios, por sexo y edad, y una distribución de la población de derecho de la Z.B.S. por sexo y edad, (estando los intervalos de edad determinados para poder hallar la población diana en los distintos programas). A partir de estos datos se pueden calcular varios índices (índice de dependencia senil, índice de envejecimiento, índice de masculinidad, etc.). Se halla también el ritmo de crecimiento de la población en los últimos cinco años, calculándose el crecimiento vegetativo. Se incluye también el número de nacimientos por municipio hallándose la tasa de natalidad y la de fecundidad.

- **3. Medio ambiente:** se recogen datos de aguas de abastecimiento, aguas residuales, suelo, flora, aire, fauna, higiene de los alimentos, seguridad vial, viviendas.

- **4. Situación económico-social de la Z.B.S.** incluyéndose datos del nivel de instrucción de la población, centros docentes, asociaciones de la Z.B.S., equipamiento cultural-recreativo-deportivo, recursos sociales, situación laboral (tasa de actividad, población ocupada por sectores económicos) y delincuencia.

- **5. Morbilidad diagnosticada de la Z.B.S.** recogiendo datos de morbilidad diagnosticada más frecuentemente, enfermedades de declaración obligatoria (E.D.O.) de la Z.B.S., urgencias más frecuentes, morbilidad laboral (accidentes laborales, enfermedades profesionales, enfermedades relacionadas con el trabajo), porcentaje de niños de 2º curso de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.) correctamente vacunados, distribución numérica y porcentaje de los percentiles de talla y peso de los alumnos de 1º, 5º de Educación Primaria y 2º de E.S.O.

- 6. **Mortalidad de la Z.B.S.** que incluye número de fallecimientos por grupos de edad y sexo, hallándose la tasa de mortalidad, índice de Swaroop, la tasa estandarizada de mortalidad por el método indirecto y el índice comparativo de mortalidad. Incluye también la distribución de las diez primeras causas de mortalidad y la mortalidad específica en grupos seleccionados (tasa de mortalidad infantil).

- 7. **Atención de salud** que recoge datos de recursos humanos, instalaciones, equipamiento, organización y actividades del A.P. (presión asistencial media, total de usuarios atendidos, derivaciones y prescripción, órganos de participación comunitaria, programas y protocolos que se están realizando, sistemas de información y registros del equipo).

- 8. **Escala de valoración de la autonomía (E.V.A.)** y datos de apoyo para el autocuidado en personas > de 75 años (Pedraza et al, 1991) sirve para determinar las necesidades de cuidados sanitarios y sociales tanto a nivel individual como comunitario que tienen nuestra población anciana.

- 9. **Encuesta a la población sobre morbilidad percibida y hábitos relacionados con la salud.** Es el único instrumento capaz de medir un conjunto de variables relacionadas con la salud. La encuesta que hemos utilizado, tomada de la Encuesta Nacional de Salud (1989), nos permite conocer: morbilidad percibida (autovaloración del estado de salud, morbilidad percibida aguda, morbilidad percibida crónica) y hábitos de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol, horas de sueño, ejercicio físico, hábitos alimenticios).

- 10. **Análisis de la situación de salud** que contiene una priorización de los problemas detectados en base a criterios de magnitud del problema, trascendencia, vulnerabilidad y relación costo beneficio; análisis de cada problema teniendo en cuenta los factores condicionantes, las consecuencias para la salud, los grupos más afectados por el problema, actitud actual de la población, la actitud deseable y las actividades a realizar para solucionarlo.

La guía se complementa con unos anexos en los que se incluye:

- Documentos que podrían ser necesarios consultar para clasificar de forma homogénea (lista B de 50 grupos de causas para tabulaciones de la CIE-9. registro de actividad mensual, etc.)

- Las encuestas que se realizan en el diagnóstico (E.V.A. y de morbilidad percibida y hábitos relacionados con la salud).

- Recomendaciones generales sobre las encuestas donde se tratan los siguientes temas:

- Predeterminación del tamaño de la muestra
- Tipo de muestreo a utilizar y como realizarlo
- Tabla de números aleatorios y como utilizarla

- Hojas en blanco en las que solamente está delimitado el recuadro central para que el equipo pueda incluir aquellos comentarios u otros datos que considere oportuno señalar.

La Guía, como ya se ha explicado en material y métodos, ha sido validada por un grupo de expertos; En la reunión que se mantuvo con ellos se consensuó realizar en el borrador las siguientes modificaciones:

- En el apartado **1.A** (Descripción de la Z.B.S.) en el dato número 3 figuraba únicamente límites y se decidió poner límites geográficos de la Z.B.S. para una mayor homogeneidad.

- En el apartado **1.B** (Municipios: distancia al centro de salud y tiempo aproximado) en los comentarios se ha incluido una nota a pie de página especificando facilidades para el transporte entre el centro de salud y consultorios.

- En el apartado **2.A** y **2.B** se especificó que la población de la que ibamos a estudiar su distribución es población de derecho, así como otra fuente para obtener los datos (Junta de Castilla y León , Delegación Territorial de Avila, Servicio Territorial de Bienestar Social).

- Se añadió el apartado **2.B.2** y **2.B.3** (índice de envejecimiento e índice de masculinidad)

- Se comentó que en algunos municipios habían comprobado que el número de nacimientos reflejados en la hoja de rectificación padronal era menor de los reales (conocidos por observación directa o por registros del Equipo), por lo que se decidió en esos casos en el apartado **2.D** (número de nacimientos por municipio en los últimos cinco años) anotar, en comentarios, los números reales.

- En el apartado **3.B** (Aguas Residuales) se reflejaba también si existía separación entre aguas domésticas e industriales. Se decidió retirar, porque la gran mayoría de municipios no lo tenían, y añadir punto de vertido de las aguas que no estaba reflejado.

- En el apartado **3. F** (Fauna) se añadió como fuente, en el número de cabezas de ganado de la Z.B.S., a los veterinarios oficiales de salud pública.

- En el apartado **3.I** (Viviendas) en comentarios en el borrador ponía que se especificase la existencia de núcleos de infravivienda y se señalase en el mapa su localización. Debido a que en los municipios es más normal la existencia de infraviviendas no agrupadas se especificó en comentarios la existencia de infraviviendas aunque en el mapa no se señalizase la localización de los núcleos.

- En el apartado **4.C** (Asociaciones de la Z.B.S.) se decidió que en cada asociación se debía de especificar:

- Identificación (nombre, domicilio social y población)
- Dependencia y ámbito (año de fundación y ámbito de actuación)
- Actividades que desarrolla
- Características (número de socios, sexo, edad del socio mayor y menor, régimen económico y subvenciones)

En el apartado **4.D** (Equipamiento cultural-recreativo-deportivo) se suprimió el hogar del pensionista que estaba incluido y en comentarios se decidió incluir también la utilización y uso de dicho equipamiento.

El apartado **4.E** (Drogadicción) se cambió por recursos sociales dentro del cual se incluía:

- Centros de servicios sociales (recursos materiales, recursos humanos, servicios y prestaciones, horario)
- Centros de servicios sociales especializados (residencias, hogares, centros día, centros drogodependencia, centros minusválidos)

En el apartado **4.G** (Delincuencia) se incluía número de suicidios y homicidios. Se incluyó en la distribución de las causas de mortalidad aunque no se encontrase entre las diez primeras causas de fallecimiento.

En el apartado **6.A** se dividió el número de fallecidos, además de por grupos de edad, por sexo.

En el apartado **6.C** (Mortalidad específica en grupos seleccionados) se añadió en los comentarios una nota a pie de página para que se anotaran aspectos de toda la mortalidad y no solo de la mortalidad infantil

En el apartado 7.C (Equipamiento) en la nota a pie de página de los comentarios se añadió equipamiento que no se tenga y se considere necesario tener.

Se agregaron los puntos 7.D.3. 7.D.4 y 7.D.5 (demanda de pruebas complementarias, demandas derivadas y prescripción).

Se suprimió un apartado que reflejaba la forma de organizarse el trabajo por parte del Equipo, por considerar inapropiado que quedase reflejado en el diagnóstico

Además de las modificaciones, en la reunión se discutió sobre:

- Si el trabajo para realizar las encuestas era o no rentable. Se llegó a la conclusión que había determinados datos, que todos considerábamos importantes, que no se podían obtener sino era mediante encuestas por lo que era necesario que estuviesen incluidas tal y como figuraba en el borrador. Se tuvo en cuenta que determinados Equipos, por circunstancias especiales, podrían necesitar ayuda para realizarlas.

Esta Guía va a ser usada por la Dirección de Atención Primaria para entregársela a todos los E.A.P. del Área de Salud de Ávila que vayan a realizar su diagnóstico de salud, para ello en primer lugar fue entregada al Equipo de San Pedro del Arroyo, como experiencia piloto, para que realizasen su diagnóstico de salud. La experiencia tenía como finalidad validar la guía en la práctica y corregir los problemas o inconvenientes encontrados por este Equipo antes de ser distribuida. En la reunión mantenida con ellos, una vez elaborado el diagnóstico, comentaron que la guía les había facilitado enormemente el trabajo, las mayores dificultades las habían tenido para obtener los accidentes durante el último año (Apartado 3.H) y para realizar las encuestas por falta de formación en el tema, por lo que se acordó, por parte de la Gerencia de Atención Primaria, mandar un escrito a la Dirección Provincial de Tráfico para agilizar en lo posible el trámite del número de accidentes y en posteriores utilizaciones de la guía realizar previamente formación sobre las encuestas, técnicas de muestreo, etc.

La guía está adaptada a la zona rural por lo que no podría ser utilizada en la zona urbana lo cual evidentemente es una limitación.

Para que pudiese ser utilizada por las Z.B.S. urbanas debería de sufrir las siguientes modificaciones:

- Teniendo en cuenta las características de Ávila (ciudad pequeña) existen apartados que deben de ser a nivel de ciudad y no de zona (todo el bloque de medio ambiente excepto la existencia de industrias contaminantes, la seguridad vial y la existencia de núcleos de infravivienda; el apartado de recursos sociales y el de equipamiento cultural recreativo deportivo).

- Habría apartados en los que se obtienen datos a nivel de municipios que deberían suprimirse (ejemplo: Municipios: distancia al Centro de Salud y tiempo aproximado, Distribución de la población de derecho por municipio, por sexo y edad).

- Existen fuentes que debería de comprobarse si se pueden obtener de ellas los datos a nivel de calles o barrios ya que lo que esta comprobado es que se pueden obtener a nivel de municipios.

Se adaptó a la zona urbana debido a:

- Las guías para zonas urbanas y rurales aunque recogiesen los mismos datos, deberían de diferenciarse en algún aspecto.

- El Ayuntamiento de Ávila está actualmente iniciando un proceso de informatización de sus datos; cuando esté terminado nos permitirá con un mínimo trabajo obtener gran cantidad de datos a nivel de Z.B.S.

- Los dos aspectos antes indicados unido a que únicamente un 7% de las zonas de Ávila son urbanas, nos decidió a realizar, en un principio, la guía para la zona rural.

Por lo que la adaptación de esta guía, de tal forma que sirva tanto para las zonas urbanas como para las rurales, así como su generalización para ser utilizada en otras Áreas de Salud es una de las líneas a seguir en esta investigación.

Antes de compararla con la Guía para la recogida de información en el Área (INSALUD, 1986) debemos tener en cuenta:

- Los objetivos de la guía del INSALUD son objetivos del diagnóstico de salud, la guía en sí no tiene ningún objetivo. La guía de este trabajo sí tiene un objetivo.

- Como su nombre indica incluye únicamente indicadores que se deben recoger sin incluir en la guía la presentación de los datos y por lo tanto el formato, ni el análisis de la situación de salud, ni el pronóstico.

- No incluye comentarios ni otra información que no esté recogida en forma de indicador.

- La recogida de información es a nivel del Área Sanitaria no de la Zona Básica de Salud.

Teniendo en cuenta lo anterior vemos que únicamente podemos comparar la parte de indicadores:

- La gran parte de indicadores de la guía de este trabajo se encuentran también en la del INSALUD la cual añade otra gran cantidad de indicadores mucho más específicos (tasa de mortalidad neonatal tardía, neonatal precoz, perinatal, etc.). Estos indicadores son tan específicos que no son utilizables a nivel de Zonas Básicas cuya población se encuentra entre 5.000 - 25.000 habitantes (R. D. 137/1984) y por tanto los valores del denominador son tan pequeños que cualquier mínima variación puede originar importantes cambios en el valor del indicador.

- La guía del INSALUD no especifica, a diferencia de la realizada en este trabajo, una fuente para cada indicador sino que al inicio de cada bloque da un listado de fuentes de las que es posible obtener los distintos datos, dificultando la recogida de información.

- En la guía del Insalud en cada indicador se señala con un asterisco si se considera prioritario o no, sin embargo en esta sólo se recogen los indicadores considerados prioritarios lo que disminuye su tamaño y por tanto facilita su manejo.

- Se echa en falta, en la guía del Insalud, determinados aspectos relacionados con la salud que no recoge ningún indicador. Por ejemplo:

- Morbilidad percibida
- Hábitos de vida (excepto alimentación)
- Seguridad vial
- Valoración de la autonomía funcional para el autocuidado.
- Datos de apoyo para el autocuidado
- Recursos sociales
- Órganos de participación comunitaria etc.

Teniendo en cuenta que sólo podemos comparar la parte de indicadores que son comunes a las dos guías, y con las limitaciones que conlleva que los objetivos sean distintos y también el ámbito de actuación, podemos obtener, a pesar de que la comparación es muy limitada, las siguientes conclusiones:

- La guía de este trabajo facilita más la recogida de información: en cada indicador se especifica la fuente de donde pueden obtenerse los datos.

- Esta guía abarca más aspectos relacionados con la salud que la guía del INSALUD.

II.- Utilización del diagnóstico de salud

De los seis Equipos que integran la población de estudio, tres son urbanos y tres rurales.

1.- Resultados en la zona urbana

Breve reseña histórica de los Equipos urbanos:

En 1985 se creó en Ávila el primer Equipo de Atención Primaria (Equipo A), se encontraba por tanto una parte de población cubierta por el nuevo modelo de asistencia y otra parte por el modelo tradicional.

En 1987 este Equipo elaboró un diagnóstico de salud de la ciudad de Ávila (E.A.P. Ávila norte, 1988).

Posteriormente en 1989 y 1990 se crearon otros dos E.A.P. (Equipo B y C) por lo que Ávila capital quedó dividida, hasta la actualidad, en tres Z.B.S.

Por lo tanto en Ávila capital existen actualmente tres Equipos de Atención Primaria y existe un diagnóstico de salud de la ciudad, que abarca las tres Z.B.S.

Descripción de la utilización

Se han seleccionado a los tres Equipos urbanos como población de estudio ya que se encontraban en la etapa de desarrollo indicada. Si bien es cierto que no poseían un diagnóstico de salud específico de su zona, es evidente que teniendo en cuenta las características de Ávila (ciudad pequeña, problemas de medio ambiente, recursos sociales etc. comunes a toda la ciudad) el diagnóstico tenía utilidad para todos los Equipos, aunque fuese limitada.

1.1 El Equipo A lo ha utilizado para:

1. Elaborar los programas de salud en base a las necesidades de salud de la comunidad.

2. Investigar sobre problemas detectados en el diagnóstico.

Por lo tanto la utilización que ha hecho de él ha sido poco adecuada

Opinaban de dicho Diagnóstico:

- "Está atrasado, es demasiado antiguo y por lo tanto sería necesario actualizarlo".

- Lo han utilizado al principio de haberle realizado (fue hecho en 1987) posteriormente opinan que deberían haberle actualizado pero no lo hicieron (hay que señalar que han sufrido importantes cambios de plantilla desde que se creó).

Otros aspectos a considerar de este Equipo:

- No existía coordinador desde hacía aproximadamente un año "debido a una falta de diálogo con la Dirección".

- Tenían Consejo de Salud, pero desde el cese del coordinador suspendieron las reuniones. En el consejo se realizaba un traspase de ciertos temas de información (cita previa, aparcamientos para los trabajadores del centro, etc), no se habían tratado temas relacionados con determinados problemas de salud.

- En el último año no evaluaron otros años han evaluado en base a indicadores de estructura y proceso.

1.2 El Equipo B no lo ha utilizado. Por lo tanto la utilización que ha hecho de él ha sido inadecuada.

Sobre el diagnóstico opinaban:

- No lo consideraban suyo ya que fue hecho por el Equipo A y no por ellos y además no es específico de su zona.

- Sobre el diagnóstico en general opinaban que "muchas veces se convierten en enormes tochos que no son utilizables".

Otros aspectos a considerar:

- No habían tenido ningún contacto con la comunidad.

- Estaban haciendo dos programas de investigación (educación al diabético y legislación antitabáquica) por indicación del Técnico de Salud.

- La evaluación anual que han realizado es de indicadores de estructura y proceso.

- Los "programas" con los que han trabajado han sido elegidos en base a una afinidad de recursos (programa del lactante) o a la elevada demanda (programa de hipertensión).

1.3 El Equipo C, al igual que el Equipo B, no lo ha utilizado para nada. Por lo tanto **la utilización** que ha hecho de él **ha sido inadecuada**.

Opinaban sobre el diagnóstico:

- No lo consideraban suyo, por los mismos motivos que el Equipo B.

- Sobre el diagnóstico en general comentaban: "Se ha discutido en el Equipo la elaboración del diagnóstico de salud pero se ha decidido no hacerlo porque el trabajo para realizarlo sobrepasa la utilidad, aunque actualmente estamos estudiando la posibilidad de elaborarlo en base a una encuesta poblacional".

Otros aspectos a considerar:

- No han tenido ningún contacto con la comunidad, aunque era un objetivo de este año realizar el consejo de salud, pero debido a que probablemente se reestructure la Zona Básica de Salud, lo han paralizado.

- Los "Programas" han sido elegidos para abordar patologías de elevada demanda.

- La evaluación está basada en indicadores de estructura y proceso.

- No han realizado ningún trabajo de investigación.

2.- Resultados en la zona rural

En la zona rural existían otros tres Equipos (D,E,F) que tenían elaborado el diagnóstico de salud (E.A.P. de Piedrahita,1992;E.A.P. Avila Rural Este,1991;E.A.P. de Arenas de S.Pedro,1989) y se encontraban en la segunda etapa de desarrollo.

2.1. El Equipo D, al año de constituirse, empezó a realizar el diagnóstico de salud de su zona y tardó tres años en terminarlo.

Dicho diagnóstico ha sido utilizado para:

1. Elaborar programas de salud en base a las necesidades de salud de la comunidad.

Por lo tanto **su utilización ha sido poco adecuada**

Opinaban sobre el diagnóstico:

- "Es útil para centrarse en ver las enfermedades y problemática de la zona y actuar sobre ellas".

Otros aspectos a considerar:

- Se estaba formando el Consejo de Salud de la zona, hasta el momento no tenían ningún contacto con la comunidad.

- La evaluación realizada esta basada en indicadores de estructura y proceso.

- No elaboraron ningún trabajo de investigación

2.2 El Equipo E terminó el diagnóstico a los dieciocho meses de empezar a funcionar como Equipo (Equipo de Atención Primaria Ávila Rural Este, 1991).

El diagnóstico ha sido utilizado para:

1. Elaborar programas de salud en base a las necesidades de salud de la comunidad.

2. Investigar en determinados problemas detectados.

Por lo tanto **su utilización ha sido poco adecuada.**

Opinan sobre el diagnóstico:

- "Es útil para tener un conocimiento de la población y establecer una priorización de problemas".

Otros aspectos a considerar:

- No existía Consejo de Salud. Opinaban que la población es muy dispersa y la problemática muy diferente, tenían creada una comisión de miembros del Equipo "que se reúne cada vez que existe algún problema".

- La evaluación que han realizado es de estructura y proceso.

2.3 El diagnóstico de salud del **Equipo F** fue elaborado por un miembro del Equipo que se encontraba haciendo un "máster" de Salud Pública en Cuba y realizó el diagnóstico como tesis de dicho "máster".

Dicho Diagnóstico no le han utilizado. Por lo tanto **la utilización que ha hecho de él ha sido inadecuada**

Sobre el diagnóstico opinan:

- "Sirve para muy poco".

- "Es una técnica desfasada o superada en el tiempo".

- "Técnicamente el diagnóstico de salud de nuestra zona está muy bien hecho".

Sin embargo consideramos necesario señalar de este Equipo varios aspectos:

- Se encontraban haciendo una recopilación de datos para actualizar el diagnóstico (recursos sanitarios, datos demográficos y zoonosis) "el motivo es puramente administrativo o burocrático".

- Cuando se formó el Consejo de Salud lo primero que hicieron, a nivel del consejo, es un diagnóstico de salud y empezaron con problemas de medio ambiente ("no utilizamos el diagnóstico que teníamos porque queríamos que participase la gente del consejo"), "con el fin de dar a conocer los problemas, tanto a la población como a la Gerencia, se hicieron unas jornadas pero la administración no se presentó y se "cargaron" (la administración) tanto el Consejo como las jornadas".

- La priorización de programas se realizó por afinidad de recursos (programa del niño sano) o por imposición vertical.

- Los objetivos marcados en los programas han sido en base al conocimiento previo del problema, no han utilizado para ello tampoco el diagnóstico de Salud.

- Los trabajos de investigación fueron elegidos por afinidad personal.

- La evaluación realizada está basada en indicadores de estructura y proceso.

3.- Resumen del diagnóstico de salud

De los seis Equipos (Ver tabla 1):

- Tres lo han utilizado inadecuadamente.

- Otros tres la utilización que han hecho ha sido poco adecuada.

De los tres Equipos que no han utilizado el diagnóstico hay que señalar que ninguno de ellos ha intervenido en su elaboración.

Es evidente que la elaboración del diagnóstico de salud supone un trabajo y por consiguiente un costo, por lo que no existe una razón justificable para que los que ya están hechos no se utilicen por haber sido realizados por otras personas, más aún cuando dicho diagnóstico es propio de esa zona.

La forma de solucionar este problema, como ha quedado reflejado, no es a través de una imposición vertical, que aunque puede llevar a su revisión no implica su utilización.

Todos los Equipos tienen determinados programas por imposición vertical (programa de salud escolar, programa de la mujer).

El resto de programas fueron elegidos, dependiendo de los equipos, por:

- abordar un problema prioritario en el diagnóstico.
- afinidad de recursos.
- elevada demanda.

El que existiendo un diagnóstico de salud la planificación se base en criterios de demanda o afinidad de recursos es un hecho alarmante, difícil de entender.

En ninguna Zona Básica funciona el Consejo de Salud, ni ningún otro órgano de participación comunitaria. Ninguno de los Equipos ha tenido contactos con la comunidad en los que se ofreciese documentación sobre los problemas de salud detectados, ni se ha elaborado, junto con la comunidad, ningún plan de actuación concreto para abordar alguno de los problemas. Esto nos indica que aunque todos han superado ya la primera etapa de desarrollo y tienen elaborado el diagnóstico de salud, es evidente que ninguno ha dado el salto cualitativo que supone el paso de una etapa a otra, es decir el paso desde el Centro de Salud a la comunidad, del caso individual al problema de salud comunitario. Se encuentran todos en el inicio de la segunda etapa pero ninguno la ha completado.

Ningún Equipo ha establecido líneas de coordinación con otras instituciones para abordar las necesidades de salud de la comunidad.

De los seis Equipos cuatro han realizado trabajos de investigación, los motivos por los que los eligieron fueron:

- Profundizar en determinados problemas detectados en el diagnóstico.
- Por indicación del Técnico de Salud.
- Por afinidad personal.

Ningún Equipo ha utilizado el diagnóstico de salud para evaluar ya que no han realizado una evaluación de resultados, sin embargo considero necesario resaltar que en el momento de realizarse la última evaluación:

- El Equipo E tenía el diagnóstico acabado hacía ocho meses, lo que impide evaluar resultados.
- El Equipo D no había acabado el diagnóstico.
- En la zona urbana el diagnóstico realizado no permite evaluar a nivel de Zona Básica.

Por lo que únicamente existe un Equipo que podría haber utilizado su diagnóstico para evaluar los resultados conseguidos. Lo que puede limitar en cierto grado la escala utilizada

Analizar las causas por las que sucede la escasa utilización del diagnóstico en el Área de Salud de Ávila no ha sido un objetivo planteado, sería objeto de otra investigación pero debido a que en las distintas entrevistas han salido a la luz posibles causas que pueden encaminar futuras investigaciones las citamos a continuación:

- Tipo de relaciones de los Equipos con la Dirección
- Falta de formación en los siguientes temas:
 - Sobre el diagnóstico de salud y su utilización.
 - Sobre protocolización y programación
 - Sobre la Atención Primaria (o no asimilación de esa filosofía).

Tabla 1: Resumen de la utilización del Diagnóstico

EQUIPO	1	2	3	4	5	6	UTILIZ.
A	X				X		POCO ADECUADA
B							INADE- CUADA
C							INADE- CUADA
D	X						POCO ADECUADA
E	X				X		POCO ADECUADA
F							INADE- CUADA

Fuente: Elaboración propia.

Los números señalados en la tabla indican:

1. Elaborar los programas de salud en base a las necesidades de salud de la comunidad.

2. Ofrecer a la población documentación y conocimientos sobre los problemas de salud de la comunidad (socialización del conocimiento).

3. Elaborar conjuntamente con la comunidad planes de actuación concretos y factibles para abordar los diferentes problemas de salud.

4. Establecer líneas de coordinación (servicios sociales, educación, cultura, etc.) para abordar las necesidades de salud de la comunidad.

5. Aportar líneas de investigación para profundizar en determinados problemas detectados.

6. Seguimiento y evaluación periódica de los resultados conseguidos.

ANEXO 1

¿Cuántos miembros sois?

¿Cuanto hace que funcionáis como Equipo?

¿Qué problema os surgió cuando empezasteis a trabajar como Equipo?

¿Trabajáis con protocolos?

¿Por qué elegisteis esos protocolos?

¿Trabajáis con programas?

¿Cuales?

¿Por qué elegisteis esos programas?

¿Qué diferencia hay entre los programas y los protocolos que tenéis?

¿Habéis tenido contactos con la comunidad?

¿Cuántos?

¿Para qué?

¿Sobre qué temas?

¿Por qué fueron sobre esos temas?

¿Qué actuaciones salieron de esos contactos?

¿Habéis realizado algún trabajo de investigación?

¿Cuántos?

¿Sobre qué temas?

¿Por qué elegisteis esos temas?

¿Habéis tenido algún contacto con los servicios sociales, profesores, u otras instituciones de vuestra zona?

¿Cuántos?

¿Sobre qué temas?

¿Por qué elegisteis esos temas?

¿Habéis hecho este año evaluación?

¿Qué habéis evaluado?

¿Por qué hicisteis el diagnóstico de salud?

¿De donde surgió la idea?

¿Os lo habíais planteado como objetivo?

¿Estaba todo el Equipo de acuerdo en que se debía hacer?

¿Quien lo elaboró?

¿Participó todo el Equipo?

¿Para qué pensáis que sirve?

¿Os resultó difícil elaborarlo?

¿Crees que una guía en la que se incluyan indicadores y otros datos te habría facilitado su elaboración?

¿Para qué habéis utilizado el diagnóstico de salud?

ANEXO 2

GUÍA

PARA LA ELABORACIÓN

DEL

DIAGNÓSTICO DE SALUD

RECOMENDACIONES PARA
RELLENAR LA GUÍA

La guía esta dividida en diez grandes bloques:

- 1. Características generales de la zona
- 2. Datos demográficos
- 3. Medio ambiente
- 4. Situación económico-social de la Z.B.S.
- 5. Morbilidad diagnosticada de la Z.B.S.
- 6. Mortalidad de la Z.B.S.
- 7. Atención de salud
- 8. Escala de valoración de la autonomía (E.V.A.) y datos de apoyo para el autocuidado en personas $\geq$ de 75 años.
- 9. Encuesta a la población sobre morbilidad percibida y hábitos relacionados con la salud
- 10. Análisis de la situación de salud

Dentro de cada uno de ellos existen varios apartados donde se recogen qué información se debe obtener así como la fuente donde puede obtenerse y posibles datos de comparación. En algunas hojas se han dejado espacios para comentarios que el Equipo considere oportuno señalar.

Se incluyen los siguientes anexos:

- Anexo 1: Impreso de declaración numérica para las Z.B.S. sobre el estado de las E.D.O.
- Anexo 2: Registro de actividad mensual del E.A.P.
- Anexo 3: Lista B de 50 grupos de causas para tabulaciones de mortalidad de la CIE-9
- Anexo 4: Recomendaciones generales sobre las encuestas.
- Anexo 5: Escala de valoración de la autonomía (E.V.A.) y datos de apoyo para el autocuidado en personas $>$ 75 años.
- Anexo 6: Encuesta a la población general.
- Anexo 7: Hojas en blanco.

Ha sido un objetivo, a la hora de elaborar esta guía, que las fuentes fuesen lo más actualizadas posibles, sin embargo existen tres aspectos recogidos en la guía (población ocupada por sectores económicos, tasa de actividad y nivel de instrucción) en los que no se ha podido cumplir el objetivo antes señalado, ya que la fuente es el censo de 1991 y no se pueden obtener de otra más reciente, o resultaría excesivamente costosa. A pesar de ello hemos creído necesario que estuviesen incluidos ya que la comparación entre una zona y otra nos puede aportar más información que el propio dato.

El formato utilizado ha estado en función del objetivo de esta guía, por ello las hojas han sido divididas en dos partes:

- la primera parte, delimitada por un recuadro, recogerá todos los datos e indicadores del diagnóstico así como comentarios y los análisis que el Equipo realice.

- en la segunda parte se especifican las fuentes así como sugerencias para su realización.

Esta división permite a los Equipos encuadernar la primera parte (es decir todos los recuadros) y por lo tanto manejar fácilmente su diagnóstico de salud.

En el ángulo superior derecho de cada recuadro existe una cifra que representa la numeración de las páginas, una vez que el equipo haya encuadernado su diagnóstico y que por lo tanto es el reflejado en el índice.

Si en la Z.B.S. existen más municipios de los que caben en las hojas de la guía, se harán tantas fotocopias como sean necesarias para que puedan ponerse todos los municipios y se enumerarán de la siguiente forma: a continuación del número del recuadro (ángulo superior derecho), se pondrán letras correlativas, comenzando por la A en las fotocopias que se realicen (ejemplo 6.A, 6.B, 6.C...).

En el Anexo 7 hay hojas en blanco por si el equipo desea incorporarlas a algunos de los apartados en los que quiera añadir algún aspecto, en ese caso se enumerarán de la misma forma que hemos indicado anteriormente.

Con el fin de poder localizar fácilmente un determinado municipio se recomienda colocarlos por orden alfabético.

Pedimos disculpas por la "meticulosidad" de algunas notas aclaratorias, pero nos hemos visto obligados a ponerlas para asegurar su homogeneidad en los diferentes Equipos.

DIAGNÓSTICO DE SALUD
DE LA
ZONA BÁSICA DE SALUD
DE:

ÍNDICE

2

Introducción	3
1. Características generales de la zona	4
2. Datos demográficos	8
3. Medio ambiente	18
4. Situación económico-Social de la Z.B.S.	26
5. Morbilidad diagnosticada de la Z.B.S.	34
6. Mortalidad de la Z.B.S.	42
7. Atención de salud	48
8. Escala de valoración de la autonomía (E.V.A.) y datos de apoyo para el autocuidado en personas > de 75 años	59
9. Encuesta a la población sobre morbilidad percibida y hábitos relacionados con la salud	61
10. Análisis de la situación de salud	63

INTRODUCCIÓN

3

1 Cada equipo anotará lo que opine sobre la importancia y utilidad del diagnóstico de salud (poner opiniones personales).

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ZONA

1.A Descripción de la Zona Básica de Salud (Z.B.S.).

1.B Municipio y Localidades que la componen

1.C Mapa de la Z.B.S.

2 Delimitan la zona de actuación y además sirven para la identificación de factores climatológicos, físicos, geográficos, etc. que influyen en la salud de las personas.

1.A Descripción de la Zona Básica de Salud (Z.B.S.).

5

Extensión¹:

Km

Vías de comunicación y su estado²:

Límites geográficos de la Z.B.S.³:

Accidentes geográficos y facilidades para la comunicación entre el Centro de Salud y la capital⁴:

³ Fuentes: Nomenclátor de la provincia de Avila, Censo de Población 1991, I.N.E. y Mapa de Atención Primaria de Salud de Castilla y León.

⁴ Especificar con Hospitales y capital. Fuente: Equipo de Atención Primaria (E.A.P.).

⁵ Fuente: E.A.P.

⁶ Fuente: E.A.P.

1.B MUNICIPIOS: DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD Y TIEMPO APROXIMADO 6

Municipio	nº E.L.M.	Distancia a C.S.	Tiempo aproxim.
San Juan	1	10 km	15 min
San Juan	2	15 km	20 min
San Juan	3	20 km	25 min
San Juan	4	25 km	30 min
San Juan	5	30 km	35 min
San Juan	6	35 km	40 min
San Juan	7	40 km	45 min
San Juan	8	45 km	50 min
San Juan	9	50 km	55 min
San Juan	10	55 km	60 min
San Juan	11	60 km	65 min
San Juan	12	65 km	70 min
San Juan	13	70 km	75 min
San Juan	14	75 km	80 min
San Juan	15	80 km	85 min
San Juan	16	85 km	90 min
San Juan	17	90 km	95 min
San Juan	18	95 km	100 min
San Juan	19	100 km	105 min
San Juan	20	105 km	110 min
San Juan	21	110 km	115 min
San Juan	22	115 km	120 min
San Juan	23	120 km	125 min
San Juan	24	125 km	130 min
San Juan	25	130 km	135 min
San Juan	26	135 km	140 min
San Juan	27	140 km	145 min
San Juan	28	145 km	150 min
San Juan	29	150 km	155 min
San Juan	30	155 km	160 min
San Juan	31	160 km	165 min
San Juan	32	165 km	170 min
San Juan	33	170 km	175 min
San Juan	34	175 km	180 min
San Juan	35	180 km	185 min
San Juan	36	185 km	190 min
San Juan	37	190 km	195 min
San Juan	38	195 km	200 min
San Juan	39	200 km	205 min
San Juan	40	205 km	210 min
San Juan	41	210 km	215 min
San Juan	42	215 km	220 min
San Juan	43	220 km	225 min
San Juan	44	225 km	230 min
San Juan	45	230 km	235 min
San Juan	46	235 km	240 min
San Juan	47	240 km	245 min
San Juan	48	245 km	250 min
San Juan	49	250 km	255 min
San Juan	50	255 km	260 min
San Juan	51	260 km	265 min
San Juan	52	265 km	270 min
San Juan	53	270 km	275 min
San Juan	54	275 km	280 min
San Juan	55	280 km	285 min
San Juan	56	285 km	290 min
San Juan	57	290 km	295 min
San Juan	58	295 km	300 min
San Juan	59	300 km	305 min
San Juan	60	305 km	310 min
San Juan	61	310 km	315 min
San Juan	62	315 km	320 min
San Juan	63	320 km	325 min
San Juan	64	325 km	330 min
San Juan	65	330 km	335 min
San Juan	66	335 km	340 min
San Juan	67	340 km	345 min
San Juan	68	345 km	350 min
San Juan	69	350 km	355 min
San Juan	70	355 km	360 min
San Juan	71	360 km	365 min
San Juan	72	365 km	370 min
San Juan	73	370 km	375 min
San Juan	74	375 km	380 min
San Juan	75	380 km	385 min
San Juan	76	385 km	390 min
San Juan	77	390 km	395 min
San Juan	78	395 km	400 min
San Juan	79	400 km	405 min
San Juan	80	405 km	410 min
San Juan	81	410 km	415 min
San Juan	82	415 km	420 min
San Juan	83	420 km	425 min
San Juan	84	425 km	430 min
San Juan	85	430 km	435 min
San Juan	86	435 km	440 min
San Juan	87	440 km	445 min
San Juan	88	445 km	450 min
San Juan	89	450 km	455 min
San Juan	90	455 km	460 min
San Juan	91	460 km	465 min
San Juan	92	465 km	470 min
San Juan	93	470 km	475 min
San Juan	94	475 km	480 min
San Juan	95	480 km	485 min

[illegible]

Comentarios :

8 Entidades Locales Menores

9 Se señalará el tiempo que se tarda en recorrer dicha distancia a una velocidad habitual y en condiciones climáticas medias. Con llamadas por signos de puntuación se indicará, en los comentarios lo que se considere oportuno (ejemplo impracticable en invierno, con niebla tiempo doble etc.).

10 Especificar facilidades para el transporte entre el Centro de Salud y los distintos municipios que forman la Z.B.S.

* Industrias contaminantes
+ Puntos negros
Núcleos de infravivienda

¹¹ Para industrias contaminantes ver apartado 3.E
Para puntos negros ver apartado 3.H
Para núcleos de infravivienda ver apartado 3.I

2. DATOS DEMOGRÁFICOS¹²

2.A Distribución de la población de derecho por municipios, por sexo y edad

2.B Distribución de la población de derecho de la Z.B.S. por sexo y edad

2.B.1 Índice de dependencia senil

2.B.2 Índice de envejecimiento

2.B.3 Índice de masculinidad

2.C Ritmo de crecimiento de la población en los últimos cinco años

2.C.1 Crecimiento vegetativo

2.D Número de nacimientos por municipio

2.D.1 Tasa de natalidad

2.D.2 Tasa de fecundidad

¹² Sirve como marco de referencia para calcular la población susceptible. Su distribución permite señalar las necesidades de cobertura.

2.A DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE DERECHO POR MUNICIPIO,
POR SEXO Y EDAD¹³.

9

EDAD	MUNICIPIO		MUNICIPIO		MUNICIPIO		MUNICIPIO	
	HOM.	MUJ.	HOM.	MUJ.	HOM.	MUJ.	HOM.	MUJ.
<1								
1-<2								
2-<3								
3-<4								
4-<5								
5-<6								
6-<7								
7-<8								
8-<9								
9-<10								
10-<11								
11-<12								
12-<13								
13-<14								
14-<15								
15-<16								

13 Fuentes: Ayuntamiento (Padrón municipal de habitantes de 1996) y Junta de Castilla y León, Delegación Territorial de Avila, Servicio Territorial de Bienestar Social.

EDAD	MUNICIPIO		MUNICIPIO		MUNICIPIO		MUNICIPIO 10	
	HOM.	MUJ.	HOM.	MUJ.	HOM.	MUJ.	HOM.	MUJ.
16-<17								
17-<18								
18-<19								
19-<20								
20-24								
25-29								
30-34								
35-39								
40-44								
45-49								
50-54								
55-59								
60-64								
65-69								
70-74								
75-80								
≥80								
TOTAL								

2.B DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE DERECHO DE LA Z.B.S. POR SEXO Y EDAD. 11

EDAD	TOTAL Z.B.S.	
	HOM.	MUJ.
<1		
1-<2		
2-<3		
3-<4		
4-<5		
5-<6		
6-<7		
7-<8		
8-<9		
9-<10		
10-<11		
11-<12		
12-<13		
13-<14		
14-<15		
15-<16		

EDAD	TOTAL Z.B.S. 12	
	HOM.	MUJ.
16-<17		
17-<18		
18-<19		
19-<20		
20-24		
25-29		
30-34		
35-39		
40-44		
45-49		
50-54		
55-59		
60-64		
65-69		
70-74		
75-80		
≥80		
TOTAL		

2.B.1 Índice de dependencia senil¹⁴:

13

$$\frac{\text{Población >de 65 años}}{\text{Población de 16 a 64 años}} \times 100$$

Índice de dependencia senil de la Z.B.S.: %

2.B.2 Índice de envejecimiento:

$$\frac{\text{Población > de 65 años}}{\text{Población de 0 - 14 años}} \times 100$$

Índice de envejecimiento de la Z.B.S.: %

2.B.3 Índice de masculinidad:

$$\frac{\text{Nº Total de hombres}}{\text{Nº Total de mujeres}}$$

Índice de masculinidad de la Z.B.S.:

Comentarios :

¹⁴ En 1991 el índice de dependencia senil de Ávila era: 33,14 %. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.)

¹⁵ El número de la población institucionalizada (colegios, asilos, etc.) se hará constar en este apartado.

AÑOS¹⁶

MUNICIPIO

1993

1994

1995

1996

1997

TOTAL-

Z.B.S.

17 La diferencia, con su signo, entre la población de 1997 - 1993.

Comentarios:

¹⁸ Se obtiene restando la tasa de natalidad (apartado 2.D.1) a la de mortalidad (apartado 6.A.1). En Ávila el crecimiento vegetativo (tanto por mil) era de -3,54 siendo el de España de 0,24. Fuente: I.N.E. Movimiento natural de la población. Datos provisionales de 1996.

16

MEDIA DE NACIMIENTOS DE LA Z.B.S. (1993-1997):

19 Fuente: Ayuntamiento (hoja de rectificación del padrón municipal). Si se supiese por observación directa o por registros del Equipo que los datos obtenidos no son los reales se anotarán los obtenidos de la hoja de rectificación del padrón municipal y en comentarios los reales.

2.D.1 Tasa de Natalidad de la Z.B.S. en 1997²⁰:

17

Nº de nacimientos de la Z.B.S. en 1997

----- X1000=

Población de la Z.B.S. en 1997

2.D.2 Tasa de Fecundidad de la Z.B.S. en 1997²¹:

Nº de nacimientos de la Z.B.S. en 1997

----- X1000=

Población femenina de 15-49 años de la Z.B.S. en 1997

Comentarios:

20 En 1996 la tasa de natalidad de Ávila era de 7,11 y en España de 9,14
Fuente: I.N.E. Movimiento Natural de la población. Datos provisionales
de 1996.

21 En 1991 la tasa de fecundidad de Ávila fue de 38,94. Fuente: I.N.E.
Movimiento natural de la población 1991. Elaboración propia.

3. MEDIO AMBIENTE²²

- 3.A Aguas de Abastecimiento
- 3.B Aguas Residuales
- 3.C Suelo
- 3.D Flora
- 3.E Aire
- 3.F Fauna
- 3.G Higiene de los alimentos
- 3.H Seguridad Vial
- 3.I Viviendas

²² Su conocimiento es importante debido a la influencia que dichos factores tienen en los problemas de salud

"Un análisis de la tendencia de la morbilidad pone de manifiesto que el medio ambiente es la causa determinante primordial del estado de salud general de cualquier población" (Illich, 1975).

19

[illegible]

Comentarios:

Reflejar en controles analíticos la periodicidad con que se efectúan dichos controles (BOE 20 de septiembre 1990). Fuente: Farmacéutica titular. En el apartado de flúor se anotará cantidad de flúor en las aguas. Fuente: Farmacéutico titular.

En el porcentaje de viviendas conectadas a la red la fuente es el Ayuntamiento. En el apartado de Cl residual y PH se anotará la media de cloro residual de los tres últimos análisis, así como el PH último que se conozca (BOE 9 mayo 1981). Fuente: Farmacéutico titular.

24 Especificar si existen cortes durante el año o puntos críticos en los que pasa la red de abastecimiento por debajo de la de alcantarillado, así como la fuente de agua de las viviendas no conectadas a la red.

3.B AGUAS RESIDUALES²⁵

20

MUNICIPIO	ALCANT.	% VIVIENDAS CON ALCANT.	TRATAM.	PUNTO DE VERTIDO

Comentarios:

²⁵ Anotar si existe red de alcantarillado o no en el municipio

²⁶ Especificar si el punto de vertido es río, pozos negros, embalse, superficial u otras.

3.C SUELO

21

Comentarios:

3.D FLORA

Comentarios:

3.E AIRE

Comentarios:

27 Especificar tipos de cultivo, así como comentarios sobre los vertederos de la zona, señalando el número de ellos incontrolados. Fuente: Ayuntamiento y E.A.P.

28 Indicar tipos de plantas de la zona, con especial atención en las setas, tipo de árboles y gramíneas (tener en cuenta época de polinización por las alergias). Fuente: E.A.P.

29 Señalar los abonos, plaguicidas y herbicidas empleados en la zona, así como la existencia de industrias contaminantes (señalar en el mapa de la Z.B.S. -1.C- su localización con un asterisco).

N° DE CABEZAS DE LA Z.B.S.³⁰

VINO

BALLAR

APRINO

VINO

ORCINO

CANINO

Comentarios³¹:Otros Aspectos³²:

30 Fuentes: Ayuntamiento (Censo de ganado y Censo canino) y Veterinario oficial de Salud Pública..

31 Indicar si existen zonas de vectores, así como la existencia de animales salvajes (ejemplo Jabalí por el riesgo de triquinosis). Especificar controles que realizan los servicios veterinarios oficiales, así como los comentarios que se consideren oportunos (Por ejemplo "el número de cabezas de ganado bovino ha sufrido un importante descenso en el último año debido a una campaña de saneamiento realizada").

32 Indicar número de mataderos de la Z.B.S. e industrias cárnicas, estado higiénico de los mismos, tratamiento de desechos y si tienen sistema de eliminación de decomiso. Fuente: Veterinario oficial de Salud Pública.

Comentarios³³:

33 Anotar anomalías detectadas en las inspecciones realizadas a los centros de distribución de alimentos (bares, tiendas, restaurantes, etc.). Fuente: Veterinarios oficiales de Salud Pública.

24

[illegible]

Comentarios :

34 Fuente: Mediante escrito a la Dirección de Atención Primaria, Unidad de Apoyo Técnico en el que se delimite la zona por puntos kilométricos (ejemplo entre el Km. 57 y 100 de la C-505, entre el Km. 88 y el 110 de la C-501).

35 Anotar posibles puntos de riesgo que existan en los distintos municipios y puntos donde de forma esporádica o habitual existe aglomeración de gente (por ejemplo salida de colegios, carretera entre tal y tal municipio muy utilizada los fines de semana por jóvenes, cruce de carreteras peligroso, paso a nivel de trenes, etc.).

Se señalará en el mapa de la Z.B.S. - I.C- la localización de los puntos negros con una cruz (se considerarán puntos negros aquellos puntos donde han existido tres o más de tres accidentes en el último año -las travesías de las poblaciones se considerarán como un único punto negro-).

3.1 VIVIENDAS³⁶

25

MUNICIPIO	N° VIVIENDAS PRINCIPALES	N° VIVIENDAS SECUNDARIAS	N° VIVIENDAS DESOCUPADAS	N° VIVIENDAS COLECTIVAS
TOTAL Z.B.S.				

Comentarios :

36 Fuente: I.N.E. (censo de viviendas de 1991). En Avila según la fuente anteriormente citada el 47,7% de las viviendas son principales, el 39,2% secundarias y el 0,12% colectivas siendo en Castilla y León el 63,14% de las viviendas principales, el 21,09% secundarias y el 0,18% colectivas y a nivel nacional el 68,76% de las viviendas principales, el 15,37% secundarias y el 0,20% colectivas.

37 Especificar la existencia de infravivienda y señalar en el mapa de la Z.B.S. -1.C- la localización de núcleos de infravivienda con un #.

4. SITUACIÓN ECONÓMICO - SOCIAL DE LA Z.B.S.³⁸

4.A Nivel de instrucción de la población

4.B Centros docentes

4.C Asociaciones de la Z.B.S.

4.D Equipamiento cultural-recreativo-deportivo

4.E Recursos sociales

4.F Situación laboral

4.F.1 Tasa de actividad

4.F.2 Población ocupada por sectores económicos

4.G Delincuencia

³⁸ Determina, en gran medida, los problemas de salud de la comunidad; por lo que su conocimiento es necesario para poder abordarlos.

"La enfermedad se genera según la forma en que se organiza la reproducción social" (Martínez, 1990).

4.A NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACIÓN > 10 AÑOS DE LA Z.B.S.³⁹ 27

Analfabetos: %

Sin estudios y
no clasificables: %

Primer grado: %

Segundo grado: %

Tercer grado: %

Comentarios:

³⁹ Fuente: I.N.E. Censo de población de 1991. A nivel provincial los resultados en Ávila son el 2,9% analfabetos, el 23,8% sin estudios y no clasificables, el 41,2% de primer grado, el 26,5% de segundo grado y el 5,4% de tercer grado.

43 Incluir cofradías y peñas juveniles. En cada asociación se especificará: Identificación (Nombre, Domicilio social y Población), Dependencia y ámbito (Año de fundación y ámbito de actuación), Actividades que desarrolla, Características (Número de socios, Sexo, Edad del socio mayor y del menor, Régimen económico y Subvenciones). Fuente: E.A.P.

4.D EQUIPAMIENTO CULTURAL-RECREATIVO-DEPORTIVO⁴⁴

30

NÚMERO EN LA Z.B.S.

BIBLIOTECAS:

CINES/TEATROS:

CENTROS JUVENILES:

PISTAS DEPORTIVAS:

PISCINAS:

DISCOTECAS:

BARES:

RESTAURANTES:

Comentarios⁴⁵:

⁴⁴ Fuente: E.A.P.

⁴⁵ Incluir algún comentario sobre su distribución dentro de la Z.B.S. así como sobre su utilización.

4.E RECURSOS SOCIALES:

CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES⁴⁶:

CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS (Tipos de centros y Servicios):

Residencias

Hogares

Centros de día

Centros de rehabilitación de drogodependientes

Centros de minusválidos

46 En cada uno de ellos se especificará: Recursos Materiales (características del local e instalaciones), Recursos Humanos, Servicios y Prestaciones (incluir actividades) y Horario.

4.F.1 Tasa de actividad de la Z.B.S.

Tasa de actividad de ambos sexos:

Tasa de actividad de varones:

Tasa de actividad de mujeres:

4.F.2 Población de la Z.B.S. ocupada por sectores económicos:

Agricultura: %

Energía y agua: %

Industria: %

Construcción: %

Servicios: %

Comentarios:

47 Fuente: I.N.E. Censo de Población de 1991. A nivel provincial la tasa de actividad de Ávila según la fuente señalada anteriormente era para ambos sexos de 43,34, para varones de 63,14 y para mujeres de 23,47. La población ocupada se distribuía el 21,5% en agricultura, el 14,7% en industria, el 15,5% en construcción y el 48,2% en servicios.

Comentarios⁴⁸:

48 Incluir comentarios sobre delincuencia existente en la zona (robos, maltratos, agresiones sexuales, ambiente percibido de peligrosidad, etc.). Fuente: E.A.P.

5. MORBILIDAD DIAGNOSTICADA DE LA Z.B.S.

5.A Morbilidad diagnosticada más frecuentemente.

5.B Enfermedades de declaración obligatoria (E.D.O.) de la Z.B.S.

5.C Urgencias más frecuentes.

5.D Morbilidad laboral:

5.D.1 Accidentes laborales.

5.D.2 Enfermedades profesionales.

5.D.3 Enfermedades relacionadas con el trabajo.

5.E Porcentaje de niños de 2° de Educación Secundaria Obligatoria.

5.F Distribución numérica y porcentaje de los percentiles de talla y peso de niños de 1° y 5° de Educación Primaria y 2° de E.S.O.

49 Nos sirve para conocer el nivel de salud de la población y además nos permite determinar objetivos en salud a alcanzar y elegir indicadores para evaluar los programas.

5.A MORBILIDAD DIAGNOSTICADA MÁS FRECUENTEMENTE⁵⁰

35

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Comentarios:

⁵⁰ Anotar las diez primeras causas de morbilidad diagnosticada en 1997.
Fuente: Registro de actividad diaria del E.A.P. Ver Anexo 1. Clasificar según WONCA.

5.B ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (E.D.O.) DE LA Z.B.S. 36
EN 1997⁵¹

CASOS, TASAS/100.000, MEDIANA⁵² I.E.⁵³

51 Fuente: E.A.P. si no se disponen en el Equipo de los datos pedírselo a la Junta de Castilla y León, Delegación Territorial de Ávila, Servicio Territorial de Bienestar Social, Servicio de Epidemiología. Ver Anexo 2.

52 Mediana del quinquenio anterior. Fuente: Junta de Castilla y León, Delegación Territorial de Ávila, Servicio Territorial de Bienestar Social, Servicio de Epidemiología.

53 Índice Epidémico para una enfermedad dada es la razón entre los casos presentados en 1997 y los casos que se esperan o prevén (mediana del quinquenio anterior). Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal; si es menor o igual a 0,75 baja; si es mayor o igual a 1,25 alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad, dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos produce grandes variaciones en él.

CASOS, TASAS/100.000, MEDIANA I.E.

CASOS, TASAS/100.000, MEDIANA I.E.

Comentarios:

5.C URGENCIAS MÁS FRECUENTES⁵⁴:

38

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Comentarios:

⁵⁴ Se anotarán las urgencias más frecuentes atendidas durante 1997 codificadas según la CIE-9. Fuente: Libro de urgencias.

5.D.1 Accidentes Laborales:

N° de accidentes laborales con baja de la Z.B.S. en 1997:

Leves	Graves	Mortales	In itinere
-------	--------	----------	------------

5.D.2. Enfermedades profesionales:

Enf. profesional	N°	Enf. profesional	N°
------------------	----	------------------	----

Comentarios:

⁵⁵ Fuente: Dirección de Atención Primaria, Unidad de Apoyo Técnico.

56 "El ambiente de trabajo y sus características pueden contribuir, sumados a otros factores de riesgo, a la aparición de enfermedades de etiología múltiple y compleja. Los estudios epidemiológicos han demostrado que, entre ciertos sectores de la población trabajadora, se puede encontrar una mayor prevalencia o riesgo de enfermedades "multifactoriales" (provocadas por múltiples factores), como la hipertensión, trastornos del sistema locomotor, enfermedades respiratorias crónicas no específicas, úlceras gástricas y duodenales y una serie de trastornos del comportamiento. En consecuencia es apropiado llamar **enfermedades relacionadas con el trabajo** a las alteraciones de ese tipo. Entre los grupos afectados se identifican cada vez más como elementos de riesgo factores psicosociales negativos durante el trabajo, la falta de atención (O.M.S., 1985).
Anotar, de la morbilidad diagnosticada, cual puede ser en un porcentaje elevado relacionada con el trabajo. Fuente : E.A.P.

5.E PORCENTAJE DE NIÑOS DE 2° DE E.S.O. CORRECTAMENTE VACUNADOS⁵⁷

41

N° de niños de 2° de E.S.O. correctamente vacunados
 ----- X100 = %
 N° de niños de 2° de E.S.O.

Porcentaje de niños de 2° de E.S.O. vacunados contra
 la hepatitis B: %

5.F DISTRIBUCIÓN Y PORCENTAJE DE LOS PERCENTILES DE 1° , 5° DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y 2° DE E.S.O.⁵⁸

	Número	%
Escolares con talla < P3 y peso > P97	_____	_____
Escolares con talla < P3 y peso < P3	_____	_____
Escolares con talla < P3 y peso entre P3 y P97	_____	_____
Escolares con talla > P97 y peso > P97	_____	_____
Escolares con talla > P97 y peso < P3	_____	_____
Escolares con talla > P97 y peso entre P3 y P97	_____	_____
Escolares con peso < P3 y talla entre P3 y P97	_____	_____
Escolares con peso > P97 y talla entre P3 y P97	_____	_____

Comentarios:

⁵⁷ Se considera estado vacunal correcto cuando el escolar ha recibido las dosis vacunales correspondientes al calendario aconsejable en la fecha de su nacimiento.

⁵⁸ Fuente: Programa de salud escolar (anexo VIII de dicho programa).

6. MORTALIDAD DE LA Z.B.S.⁵⁹

6.A Número de fallecidos por grupos de edad y sexo en 1997

6.A.1 Tasa de mortalidad

6.A.2 Índice de swaroop

6.A.3 Tasa estandarizada de mortalidad (método indirecto)

6.A.4 Índice comparativo de mortalidad

6.B Distribución de las diez primeras causas de mortalidad

6.C Mortalidad específica en grupos seleccionados

6.C.1 Tasa de mortalidad infantil

⁵⁹ La muerte es un fenómeno ineludible en la vida de las personas, por lo que es un indicador utilizado en todo el mundo por su accesibilidad y disponibilidad, sin embargo hay que tener en cuenta las desventajas que tienen por lo que se están utilizando cada vez más índices de salud positivos. A pesar de lo anterior los indicadores de salud negativos continúan utilizándose muy frecuentemente.

6.A NÚMERO DE FALLECIDOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN 1997⁶⁰

43

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-<1:			
1-14:			
15-44:			
45-49:			
50-64:			
>65:			
TOTAL:			

6.A.1 Tasa de mortalidad de la Z.B.S. en 1997:

$$\frac{\text{Nº total de fallecidos durante 1997}}{\text{Población de la Z.B.S. de dicho año}} \times 1000 =$$

6.A.2 Índice de Swaroop:

$$\frac{\text{Nº de fallecidos >50 años}}{\text{Nº total de fallecidos}} \times 100 = \%$$

⁶⁰ Fuentes: Ayuntamiento (libro de registro civil de defunciones) y Registros específicos de los Equipos. En 1996 la tasa de mortalidad de Ávila fue de 10,65 siendo la nacional de 8,90 (Fuente: I.N.E. Movimiento Natural de la Población, datos provisionales de 1996). El índice de Swaroop de España en 1996 era de 90,69% y en Ávila de 88,25%. (Fuente I.N.E. Movimiento Natural de la Población 1996. Elaboración propia).

⁶¹ La población está recogida en el apartado 2.B

6.A.3 Tasa estandarizada de mortalidad (método indirecto)⁶²

44

Grupo de edad	T.M.E.E. Provincial	Muertos Reales	Población de la Z.B.S.	Muertos Teóricos
0-<1	8	_____	_____	_____
1-14	0,40	_____	_____	_____
15-44	0,71	_____	_____	_____
45-64	5,34	_____	_____	_____
≥65	42,6	_____	_____	_____
Total		_____	_____	_____

Total de muertos Teóricos

Tasa estandarizada de la Z.B.S.: ----- X 1000=
Población total de la Z.B.S.

62 Al utilizar la tasa bruta de mortalidad como indicador de salud debe considerarse la influencia que sobre el valor de la tasa tiene la estructura por edad de la población considerada, uno de los métodos para eliminar dicha influencia es la estandarización de tasas. Mediante el método indirecto las tasas de mortalidad específicas por edad de una población de referencia se aplican a la población que se compara, con sus respectivos grupos de edad, y el número de defunciones así estimado se compara con el real, calculando el índice comparativo de mortalidad (I.C.M.) para esa población.

La tasa de mortalidad específica por edad (T.M.E.E.) a nivel provincial en 1995 está recogida del I.N.E. Movimiento Natural de la población. Año 1995. En muertos reales se anotarán el número de muertos de distintas edades en 1997 (reflejado en el apartado 6.A). La población de la Z.B.S. está recogida en el apartado 2.A. Los muertos teóricos se calculan de la siguiente forma: Muertos teóricos = (T.M.E.E. Nacional X Población de la Z.B.S. de ese grupo de edad) ÷ 1000.

6.A.4 Índice comparativo de mortalidad (I.C.M.)⁶³:

45

Tasa bruta de mortalidad de la Z.B.S.

----- X 100=

Tasa estandarizada de mortalidad de la Z.B.S.

Comentarios⁶⁴:

63 Nos relaciona la tasa bruta de mortalidad de nuestra zona con su estandarizada. Si el I.C.M. = 100, quiere decir que a estructura por edad igual nuestra zona tiene la misma mortalidad que España. Si el I.C.M. >100, nos indica que nuestra zona tiene una mortalidad superior a la nacional. Si el I.C.M. <100 nuestra zona tiene una mortalidad inferior a la nacional. (Ejemplo, I.C.M. = 125 nuestra zona tiene una mortalidad superior a la nacional en un 25%, I.C.M. = 80 nuestra zona tiene una mortalidad inferior a la nacional, siendo la mortalidad nacional el 80% de la nuestra).

La tasa bruta de mortalidad de la Z.B.S. está calculada en el apartado 6.A.1 y la tasa estandarizada en el 6.A.3.

64 Comentar las razones por las que creemos que nuestro I.C.M. es > o < que el de la provincia.

6.B DISTRIBUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN NÚMERO Y PORCENTAJE⁶⁵

46

CAUSA	NÚMERO	PORCENTAJE
-------	--------	------------

65 Poner las diez primeras causas obtenidas a partir de las defunciones de 1997 de la Z.B.S. codificadas, según la causa fundamental, con la lista B de 50 grupos de causas para tabulaciones de mortalidad de la CIE-9 y ordenadas de mayor a menor número de defunciones. Fuente: Ayuntamiento (Libro del registro civil de defunciones). Ver Anexo 3. Incluir también el número de suicidios y de homicidios aunque no estén entre las diez primeras causas de mortalidad de la zona.

6.C MORTALIDAD ESPECÍFICA EN GRUPOS SELECCIONADOS

47

6.C.1 Tasa de mortalidad infantil⁶⁶:

Nº de nacidos vivos muertos antes cumplir un año de edad
durante 1997 en la Z.B.S.

----- X 1000 =
Nº de nacidos vivos en 1997 en esa zona⁶⁷

Comentarios⁶⁸:

⁶⁶ En Avila en 1996 la tasa de mortalidad infantil fue de 4,15 siendo la nacional de 5,97. Fuente: I.N.E. Movimiento Natural de la población. Datos provisionales de 1996.

⁶⁷ Recogido en el apartado 6.A.

⁶⁸ Recogido en el apartado 2.C.

⁶⁹ Incluir comentarios sobre toda la mortalidad de la Z.B.S. y no solo de la mortalidad infantil.

7. ATENCIÓN DE SALUD⁷⁰

7.A Recursos humanos

7.B Instalaciones

7.C Equipamiento

7.D Organización y actividades

7.D.1 Presión asistencial media

7.D.2 Total de usuarios atendidos, derivaciones y
prescripción

7.D.3 Órganos de participación comunitaria

7.D.4 Programas y protocolos que se están realizando

7.D.5 Sistemas de información y registros del equipo

⁷⁰ Permite conocer el volumen, tipo y distribución de los recursos que se disponen para combatir los problemas identificados en la zona.

7.A RECURSOS HUMANOS⁷¹

49

NÚMERO

ENFERMEROS:

HABITANTES/ENFERMERO:

MÉDICOS:

HABITANTES/MÉDICO:

PEDIATRAS:

TRABAJADORES SOCIALES⁷²:

ADMINISTRATIVOS:

AUX. ADMINISTRATIVOS:

AUX. ENFERMERÍA:

CELADORES:

VETERINARIOS OFICIALES DE SALUD PÚBLICA⁷³:

FARMACÉUTICOS TITULARES:

OTROS:

Comentarios⁷⁴:

71 Fuente: E.A.P. Se reflejará la plantilla real de la zona. En los pediatras se reflejarán las consultas específicas de pediatría, independientemente de quien lo pase.

72 En el caso de los trabajadores sociales se especificará si están a tiempo completo o parcial y en ese caso cuántos días a la semana.

73 Tanto en farmacéuticos como en veterinarios se especificarán si están más del 50% del tiempo en el centro de salud.

74 Señalar si el personal es fijo o no si la plantilla ha sufrido muchos cambios y sobre el reparto de la carga de trabajo. Se especificará cual es la < y la > relación población /sanitario en la zona.

7.B INSTALACIONES

50

[illegible]

75 Se entiende por consultorio un local habilitado exclusivamente para este fin. Se especificará el n° de consultas de medicina y de enfermería, metros cuadrados de la sala de espera y número total de aseos. Entre paréntesis en cada apartado se indicará el estado del lugar correspondiente:

- B. Bueno: no necesita modificaciones
- R. Regular: necesita modificaciones ornamentales, no
- M. Malo: necesita modificaciones estructurales

estructurales

Fuente: E.A.P.

7.C EQUIPAMIENTO⁷⁶:

51

Número, porcentaje de núcleos de población y porcentaje de población en los que **no** se dispone del referido equipamiento

	Núcleos de población		Población
	n°	%	%
Agua corriente	_____	_____	_____
Mesa	_____	_____	_____
Sillas	_____	_____	_____
Archivador	_____	_____	_____
Camilla	_____	_____	_____
Báscula Adultos	_____	_____	_____
Báscula pesa-bebes	_____	_____	_____
Negatoscopio	_____	_____	_____
Foco de luz	_____	_____	_____
Tallímetro	_____	_____	_____
Instrumental	_____	_____	_____
Esfigm. mercurio	_____	_____	_____
Esfigm. aneroides	_____	_____	_____
Fonendoscopio	_____	_____	_____

76 Fuente: E.A.P.

77 Incluir comentarios sobre el estado del Centro de Salud y de los puntos de atención continuada (P.A.C.). Así como sobre equipamiento que no se tenga y se considere necesario tener.

7.D ORGANIZACIÓN Y ACTIVIDADES

53

7.D.1 Presión asistencial media⁷⁸:

Número de sanitarios con presión asistencial media de:

	Médicos	Enfermeros	Pediatras
Hasta 25 pacientes/día	_____	_____	_____
De 26 a 35 pacientes/día			
De 36 a 45 pacientes/día			
De 46 a 55 pacientes/día			
Más de 55 pacientes/día			
Comentarios ⁷⁹ :			

⁷⁸ Fuente: Registros enviados a la Dirección de Atención Primaria.

⁷⁹ Los que considere oportunos el E.A.P. Incluir en ellos la frecuentación.

7.D.2 Total de usuarios atendidos, derivaciones y prescripción⁸⁰ 54

1. Medicina General y Pediatría

Medicina

Pediatría

En el centro | Por enfermedad:
| Por razones Administr.:
| Incluidos en programas:

En domicilio:

2. Enfermería

Total de usuarios atendidos en el centro:

De ellos: 1. Usuarios consulta de Enfermería⁸¹:

2. Usuarios por otras causas:

Total de usuarios atendidos en domicilio:

1. A demanda

2. Programados

3. Trabajador social:

Nº de usuarios atendidos:

Nº de visitas domiciliarias:

Nº de usuarios derivados a servicios sociales de base:

80 Fuente: Registro de actividad mensual del Equipo. Ver Anexo 2.

81 Se considera consulta de enfermería la que se desarrolla en un espacio físico definido donde se atiende individualmente a las personas que plantean espontáneamente problemas de salud, a las derivadas por otro profesional y a las que forman parte de un protocolo o programa de salud previamente acordados por el equipo. No se consideran consultas de enfermería las actividades que se desarrollan exclusivamente en la sala de curas.

Demanda:

55

Demanda de pruebas complementarias:

- Laboratorio:

- Radiología:

Derivaciones a especialista y hospital:

Prescripción⁸²:

ACTIVO

PENSIONISTA

Coste total por usuario:

Coste medio de recetas:

Nº de recetas por asegurado:

82 Fuente: Dirección de Atención Primaria.

7.D.3 Órganos de participación comunitaria⁸³

56

Consejo de salud ¿ Existe?: número de reuniones en 1997:

Grado de participación y en qué ha participado:

Otros órganos de participación comunitaria:

Grado de participación y en qué han participado:

Comentarios:

⁸³ Fuente: E.A.P.

⁸⁴ En caso de que no se haya constituido el consejo de salud poner las razones principales, que según el equipo, han imposibilitado su existencia.

7.D.4 Programas y protocolos que se están realizando⁸⁵:

57

En funcionamiento⁸⁶:

En elaboración:

Comentarios⁸⁷:

⁸⁵ Fuente: E.A.P.

⁸⁶ Se incluirán aquí los que llevan un mínimo de tres meses funcionando; indicándose al lado de cada programa o protocolo el tiempo que lleva utilizándose.

⁸⁷ Señalar su grado de implantación entre todos los miembros del equipo, así como las actividades de educación para la salud que lleven incluidos.

⁸⁸ Fuente: E.A.P. Se señalarán todos los que se cumplimenten, tanto los obligados por el INSALUD o por la Junta de Castilla y León como los específicos que haya diseñado el Equipo.

8. ESCALA DE VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA (E.V.A.) Y DATOS DE APOYO
PARA EL AUTOCUIDADO EN PERSONAS >DE 75 AÑOS⁸⁹

8.A Resultados

⁸⁹ Sirve para determinar necesidades de cuidados sanitarios y sociales, tanto a nivel individual como comunitario.

"La evolución de los índices de dependencia de la población de Castilla y León a partir del año 1960, muestra un fenómeno de envejecimiento progresivo, con unos índices que han pasado de los correspondientes a una estructura estacionaria a los que presenta una población envejecida. Por provincias Avila y Soria son las más envejecidas".

Dirección general de Salud Pública y asistencia: "La Salud en Castilla y León" (Junta de Castilla y León, 1990).

Esta población envejecida origina unas necesidades de cuidados tanto sanitarios como sociales que esta escala nos permite determinar.

⁹⁰ Se expondrán los resultados de la E.V.A. y de los datos de apoyo para el autocuidado que se obtengan tras haber realizado las encuestas a la muestra que corresponda de > de 75 años. Ver Anexos 4 y 5. Si se necesita ayuda contactar con: Dirección de Atención Primaria, Unidad de Apoyo Técnico.

9. ENCUESTA GENERAL A LA POBLACIÓN SOBRE MORBILIDAD PERCIBIDA Y
HÁBITOS RELACIONADOS CON LA SALUD⁹¹

⁹¹ Las encuestas son el único instrumento capaz de medir un conjunto de variables relacionadas con la salud. La encuesta que nosotros vamos a utilizar nos permite conocer:

- Morbilidad percibida:
 - Autovaloración del estado de salud.
 - Morbilidad percibida aguda.
 - Morbilidad percibida crónica.
- Hábitos de vida:
 - Consumo de tabaco
 - Consumo de alcohol
 - Horas de sueño
 - Ejercicio físico
 - Hábitos alimenticios.

⁹² Se expondrán los resultados que se obtengan tras haber realizado la encuesta a una muestra representativa de la Z.B.S. Ver Anexos 4 y 6. Si se necesita ayuda contactar con: Dirección de Atención Primaria, Unidad de apoyo técnico.

10. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD⁹³

10.A Priorización de problemas

10.B Análisis de los problemas

⁹³ Es la parte cumbre de todo el diagnóstico y sin embargo falta en un gran número de ellos. Es imprescindible, para realizar el análisis (la identificación de los problemas en su génesis y posteriormente ver la manera de solucionarlos). Hay que tener en cuenta que la enfermedad se genera según la forma en que se organiza la sociedad.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Comentarios:

⁹⁴ De acuerdo a los datos anteriores se hará por parte de todo el Equipo un listado de problemas detectados. Si no se acuerda otro método de consenso se propone la siguiente priorización de cuatro criterios asignando una puntuación de 1 a 5 por criterio a cada uno de los problemas. Los criterios de priorización son: 1. **Magnitud del problema (M)**: Intensidad y afectación del daño que viene dada por los indicadores de morbi-mortalidad. 2. **Trascendencia del problema (T)** expresada desde dos puntos de vista: la opinión de la población respecto al mismo y la trascendencia socio-económica que el problema de salud tiene en esa comunidad. 3. **Vulnerabilidad (V)**: medida en función de las posibilidades técnicas existentes para reducir el problema. 4. **Relación costo-beneficio (C-B)**: este criterio expresa la relación existente entre el costo de los recursos utilizados en la solución de un problema y los beneficios obtenidos con la inversión de esos recursos (González, 1990).

Los problemas de salud se colocarán ordenados de mayor a menor grado de prioridad

10.B ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS⁹⁵

65

1. Problema:

- a) Factores condicionantes:

- b) Consecuencias para la salud:

- c) Grupos más afectados:

- d) Actitud actual de la población

- e) Actitud deseable de la población

- f) Actividades

⁹⁵ Se analizarán los 10 problemas de salud prioritarios con el fin de establecer el origen y las consecuencias de los mismos lo cual va a permitir establecer cuáles son las relaciones causales de mayor peso y cuya modificación condicionará una mejora del nivel de salud. Se anotarán también las actividades que deben realizarse para disminuir el problema. En esta hoja, y cada una de las siguientes, se anotará un problema.

2. Problema:

- a) Factores condicionantes:
- b) Consecuencias para la salud:
- c) Grupos más afectados:
- d) Actitud actual de la población
- e) Actitud deseable de la población
- f) Actividades

3. Problema:

- a) Factores condicionantes:
- b) Consecuencias para la salud:
- c) Grupos más afectados:
- d) Actitud actual de la población
- e) Actitud deseable de la población
- f) Actividades

4. Problema:

- a) Factores condicionantes:
- b) Consecuencias para la salud:
- c) Grupos más afectados:
- d) Actitud actual de la población
- e) Actitud deseable de la población
- f) Actividades

5. Problema:

- a) Factores condicionantes:
- b) Consecuencias para la salud:
- c) Grupos más afectados:
- d) Actitud actual de la población
- e) Actitud deseable de la población
- f) Actividades

6. Problema:

- a) Factores condicionantes:
- b) Consecuencias para la salud:
- c) Grupos más afectados:
- d) Actitud actual de la población
- e) Actitud deseable de la población
- f) Actividades

7. Problema:

- a) Factores condicionantes:
- b) Consecuencias para la salud:
- c) Grupos más afectados:
- d) Actitud actual de la población
- e) Actitud deseable de la población
- f) Actividades

8. Problema:

a) Factores condicionantes:

b) Consecuencias para la salud:

c) Grupos más afectados:

d) Actitud actual de la población

e) Actitud deseable de la población

f) Actividades

9. Problema:

- a) Factores condicionantes:
- b) Consecuencias para la salud:
- c) Grupos más afectados:
- d) Actitud actual de la población
- e) Actitud deseable de la población
- f) Actividades

10. Problema:

- a) Factores condicionantes:
- b) Consecuencias para la salud:
- c) Grupos más afectados:
- d) Actitud actual de la población
- e) Actitud deseable de la población
- f) Actividades

ANEXO 1

**Junta de
Castilla y León**
Consejería de Cultura y Bienestar Social

Semana nº que termina el sábado día , mes , 19

ENFERMEDADES QUE DEBEN DECLARARSE TAMBIEN NOMINALMENTE

ENFERMEDADES QUE DEBEN DECLARARSE TAMBIEN NOMINALMENTE	
005 1	BOTULISMO
023	Brucelosis
022	Carbunco
001	COLERA
032	DIFTERIA
004	Disenteria bacilar
060	FIEBRE AMARILLA
082 1	Fiebre exant. medil (f. boronosa)
087 1	Fiebre recurrente por garrapatas
087 0	Fiebre recurrente por piojos
390-392	Fiebre reumática aguda
002	Fiebre tifoidal y paratifoidea
070 0-070 1	Hepatitis A
070 2-070 3	Hepatitis B
070 6-070 9	Hep. vírica sin especificar
122	Hidatidosis
098 0-098 1	Inf. gonoc. (ex. Off. neonatorum)
036	INFECCION MENINGOCOCICA
085	Leishmaniasis
030	Lepra
100	Leprosifrosis
480-486	Neumonia
098 4	Otitis media neonatorum
099	Otras ETS (ex. Sifilis and Gonoc.)
010-018	Otras tubercul. (ex. Tuberc. pulm.)
084	PALUDISMO
020	PESTE
045	POLIOMIELITIS
071	RABIA
670	Sepsis puerperal
091	Sifilis
037 y 771 3	Tétanos
080	TIFUS EXANTEMÁTICO
076	Tracoma
124	TRIQUINOSIS
011	Tuberculosis pulmonar

ENFERMEDADES DE DECLARACION
SOLO NUMERICA

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN SOLO NUMERICA	
006 009	Diarreas agudas inespecificas
133 0	Escabiosis
034 1	Escarlatina
487	Gripe
460-466	I H A (ex Gripe y Neumonia)
072	Parotiditis
056	Rubeola
055	Sarampion
033	Tosferina
003 y 005	Toxinf alim (ex Botulismo)
052	Variola

100

Zona Básica de Salud

COD

Provincia

MUNICIPIOS

300

ANEXO 2

CIAS.....!

Z.B.S.....: 170114

Mes.....: 11

LAS NAVAS DEL MARQUES

Factor de corrección...: 1.00

	ZONA	DESPLAZADOS	TOTAL
Nº Consultas Enfermería.....:	0	0	0
Nº Consultas Otras Causas.....:	0	0	0
Nº Consultas Total Centro.....:	0	0	0

CONSULTAS EN DOMICILIO

	ZONA	DESPLAZADOS	TOTAL
Visitas a Demanda.....:	0	0	0
Visitas Programadas.....:	0	0	0
Total Domicilio.....:	0	0	0

EDUCACION PARA LA SALUD

Nº Grupos.....:	0	Nº Horas....:	0
-----------------	---	---------------	---

CIAS.....:

Z.B.S.....: 176114

LAS NAVAS DEL MARQUES

Hes.....:

Factor de corrección...: 1.00

	ZONA	DESPLAZADOS	TOTAL
Nº Us. C. Demanda			
Nº Us. C. Admtiva.Organizada.....			
Nº Us. C. Programadas.....			
Nº Us. C. Total.....			

Nº Us. Domicilio Demanda.....:

Nº Us. Domicilio Programada.....:

Total Domicilio.....:

Nº de Horas Demanda.....:

Nº de Horas Prgramada.....:

Rx:

ANALISIS:

ANEXO 3

LISTA DE 50 GRUPOS DE CAUSAS PARA TABULACIONES DE MORTALIDAD

<i>Grupos de causas</i>	<i>Números de la Lista Detallada</i>
B 1 Cólera	000
B 2 Fiebre tifoidea	001
B 3 Disentería bacilar y amibiasis	004, 006
B 4 Enteritis y otras enfermedades diarreicas	008, 009
B 5 Tuberculosis del aparato respiratorio	010-012
B 6 Otras tuberculosis, incluyendo efectos tardíos	013-019
B 7 Peste	020
B 8 Difteria	032
B 9 Tos ferina	033
B10 Angina estreptocócica y escarlatina	034
B11 Infecciones meningocócicas	036
B12 Poliomiелitis aguda	040-043
B13 Viruela	050
B14 Sarampión	055
B15 Tifus y otras rickettsiosis	080-083
B16 Paludismo	084
B17 Sífilis y sus secuelas	090-097
B18 Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	{ Resto de 000-136
B19 Tumores malignos, incluyendo los neoplasmas del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos	140-209
B20 Tumores benignos y tumores de naturaleza no especificada	210-239
B21 Diabetes mellitus	250
B22 Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	260-269
B23 Anemias	280-285
B24 Meningitis	320
B25 Fiebre reumática activa	390-392
B26 Enfermedades reumáticas crónicas del corazón	393-398
B27 Enfermedades hipertensivas	400-404
B28 Enfermedades isquémicas del corazón	410-414
B29 Otras formas de enfermedad del corazón	420-429
B30 Enfermedades cerebrovasculares	430-438

*Números de la
Lista Detallada*

B31	Influenza	470-474
B32	Neumonía	480-486
B33	Bronquitis, enfisema y asma	490-493
B34	Úlcera péptica	531-533
B35	Apendicitis	540-543
B36	Obstrucción intestinal y hernia	{ 550-553 560
B37	Cirrosis hepática	571
B38	Nefritis y nefrosis	580-584
B39	Hiperplasia de la próstata	600
B40	Aborto	640-645
B41	Otras complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio. Parto sin mención de complicación	{ 630-639 650-678
B42	Anomalías congénitas	740-759
B43	Lesiones al nacer, partos distócicos, y otras afecciones anóxicas e hipóxicas perinatales	{ 764-768 772, 776
B44	Otras causas de mortalidad perinatal	{ 760-763 769-771 773-775 777-779
B45	Síntomas y estados morbosos mal definidos	780-796
B46	Todas las demás enfermedades	{ Resto de 240-738

CAUSA EXTERNA DE LA LESION

BE47	Accidentes de vehículos de motor	E810-E823
BE48	Los demás accidentes	{ E800-E807 E825-E949
BE49	Suicidio y lesiones autoinfligidas	E950-E959
BE50	Las demás causas externas	E960-E999

ANEXO 4

RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE LAS ENCUESTAS

Se entiende por **población**, en estadística, al conjunto de individuos, generalmente inaccesible, del que se pretende extraer una serie de conclusiones, pero que no pueden ser estudiados en su totalidad. Se llama **muestra** al conjunto menor de individuos, accesible y limitado, sobre el que se realiza la encuesta con idea de obtener conclusiones generalizables a la población. Debe ser por tanto un modelo reducido pero representativo de la población de donde procede. **Individuo** será cada uno de los miembros de la población y de la muestra, en los individuos de la muestra se realiza la encuesta, a los individuos de la población serán aplicables posteriormente los resultados. **Tamaño de la muestra** es el número de individuos que forman la muestra (Carrasco, 1989).

Hay que tener en cuenta que la primera encuesta que realizamos (escala de valoración de la autonomía y datos de apoyo para el autocuidado) va dirigida únicamente a personas $\geq$ de 75 años, por lo tanto nuestra población serán las personas $>$ de 75 años de nuestra Z.B.S. (recogida en el apartado 2.B de la guía)

La segunda encuesta va dirigida a toda la población de la zona (reflejada en el apartado 2.B)

Predeterminación del tamaño de la muestra ($p < 0,1$)

- Población de 1000 tamaño muestra = 213
- Población de 1500 tamaño muestra = 229
- Población de 2000 tamaño muestra = 238
- Población de 2500 tamaño muestra = 244
- Población de 3000 tamaño muestra = 248
- Población de 3500 tamaño muestra = 251
- Población de 4000 tamaño muestra = 253
- Población de 4500 tamaño muestra = 255
- Población de 5000 tamaño muestra = 257
- Población de 5500 tamaño muestra = 258
- Población de 6000 tamaño muestra = 259
- Población de 6500 tamaño muestra = 260



- Población de 7000 tamaño muestra = 260
- Población de 7500 tamaño muestra = 261
- Población de 8000 tamaño muestra = 262
- Población de 8500 tamaño muestra = 262
- Población de 9000 tamaño muestra = 263
- Población de 9500 tamaño muestra = 263
- Población de 10.000 tamaño muestra = 263
- Población de 12.500 tamaño muestra = 265
- Población de 15.000 tamaño muestra = 266
- Población de 17.500 tamaño muestra = 266
- Población de 20.000 tamaño muestra = 267

Si la población de nuestra Z.B.S. no coincide con las anteriores mencionadas se tomará siempre la población mayor a esta; ejemplo: población de nuestra zona = 10.534, la población que cogeremos para elegir el tamaño de muestra es de 12.500 y la muestra por tanto será = 265.

Tablas de números aleatorios: Son utilizadas para seleccionar al azar los individuos de la población estudiada que deben formar parte de la muestra. Están formadas por un conjunto de cifras del 0 al 9 cuyo orden obedece al azar. Dichas cifras están agrupadas en bloques de filas y columnas con el objetivo de facilitar su lectura, la cual puede iniciarse desde cualquier punto de la tabla. La forma de utilización consiste en tomar en cualquier lugar de las páginas de números aleatorios las columnas necesarias para seleccionar los individuos previamente numerados.

Ejemplo:

Tamaño de la población de la Z.B.S. = 5143

Tamaño de la muestra, como la siguiente población que tenemos es 5500 cogemos la muestra que corresponda a ese tamaño, que según lo expuesto anteriormente es de 258.

Vamos a la tabla de números aleatorios tendremos que tomar cuatro columnas. Leyendo sucesivamente los números que contienen esas columnas vamos apartando aquellos que resulten ≤ 5143 hasta obtener 258 (tamaño de la muestra)

El tipo de muestreo que vamos a utilizar es un **muestreo aleatorio simple** (Polit, 1987). Siguiendo con el ejemplo anterior tenemos ya 258 números entre el 1 y el 5143; para ver cuales corresponden a cada municipio se asignan números correlativos a los padrones de cada municipio ordenados los anteriores según número de hoja y número de orden (el orden en que se colocan dichos municipios no importa), por ejemplo:

Municipio A tiene 300 habitantes; le asignamos los números aleatorios que hayan salido del 1 al 300

Municipio B de 543 habitantes; le asignamos del 301 al 843 (por lo tanto su padrón va numerado del 301 al 843)

Municipio C de 4300 habitantes; le asignamos de 844 al 5143 (por lo tanto su padrón va numerado del 844 al 5143)

En el caso de que nuestra población sea únicamente la población > de 75 años lo haremos de forma similar a lo anterior teniendo en cuenta que la población que se considera en cada municipio es solamente la > de 75 años (reflejada en el apartado 2.B), ejemplo: Población total de la Z.B.S. > de 75 años = 2380, tamaño de la muestra 244; vamos a las tablas de números aleatorios y cogemos cuatro columnas; de ahí sacamos 244 números entre el 1 y el 2380

Municipio A tiene 100 personas >de 75 años (reflejado en el anexo 2.A); le asignamos los números aleatorios que hayan salido del 1 al 100

Municipio B tiene 280 personas >de 75 años (reflejado en el anexo 2.A); le asignamos los números aleatorios que hayan salido del 101 al 380

Municipio C tiene 2000 personas >de 75 años (reflejado en el anexo 2.A); le asignamos los números aleatorios que hayan salido del 381 al 2380

Por ejemplo, si ha salido en la tabla de números aleatorios el número 8 cogeremos del municipio A la persona > de 75 años que figure en el padrón de ese municipio colocada en el 8° puesto **teniendo en cuenta solo a las personas de >75 años.**

De esta forma elegiremos a los individuos que forman la muestra y a los que, por lo tanto, vamos a realizar las encuestas

Inicialmente y tras la localización del individuo en el padrón municipal, nos dirigiremos a su domicilio para realizar la encuesta. Se abandonará su búsqueda cuando se nos confirme el cambio de domicilio, muerte o traslado. En caso de tener nueva dirección en el mismo municipio, nos desplazaremos hasta ella con el fin de realizar la encuesta.

En el domicilio: nos presentaremos debidamente y pediremos su colaboración amablemente. En caso de existir resistencias, se intentará de nuevo. Desistir si vemos que no vamos a tener colaboración adecuada. Aclarar que es algo deseable pero no obligatorio.

Se responderá a las preguntas con una sola respuesta. No se debe dejar ninguna en blanco, se pondrá no sabe/no contesta (NS/NC).

Siempre que encuentre este punteado..... especifique.

ANEXO 5

MODELO DE ENCUESTA E.V.A.

1. DATOS PRELIMINARES.

1.1 Número de encuesta:

1.2 Identificación del encuestador (Nombre y firma):

1.3 Domicilio del encuestado

Calle:

Municipio:

1.4 Edad (en años):

1.5 Sexo (hombre=1, mujer=2):

1.6 Fecha de entrevista: / /

1.7 Hora de comienzo	Hora de finalización
----------------------	----------------------

2. CUESTIONARIO PRELIMINAR

2.1 ¿En qué día estamos? ¿Mes, día, año?

2.2 ¿Qué día de la semana es hoy?

2.3 ¿En qué sitio nos encontramos?

2.4 ¿Cual es su número de teléfono?.(Si no tiene teléfono) ¿Cual es su dirección?

2.5 ¿Cuántos años tiene?

2.6 ¿Cual es la fecha de su nacimiento?

2.7 ¿Quién es el presidente del gobierno?

2.8 ¿En qué año comenzó la guerra civil?

2.9 ¿Cómo se llamaba su madre?

2.10 Restar desde 20 hacia atrás de 3 en 3 hasta llegar a 0.

TOTAL DE ERRORES:

Totalizar los errores: si suman seis o mas, poner en la pregunta siguiente la respuesta 2, y continuar la entrevista con la persona que habitualmente lo cuida, pero referida al anciano que ha sido seleccionado.

1.8 Tipo de entrevista (directa=1, acompañante=2):

NECESIDADES FUNCIONALES BÁSICAS

1. ALIMENTACIÓN
2. HIDRATACIÓN
3. USO DE MEDICAMENTOS
4. SÍNTOMAS
5. TAREAS COTIDIANAS
6. DESPLAZAMIENTO, DEAMBULACIÓN
7. DESCANSO-SUEÑO
8. ASEO-HIGIENE
9. ELIMINACIÓN INTESTINAL
10. ELIMINACIÓN VESICAL
11. OCUPACIÓN-TIEMPO LIBRE
12. USO DE RECURSOS
- TOTAL

0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

VALORACIÓN DE LOS SENTIDOS FUNCIONALES MENTALES

1. SENTIDOS
2. MEMORIA
3. COMPRENSIÓN
4. ORIENTACIÓN
5. COMPORTAMIENTO
- TOTAL

0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

MANUAL DE USO DE LA ESCALA DE VALORACION DE LA AUTONOMIA -EVA-

NECESIDADES FUNCIONALES BASICAS:

1.- ALIMENTACION

0.- Come solo

1.- Come solo pero necesita estímulos o vigilancia o hay que prepararle la comida (trocear, servir la mesa).

2.- Necesita alguna ayuda para comer o que alguien le sirva los platos uno a uno.

3.- Le da de comer otra persona o tiene tubo nasogástrico o gastrostomía o alimentación parenteral.

2.- HIDRATACION

0.- Bebe solo.

1.- Bebe solo pero necesita estímulos o vigilancia.

2.- Necesita alguna ayuda para beber o que alguien le sirva los líquidos.

3.- Le da de beber otra persona o tiene sueroterapia endovenosa.

3.- USO DE MEDICAMENTOS

0.- No toma. O los toma según las instrucciones.

1.- Requiere supervisión o recuerdo para asegurar el uso correcto de los medicamentos.

2.- Toma los medicamentos si se los preparan.

3.- Hay que administrarle los medicamentos según las instrucciones.

4.- SINTOMAS:

0.- No padece síntomas que influyan en su nivel de autonomía, o estos no afectan a dicho nivel.

1.- Los síntomas afectan a la autonomía de tal forma que, solo con una supervisión adecuada se compensa.

2.- Necesita ayuda para compensar el nivel de autonomía.

3.- Se suple totalmente la actividad compensadora por otra persona.

5.- TAREAS DOMESTICAS:

0.- Realiza solo la preparación de comidas, planifica y realiza la compra solo, las labores del hogar, lavado de ropa.

1.- Realiza solo pero necesita supervisión para la preparación de las comidas, la planificación de la compra, las labores del hogar y el lavado de ropa.

2.- Necesita ayuda para realizar la preparación de las comidas, la planificación de la compra, las labores del hogar y el lavado de ropa.

3.- No puede realizar por si mismo la preparación de las comidas, ni la planificación de la compra, las labores del hogar y el lavado de ropa.

8.- DESPLAZAMIENTO, DEAMBULACION:

0.- Realiza solo los desplazamientos:

- Andar (con o sin bastón)

- No necesita silla de ruedas

- Sube/baja escaleras solo.

- Entra y sale de la cama.

1.- Realiza sólo pero necesita supervisión:

2.- Necesita ayuda para realizar:

3.- No puede realizar por si mismo:

- Andar (con o sin bastón)

- Usar la silla de ruedas

- Subir/bajar escaleras solo.

- Entrar y salir de la cama.

- 7.- DESCANSO SUEÑO:
- 0.- Hasta 6 horas de sueño diarias, o sensación de sueño reparador.
 - 1.- Con hipnóticos esporádicos u otras medidas (leche, baños), logra mantener un patrón normal.
 - 2.- Incluso tomando hipnóticos no mantiene patrón normal.
 - 3.- Incluso tomando hipnóticos no mantiene patrón normal.
- 8.- ASEO - HIGIENE:
- 0.- Realiza solo el:
 - 1.- Realiza solo, pero necesita supervisión para:
 - 2.- Necesita ayuda para realizar:
 - 3.- No puede realizar por si mismo:
 - aseo personal, vestirse y arreglarse.
- 9.- ELIMINACION INTESTINAL:
- 0.- Continente.
 - 1.- Incontinente ocasional u ostomía de la que puede cuidar solo o necesita periódicamente un enema.
 - 2.- Incontinencia frecuente o necesita cuidados diarios de ostomía.
 - 3.- Siempre incontinente o lleva compresas y le hacen los cuidados completos.
- 10.- ELIMINACION VESICAL:
- 0.- Continente.
 - 1.- Incontinencia ocasional o gotas, sonda permanente de la que se ocupa solo, o necesita que se le recuerde para evitar incontinencias.
 - 2.- Incontinencia frecuente o necesita ayuda para cuidar de una sonda permanente.
 - 3.- Siempre incontinente o lleva compresas y necesita que hagan los cuidados completos.
- 11.- OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE:
- 0.- Realiza con normalidad actividades de tiempo libre y ocio.
 - 1.- Realiza bajo supervisión actividades de tiempo libre.
 - 2.- Necesita ayuda para realizar actividades de tiempo libre.
 - 3.- No realiza actividades de tiempo libre-ocio.
- 12.- USO DE LOS RECURSOS:
- 0.- Utiliza los recursos, controla su economía personal, utiliza el teléfono y algún medio de transporte.
 - 1.- Necesita supervisión para:
 - 2.- Necesita ayuda para:
 - Utilización de los recursos comunitarios o
 - Controlar su propia economía o
 - Para utilizar el teléfono o
 - Para utilizar algún medio de transporte.
 - 3.- No puede utilizar los recursos de la comunidad.

FUNCIONES MENTALES

- | | |
|--|---|
| <p>1.- SENTIDOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0.- Ve, oye y habla sin problemas. 1.- Sentidos disminuidos, pero puede abordar la realización de actividades de la vida cotidiana. 2.- El déficit de sus sentidos influye en las actividades de la vida cotidiana. 3.- Incapaz para abordar las actividades de la vida cotidiana. | <p>3.- COMPRENSION:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0.- Comprende todo lo que se le explica y pregunta. 1.- Es lento para comprender explicaciones y peticiones. 2.- Comprende parcialmente incluso después de repetidas explicaciones. 3.- No se da cuenta de lo que ocurre a su alrededor. |
| <p>2.- MEMORIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0.- Normal. 1.- Olvida los hechos recientes pero recuerda los importantes. 2.- Se olvida de cosas de la vida cotidiana (apagar la cocina, tomar medicamentos, guardar las cosas...). 3.- Amnesia casi total. | <p>4.- ORIENTACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0.- Bien orientado en el tiempo y en el espacio 1.- A veces se desorienta temporo-espacialmente. 2.- Se orienta únicamente en tiempos cortos, en el lugar que habita y con las personas que conoce. 3.- Desorientación completa. |
| | <p>5.- COMPORTAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0.- Correcto. 1.- Trastornos de comportamiento menores que requieren vigilancia ocasional. 2.- Trastornos que requieren vigilancia constante. 3.- Peligroso o necesita medidas para retenerle conductas suicidas. |

DATOS DE APOYO PARA EL AUTOCUIDADO

1.1 CON QUIÉN ESTA VIVIENDO EN ESTE MOMENTO (incluye servicio interno)

1. Solo
2. Con esposa
3. Hijos
4. Nietos
5. Padres
6. Hermanos
7. Otros parientes
8. Amigos
9. Con otras personas
999. NS/NC

1.2 Hablemos ahora de la utilización que hace VD. de los servicios médicos ¿QUIÉN DECIDE ACERCA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIONES QUE USTED NECESITA? (Una sola respuesta)

1. Vd. mismo
2. Su esposa/o Compañero/a
3. Sus hijas
4. Sus hijos
5. Otros hombres de la familia
6. Otras mujeres de la familia
7. Otras personas (especificar)
999. NS/NC

1.3 ¿TIENE ALGUIEN QUE LE AYUDE A REALIZAR LAS TAREAS CORRIENTES DE LA VIDA COTIDIANA?

1. No
2. Esposo/a
3. Hijo/a
4. Otro familiar/amigo
5. Asistent/a
6. Otras (especificar)
999. NS/NC

1.4 SI EN EL FUTURO NECESITARA AYUDA ¿CREE QUE HABRÍA ALGUIEN QUE PUDIERA PRESTARLE AYUDA? ¿Y POR CUANTO TIEMPO?

1. Si, hay una persona que podría durante todo el tiempo necesario
2. Si, durante un período corto (1 semana a 6 meses)
3. Si, pero solo ocasionalmente, para cosas concretas
4. No habría nadie
999. NS/NC

ANEXO 6

ENCUESTA A LA POBLACIÓN GENERAL

1. Relación con el cabeza de familia:

- 1. Cabeza
- 2. Pareja
- 3. Hijo/a
- 4. Otro
- 999. NS/NC

2. Sexo

- 1. Varón
- 2. Mujer

3. Edad

4. Encargado de la alimentación familiar

- 1. Si
- 2. No

5. Tamaño de la familia

- 1. 1 persona
- 2. 2-4 personas
- 3. 5-6 personas
- 4. 7 personas o más
- 999. NC/NS

6. Composición de la familia:

- 1. Solo adultos (18-64 años ambos inclusive)
- 2. Solo mayores (> de 65 años)
- 3. Adultos (con o sin mayores) con hijos menores de 18 años
- 4. Adultos y mayores
- 999. NC/NS

7. En los últimos doce meses, es decir, (especificar mes y año)
¿diría usted que su estado de salud ha sido?:

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo
5. Muy malo

999.NS/NC

8. Quisiera que me dijera si ha padecido Vd. alguna de las siguientes **enfermedades crónicas** durante cierto tiempo o en repetidas ocasiones en el último año

	SI	NO	NC
1. Colesterol	1	2	999
2. Reumatismo, artrosis o artritis, ciática, lumbago o dolor de espalda	1	2	999
3. Problemas de la boca o encías	1	2	999
4. Hemorroides o almorranas	1	2	999
5. Varices	1	2	999
6. Gota, ácido úrico	1	2	999
7. Problemas persistentes en los pies	1	2	999
8. Tensión alta	1	2	999
9. Tumor	1	2	999
10. Piedras en el riñón	1	2	999
11. Algún tipo de defecto físico	1	2	999
12. Problemas de nervios, depresión y trastornos mentales	1	2	999
13. Alergia	1	2	999
14. Diabetes, azúcar en la sangre	1	2	999
15. Anemia	1	2	999
16. Problemas de hígado, vesícula biliar	1	2	999
17. Problemas de corazón	1	2	999
18. Problemas con el período, menopausia	1	2	999
19. Dolor de cabeza, jaqueca, migraña	1	2	999
20. Infecciones de orina, cistitis	1	2	999
21. Hernia	1	2	999
22. Dolencias de estómago	1	2	999
23. Problemas persistentes en la piel, eczema	1	2	999
24. Estreñimiento	1	2	999
25. Bronquitis o asma	1	2	999
26. Otras	1	2	999
27. Ninguna			

8. Ahora quisiera preguntarle acerca de los **dolores** o síntomas que haya podido tener en las **dos últimas semanas** (es decir desde hasta ayer)

	SI	NO	NC
1. Dolores de huesos, de columna o de las articulaciones	1	2	999
2. Problemas de nervios o depresión	1	2	999
3. Mareos o vahídos	1	2	999
4. Fiebre	1	2	999
5. Problemas de garganta	1	2	999
6. Dolor en el pecho	1	2	999
7. Dolor de cabeza	1	2	999
8. Contusión, lesión o herida	1	2	999
9. Tos, catarro o gripe	1	2	999
10. Dolor de oídos	1	2	999
11. Molestias de riñón o urinarias	1	2	999
12. Tensión alta	1	2	999
13. Problemas con los dientes o encías	1	2	999
14. Problemas con el período o menopausia	1	2	999
15. Tobillos hinchados	1	2	999
16. Ahogo, dificultad para respirar	1	2	999
17. Cansancio sin razón aparente	1	2	999
18. Ronchas, picor	1	2	999
19. Molestias de hígado o vesícula biliar	1	2	999
20. Diarreas o problemas intestinales	1	2	999
21. Problemas de estómago o digestivo	1	2	999
22. Dificultad para dormir	1	2	999
23. Otros	1	2	999
24. Ninguno	1	2	999

9. Cambiando de tema ¿podría decirme si **fuma o ha fumado** Vd. alguna vez en su vida de forma habitual?

1. Si, en la actualidad fumo
2. Actualmente no fumo pero he fumado
3. Nunca he fumado

999. NC

10. De las siguientes bebidas alcohólicas ¿con que frecuencia aproximadamente las ha bebido usted en el **último año**?

¿Y que cantidad de **vasos o copas** suele usted beber cada vez?

	1-2 veces día	3-4 veces día	1-2 veces semana	3-4 veces semana	1-2 veces mes	1-2 veces 6 meses	1-2 veces año	nada	NC	cantidad vasos cada vez
Cerveza, sidra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	_____
Vino, champaña	1	2	3	4	5	6	7	8	9	_____
Vermut, vino, jerez y otros vinos de alta graduación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	_____
Licores, cubalibre y otros combinados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	_____

11. ¿Podría decirme **cuantas horas al día duerme Vd** habitualmente?

-..... horas

- 999. NC

12. ¿Cual de esta posibilidades describe mejor su actividad en su tiempo libre?

1. Casi completamente inactivo (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.)

2. Alguna actividad física o deportiva ocasional o esporádica (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas de ligero esfuerzo, etc.)

3. Actividad física regular varias veces al mes (tenis, gimnasio. correr, natación. ciclismo, juegos de equipo, etc.)

4. Entrenamiento físico varias veces por semana

999.NC

13. ¿Qué comió usted ayer? (especificar cantidades en medidas caseras)

Desayuno

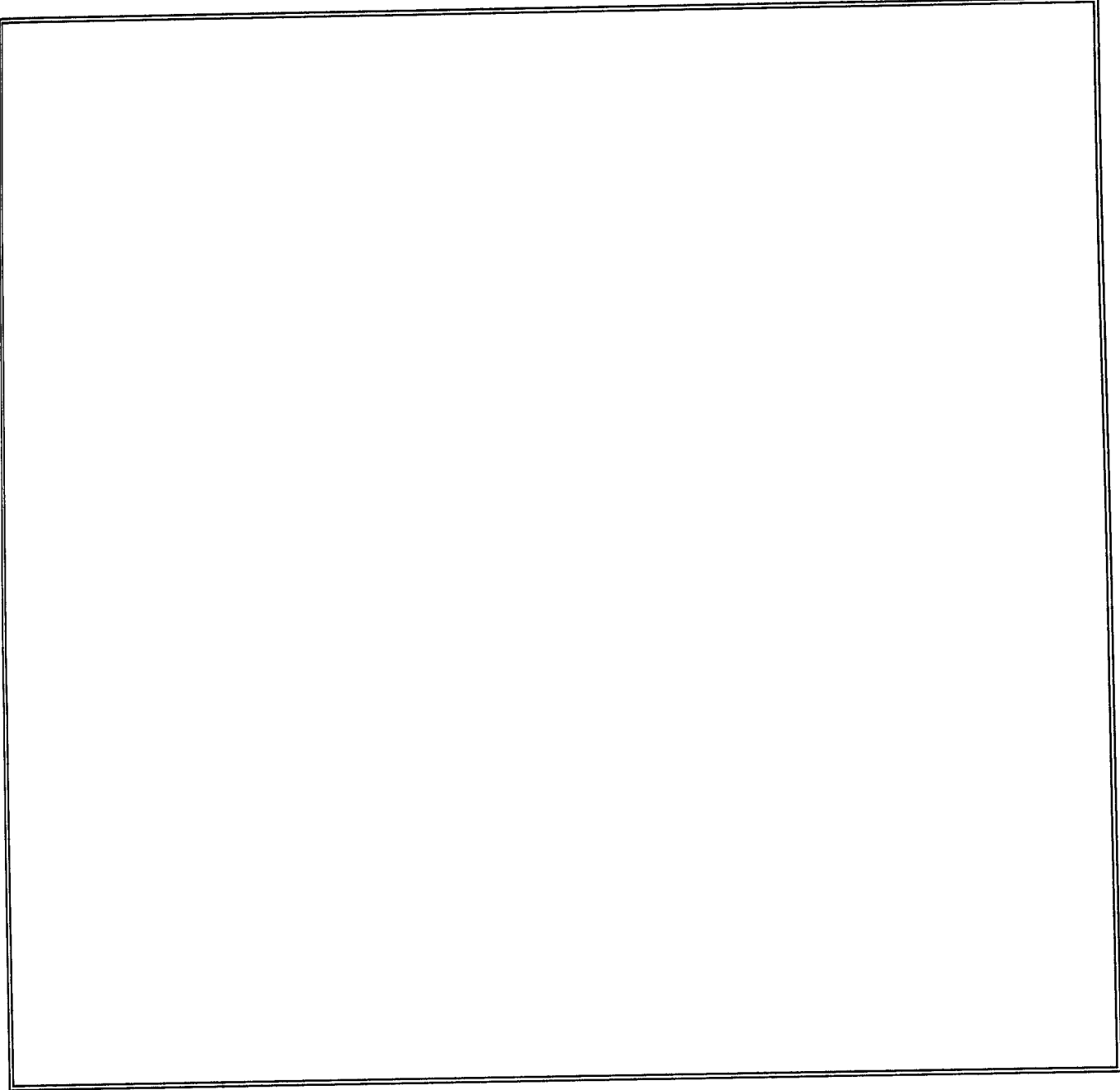
Media mañana

Comida

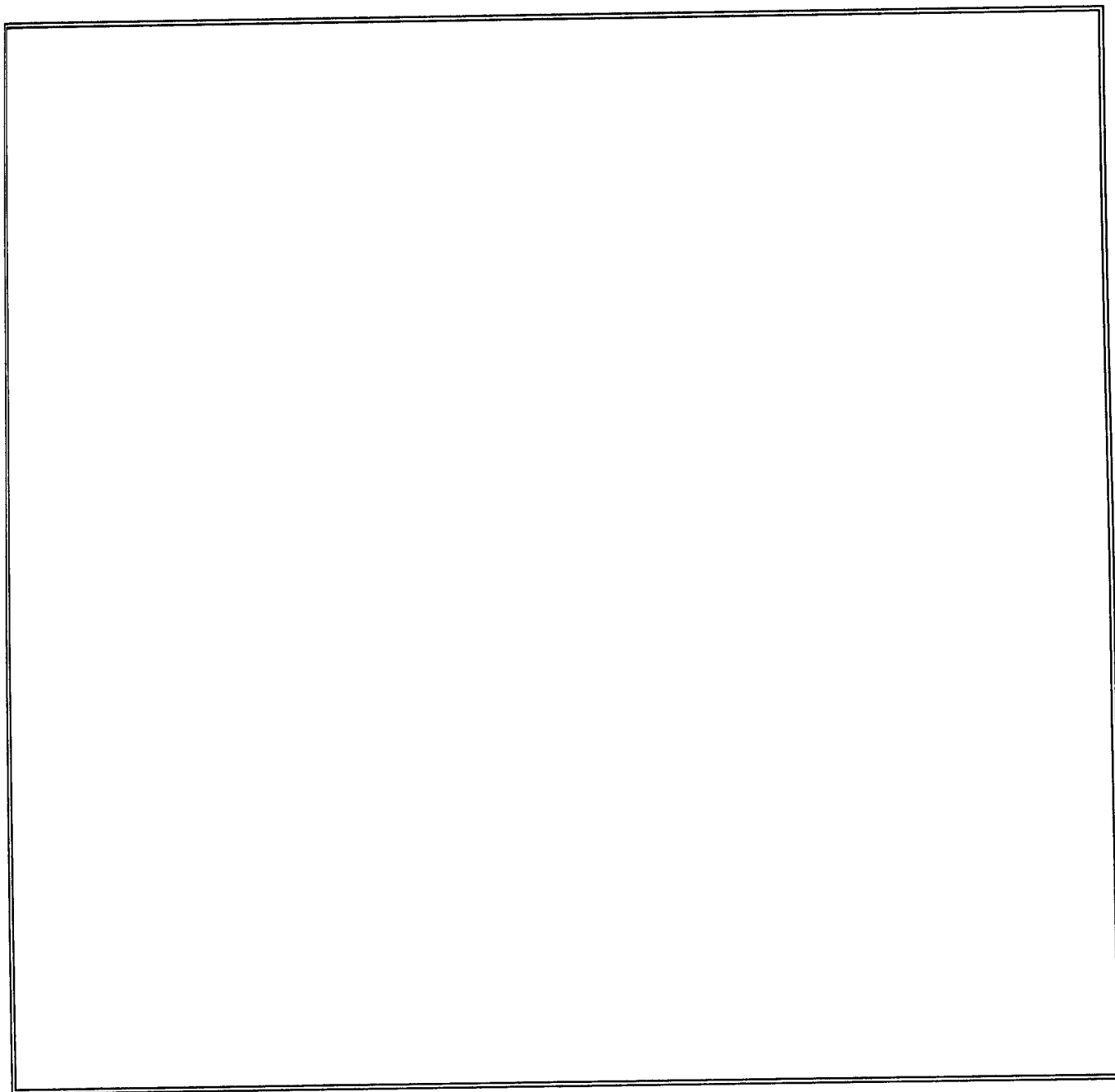
Merienda

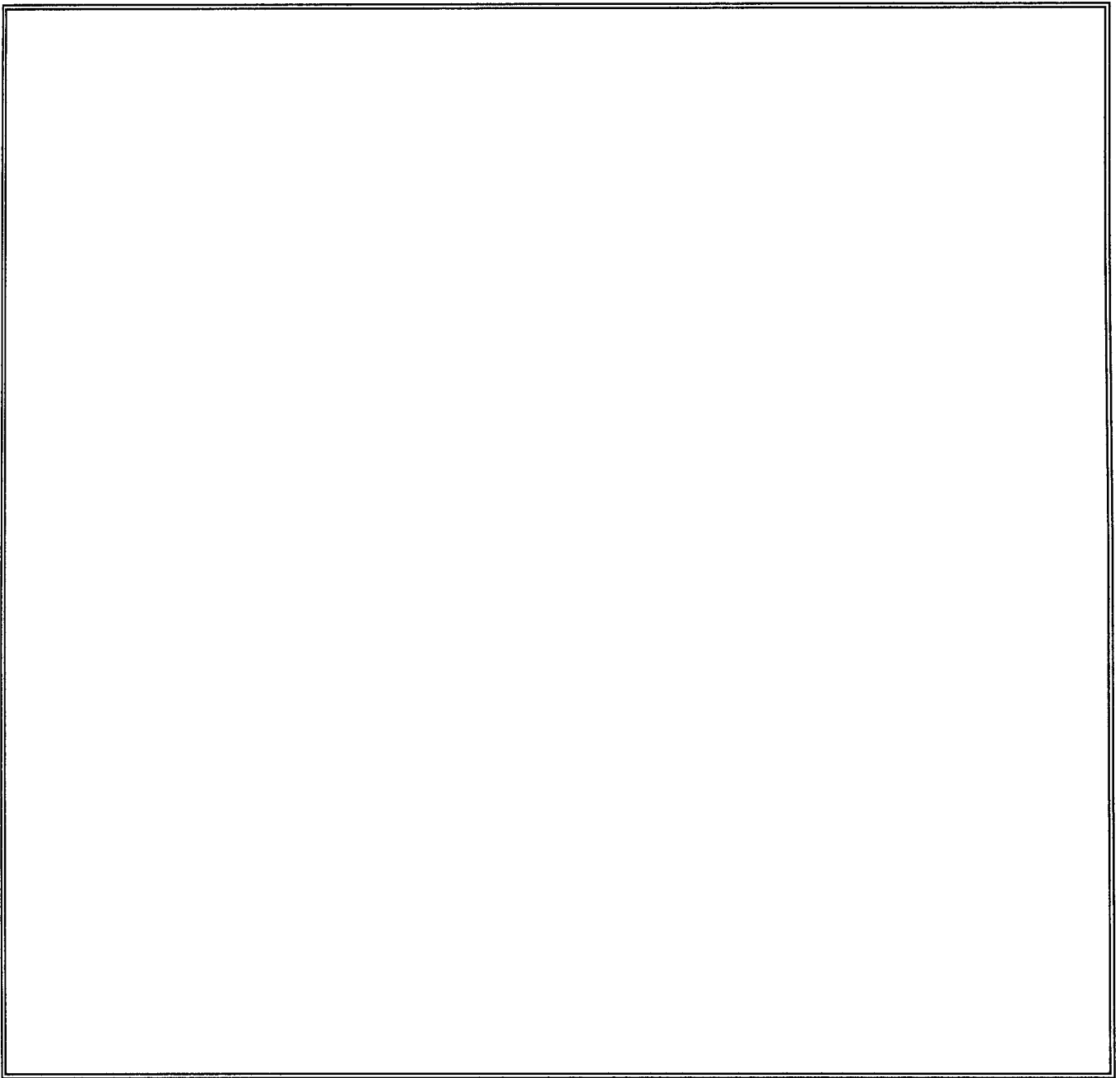
Cena

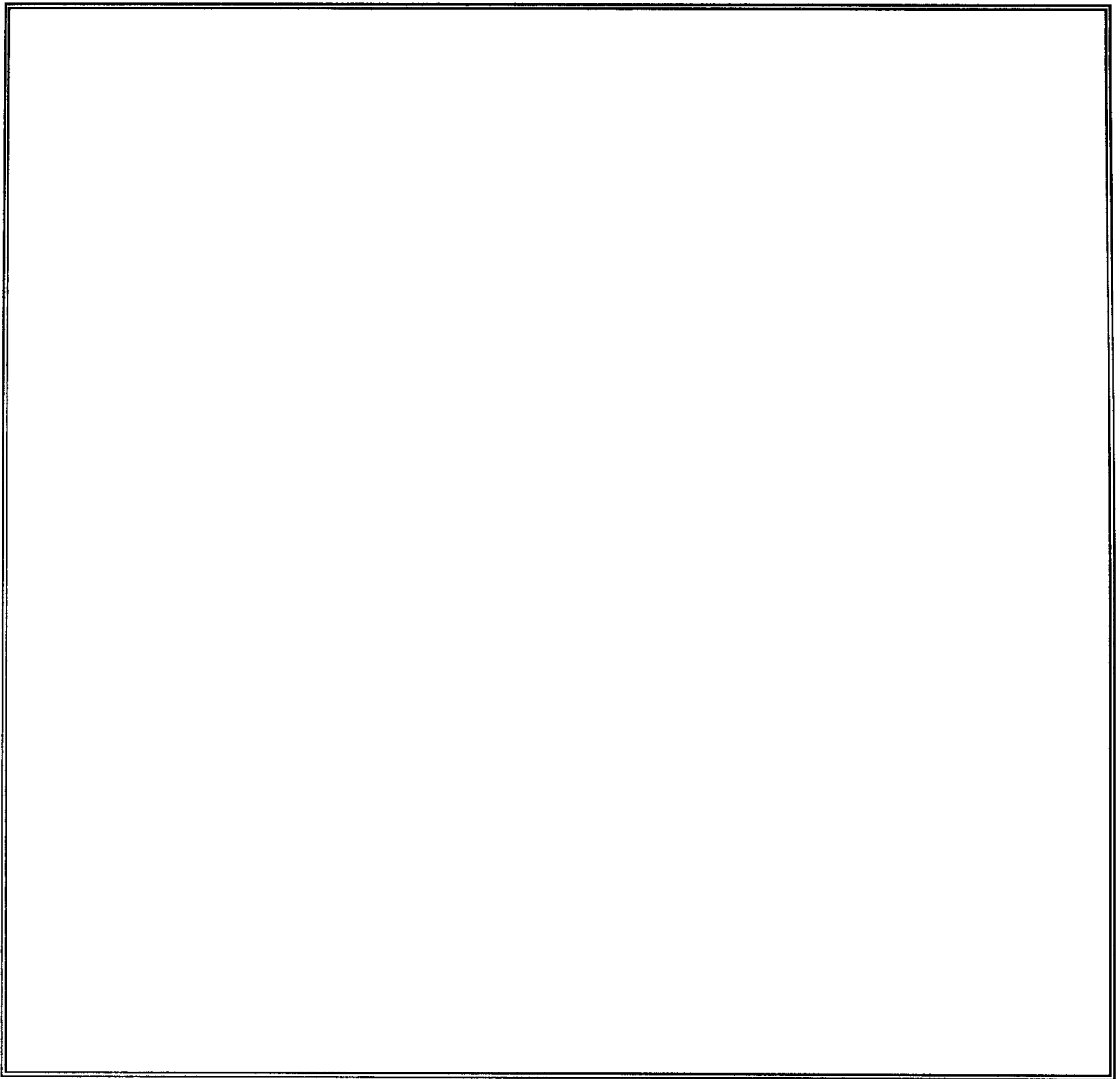
ANEXO 7

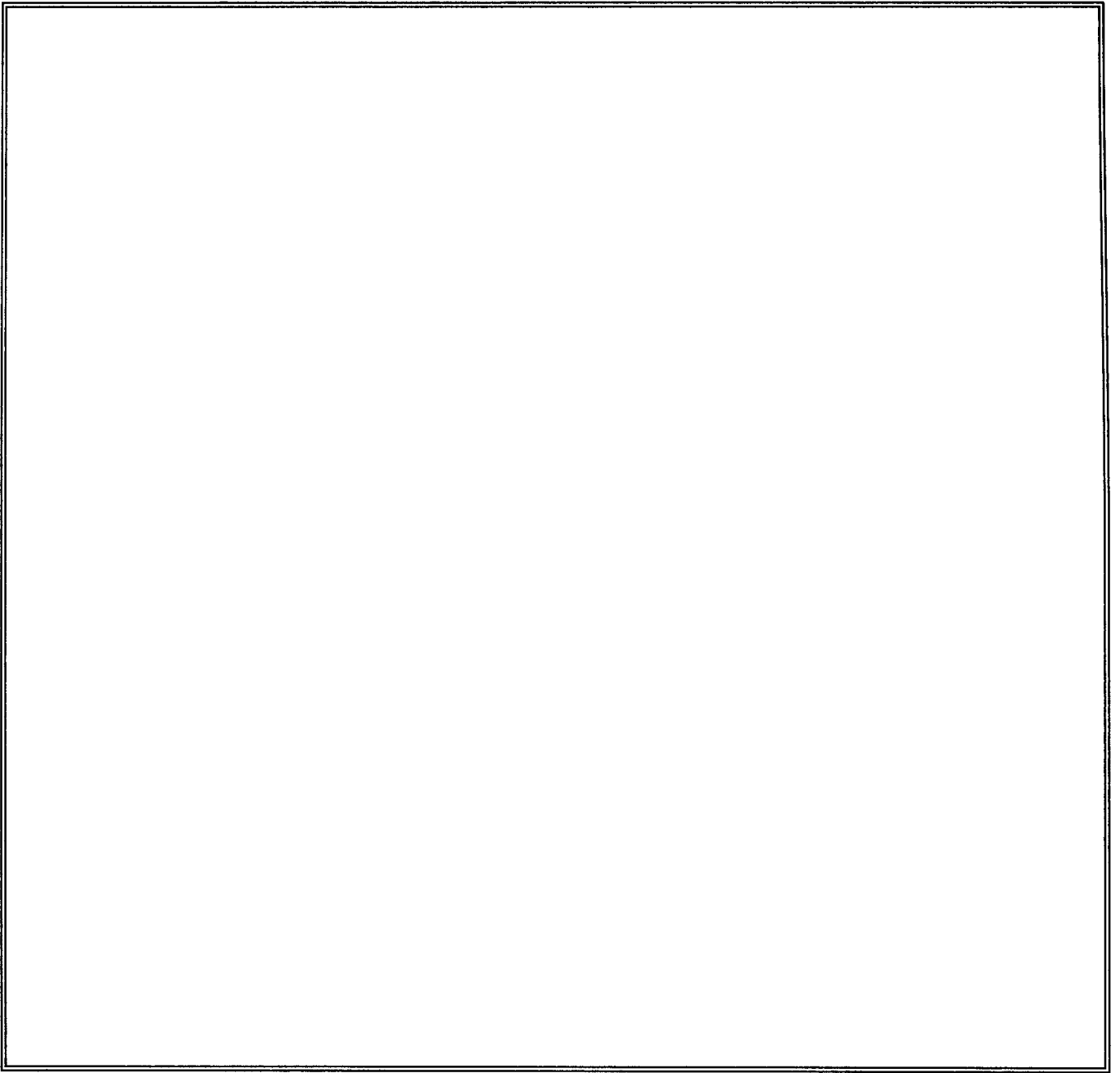


Sacar tantas copias como sea necesario para intercalar en la guía, bien porque sea imprescindible, por ejemplo para poner todos los municipios de la Z.B.S., bien porque el E.A.P. quiera extenderse en algún comentario o poner otros aspectos no incluidos en la guía. Se numerarán con el número de página inmediatamente anterior seguido de una letra.









CONCLUSIONES

PRIMERA:

Los Equipos de Atención Primaria del Área de Salud de Ávila que tienen realizado el diagnóstico de salud están infrautilizándolo.

SEGUNDA:

La guía presentada facilita la elaboración del diagnóstico de salud a los Equipos.

TERCERA:

Dicha guía homogeneiza el diagnóstico de salud de las diferentes Z.B.S. no solo en los datos que se recogen en el diagnóstico sino también en las fuentes donde se obtienen dichos datos lo que permite la comparación entre las distintas zonas aportándonos valiosa información.

CUARTA:

La guía permite conocer como están trabajando otros Equipos por lo que abre canales de información entre los diferentes Equipos.

QUINTA:

Del mismo modo que facilita su elaboración facilita también su revisión lo que permite conocer tanto los éxitos alcanzados como los aspectos a corregir.

SEXTA:

Como resumen de las conclusiones anteriores, podemos afirmar que la guía para la elaboración del diagnóstico de salud presentada, puede ser un instrumento muy útil en la planificación y evaluación de las actividades de los Equipos de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Andrés J, Segura A. Indicadores de salud: panorámica general. Gaceta Sanitaria 1985; IV: 6-11.
- 2.- Antó JM, Company A. Diagnóstico de salud de la comunidad: principios, métodos, medidas y fuentes de datos. Atención Primaria 1984; (1): 247-257.
- 3.- Arcos P, Hernández R, Cueto A. Aspectos Metodológicos de los diagnósticos de salud. Medicina Integral 1987; 9(6): 249-303.
- 4.- Baylet R. De la elección de indicadores sanitarios dentro de las condiciones de un trabajo concreto en los países en desarrollo. Revista de Sanidad e Higiene Pública 1979; 53: 555-574.
- 5.- Berg R. Health status indexes. Chicago: Hospital research and educational trust; 1973.
- 6.- Carrasco JL. El Método Estadístico en la Investigación Médica. Madrid: Editorial Ciencia 3 S.A., 1989.
- 7.- Castellanos PL. Sobre el concepto de salud-enfermedad: un punto de vista epidemiológico. Taller Latino Americano de Medicina Social. IV Congreso Latino Americano y V Congreso Mundial de Medicina Social. Medellín. Colombia; Julio 1987.
- 8.- Censo de ganado. Ayuntamientos de la provincia. Documento xerocopiado.
- 9.- Censo canino. Ayuntamiento de la provincia. Documento xerocopiado.
- 10.- Comisión profesional de actividades hospitalarias. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión. Michigan: La Comisión. Traducido por INSALUD; 1992.
- 11.- Cortina P. Sanometría y salud pública. Revista de Sanidad e Higiene Pública 1983; 57: 255-262.
- 12.- Elola FJ. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990). Madrid: F.I.S.S., 1991.
- 13.- Equipo de Atención Primaria de Arenas de S. Pedro. Diagnóstico de Salud de la Z.B.S. de Arenas de S. Pedro. Ávila: Equipo de Atención Primaria de Arenas de S. Pedro, 1988.
- 14.- Equipo de Atención Primaria Avila Norte. Diagnóstico de salud de la ciudad de Avila 1987. Avila: Caja de Ahorros de Avila, 1988.
- 15.- Equipo de Atención Primaria Avila Rural Este. Diagnóstico de salud de la Z.B.S. Avila Rural Este. Ávila: Equipo de Atención Primaria Avila Rural Este, 1991.

16.- Equipo de Atención Primaria de Piedrahita. Diagnóstico de salud de salud de la Z.B.S. de Piedrahita.Ávila: Equipo de Atención Primaria de Piedrhita;1992.

17.- Godoy E. Indicadores de salud como información básica para la programación en salud. Revista de Sanidad e Higiene Pública 1983; 57: 715-736.

18.- González A. Teoría y Práctica de la Atención Primaria en España.Madrid:Instituto Nacional de la Salud,1990.

19.- González A. Administración por Objetivos.Madrid:Fondo de Investigaciones Sanitarias, 1991.

20.- Hoja de rectificación padronal. Ayuntamientos de la provincia. Documento xerocopiado.

21.- Instituto Nacional de Estadística. Nomenclátor de la provincia de Avila. Censo de la Población de España:I.N.E,1991.

22.- Instituto Nacional de Estadística. Censo de la Población de España: I.N.E.,1991.

23.- Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de habitantes: I.N.E.,1996.

24.- Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población Española: I.N.E,1996.

25.- Instituto Nacional de Estadística. Censo de Viviendas: I.N.E.,1996.

26.- Instituto Nacional de la Salud. Diagnóstico de la situación de salud, Guía para la recogida de información en el Área Sanitaria.Madrid:INSALUD,1986.

27.- Instituto Nacional de la Salud.Organización del Equipo de Atención Primaria.Madrid:Instituto Nacional de la Salud,1991.

28.- Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Bienestar Social, Dirección General de Salud Pública y Asistencia. Programa de Salud Escolar.Valladolid: Junta de Castilla y León,1988.

29.- Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Bienestar social, Dirección General de Salud Pública y Asistencia. La Salud en Castilla y León, Vol. 1 y 2.Salamanca: Junta de Castilla y León,1990.

30.- Kark SL. The practice of Community-Oriented Primary Health Care. New York: Appleton Century Crofts;1981.

31.- Libro de registro civil de defunciones. Ayuntamientos de la provincia. Documento xerocopiado.

32.- Martínez JF. Ensayo sobre salud comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Escuela Nacional de Sanidad, 1990.

33.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria. 3ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.

34.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.

35.- Organización Mundial de la Salud. Indicadores estadísticos para la planificación y la evaluación de programas de salud pública. Serie de Informes Técnicos 472. Ginebra: O.M.S., 1971.

36.- Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Ginebra: O.M.S., 1978.

37.- Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000. Ginebra: O.M.S., 1981.

38.- Organización Mundial de la Salud. Informe técnico nº 714. Ginebra: O.M.S., 1985.

39.- Organización Mundial de la Salud. Los objetivos de la salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.

40.- Pedraza M, et al . Valoración de los niveles de autonomía funcional y datos de apoyo para el autocuidado en personas mayores de 75 años. Manuscrito Escuela Nacional de Sanidad, 1992.

41.- Polit DF. Investigación Científica en ciencias de la salud. 3ª edición. México: Interamericana, 1987.

42.- Sánchez AM. Aparicio V. Análisis de la Situación de Salud: La experiencia del barrio de Nazaret (Valencia). Manuscrito Unidad Docente de Salud Pública. Dptº de Enfermería. Universidad de Valencia; 1992.