

Enfermería



II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

**10 Diagnóstico de salud
de la comunidad:
métodos y técnicas**

Diagnóstico de salud de la comunidad: métodos y técnicas

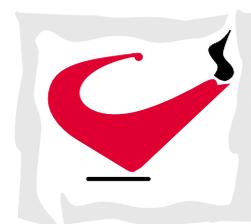
10

Enrique Ramos Calero

Objetivos

Objetivos

- **Explicar el concepto de diagnóstico de salud de la comunidad, sus fundamentos teóricos y su metodología.**
- **Enunciar las peculiaridades esenciales de los principales métodos para el análisis de la situación de salud de una comunidad, distinguiendo entre los cualitativos y los cuantitativos.**
- **Describir las características fundamentales de los siguientes instrumentos de valoración: la observación, la entrevista, la encuesta, las técnicas documentales, los métodos grupales y otras técnicas complementarias.**
- **Enumerar y clasificar los indicadores sanitarios de uso más frecuente en el diagnóstico de salud.**





INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de la situación es la primera fase del proceso de planificación. Constituye la base de cualquier proyecto de intervención, incluida, naturalmente, la planificación de los servicios de salud.

En el ámbito de la atención primaria de salud, al análisis de la situación se le conoce más como diagnóstico de salud de la comunidad, entendido éste como “el proceso de recogida de datos y su posterior transformación en información, que permite conocer cuáles son los problemas y necesidades de salud de la población y los factores que las determinan”. Básicamente, consiste en una descripción detallada de la propia comunidad y del estado de salud de sus habitantes, así como de los factores responsables de dicho estado de salud, de las características de las prestaciones sanitarias que recibe la población y de los problemas y necesidades sentidos por ésta.

El concepto de diagnóstico de salud aparece por primera vez en la literatura científica en la década de los 50 para referirse al estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad. En el año 1957, la Organización Mundial de la Salud (OMS) daba a conocer un informe de un grupo de estudio sobre la medición del nivel de salud recomendando el uso de determinados indicadores sanitarios. El grupo de expertos reconoció que *“los indicadores sanitarios serían útiles para evaluar el nivel de salud de una colectividad, para orientar la acción sanitaria y para facilitar la comparación de los datos obtenidos en distintos países”* [1].

En España, el diagnóstico de salud comenzó a utilizarse, con carácter esporádico, por algunos colectivos profesionales a finales de los años 70, coincidiendo con la Conferencia de Alma Ata y con las primeras experiencias del Modelo de Atención Primaria de salud. Más tarde, el decreto de estructuras básicas de salud del año 84 y la Ley General de Sanidad del año 86, sentaron las bases para el uso más generalizado de una metodología de trabajo cuyo punto de partida sería el análisis de la situación de salud, tanto en el nivel local (zonas y áreas de salud) como en el regional o estatal. De hecho, el artículo ocho de la citada Ley viene a decir que *“se considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención*

de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria”.

Hoy, nadie duda que es necesario conocer el presente para proyectar con ciertas garantías de éxito el futuro deseado, es decir, saber cuál es el punto de partida para decidir con acierto el camino a seguir. Por tanto, no es posible concebir la planificación sin el conocimiento previo de la realidad.

En definitiva, se considera el diagnóstico de salud de la comunidad como un instrumento indispensable para la planificación y programación en materia de salud.

Trataremos de desarrollar en este capítulo los aspectos esenciales que sobre esta materia debe conocer una enfermera comunitaria.

ELEMENTOS BÁSICOS DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD

El análisis de la situación de salud de una comunidad tiene su base teórica en una serie de elementos conceptuales tales con el concepto de salud, los determinantes de la salud, la medición de la salud, el concepto de comunidad o las nociones de problema y necesidad, que conviene recordar.

Salud

Para llevar a cabo el diagnóstico de salud, lo primero que se requiere es tener un concepto claro de lo que se pretende medir, es decir, de lo que entendemos por salud.

Desechada por los expertos, aunque no totalmente por la creencia popular, la idea de que la salud era la ausencia de enfermedad, la OMS definió la salud como *“el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades o afecciones”*; una concepción subjetiva, estática y utópica, aunque positiva en sí misma, pero que, en la práctica, resulta imposible de medir objetivamente.

Hoy, sin renunciar a la definición oficial de la OMS, se consideran más útiles para la planificación y la gestión sanitaria enfoques de tipo ecológico que



El método de observación permite examinar las condiciones del entorno

conciben la salud como el estado de equilibrio y de adaptación al medio; o bien, enfoques funcionales que centran su atención en la plena capacidad del individuo para desempeñar sus funciones en sociedad.

Determinar, por tanto, el grado de bienestar, de adaptación al medio o el funcionamiento de las personas, en la comunidad, es el gran reto de cualquier diagnóstico de salud. No obstante, si la salud es bienestar y equilibrio armónico; si salud es calidad de vida y si la vida se organiza en comunidad, estudiar y mejorar la salud de una comunidad es, en definitiva, promover y alcanzar el fin último de la vida en sociedad.

Determinantes de la salud

El análisis de la situación de salud parte de una concepción ecológica basada en el modelo epidemiológico de la multicausalidad. Ningún problema de salud tiene una causa única. El nivel de salud de una comunidad, como el de una persona, estará determinado por la intervención de diferentes factores que, con distintos grados de intensidad y durante períodos de tiempo variable, ejercen su acción sobre la población. Clásicamente los factores determinantes de la salud se han clasificado en endógenos (hereditarios, congénitos y constitucionales) y exógenos (físicos, químicos, biológicos y sociales); en las últimas décadas se ha preferido clasificarlos como factores ligados a la biología humana, factores relacionados con el entorno, es-

tilos de vida y sistema de asistencia sanitaria. En cualquier caso, lo importante es que en el diagnóstico de la situación de salud de una comunidad, no se pierda la orientación multicausal y que, a través de los indicadores indirectos, se llegue a identificar, con la mayor precisión posible, los factores que condicionan el estado de salud propiamente dicho.

Medida de la salud

Para medir la salud se pueden utilizar tres posibles alternativas: medirla positivamente tratando de cuantificar directamente el grado de bienestar de las personas; medirla negativamente valorando su pérdida (morbilidad y mortalidad); o medirla de forma indirecta a través del estudio de todos aquellos factores que determinan el nivel de salud.

Hasta ahora, los indicadores habituales del nivel de salud utilizados en los países de nuestro entorno, se han centrado en la ausencia de salud (enfermedad, discapacidad, mortalidad) y en la presencia de factores negativos de tipo ambiental, social, etc.

Medir la salud en términos positivos ha sido el gran reto de los últimos años. Numerosos expertos han tratado de homologar métodos basados en la autodeclaración individual (encuestas y entrevistas), en la medición de la capacidad funcional o en la consideración de ciertos elementos asociados a la calidad de vida con la finalidad de poder cuantificar el bienestar físico, mental y social de la población.

A pesar de esos loables intentos, algunos de los cuales citamos en este capítulo (escalas para medir la salud), lo cierto es que, con carácter general, la medición de la salud, tanto individual como colectiva, se sigue realizando, fundamentalmente, en base a indicadores negativos de ausencia total o parcial de la salud, y a indicadores indirectos relacionados con los factores que influyen, especialmente de modo negativo, sobre la salud de la población. Sin embargo, en sociedades como las occidentales, en las que la población goza de niveles de salud relativamente altos, se hacen cada vez más necesarios instrumentos que en lugar de medir la ausencia de salud midan el bienestar, el equilibrio armónico



entre el individuo y el medio, la capacidad de funcionar en sociedad y la calidad de vida.

Comunidad

En otro capítulo de esta misma obra tratamos ampliamente el tema de la comunidad. Aquí sólo queremos dejar constancia de que la naturaleza del diagnóstico de salud estará directamente relacionada con el concepto de comunidad que se maneje.

Una comunidad, desde la percepción del profesional sanitario, debe ser algo más que un conjunto de individuos, más o menos numeroso, asentado en un espacio físico determinado. Una comunidad es un grupo de personas que interactúan con un relativo grado de armonía, que tienen intereses y objetivos comunes, que comparten características sociales, culturales y económicas, que están sometidas a los mismos factores ambientales y a las mismas reglas de convivencia y que tienen similares aspiraciones y problemas, entre ellos, los problemas de salud. Por tanto, ninguno de estos factores puede quedar fuera de un estudio integral de salud comunitaria.

Problema

La identificación de los problemas de salud de una comunidad constituye uno de los objetivos fundamentales de la fase inicial del proceso de planificación. Sin embargo, aunque todos estamos familiarizados con el término problema, no siempre estamos en condiciones de definirlo y, sobre todo, de distinguirlo del concepto de necesidad.

Por problema, en términos comunes, suele entenderse algo que provoca preocupación; una situación difícil que debe ser resuelta, un dilema, conflicto o inconveniente. En definitiva, se trata de una situación considerada como discrepante respecto de lo que consideramos adecuado o idóneo. En términos de salud, el problema representa una desviación o situación deficiente con relación a lo que se haya considerado como conveniente u óptimo. A partir, por tanto, de un concepto de salud óptima como el que ya hemos comentado, cualquier situación de malestar, incapacidad, desequilibrio o enfermedad es considerada como un problema de salud.

Necesidad

Podemos definir la necesidad como la falta de cosas necesarias para vivir o como la situación de alguien que precisa de algo para disfrutar de una situación normal. También se ha definido la necesidad como aquel factor cuya presencia o ausencia impide o limita el funcionamiento normal de algo.

Por necesidades de salud se entienden “*aquellos factores, estados o situaciones en la comunidad cuya ausencia impide que un individuo alcance un bienestar físico, mental y social óptimo*” [2]. En definitiva, la necesidad puede considerarse como la diferencia existente entre una situación real deficiente (problema) y una situación óptima, es decir, como lo que hace falta para solucionar el problema.

No obstante, a la hora de analizar las necesidades de salud de una comunidad, es preciso tener en cuenta que existen varios tipos de necesidades. A saber:

- *Necesidad normativa*, que se establece a partir de lo que los expertos consideran como tal.
- *Necesidad percibida*, se refiere a las necesidades que la población cree tener.
- *Necesidad expresada*, consiste en la que cada individuo expresa mediante la demanda de servicios.
- *Necesidad comparativa*, se determina comparando los servicios que se ofrecen a una comunidad, con los que se necesitan en otra de características similares.

El estudio de cada una de estas necesidades requiere métodos diferentes, así, mientras que las necesidades normativas se establecen, fundamentalmente, por medio de indicadores y métodos cuantitativos; las percibidas se investigan mediante encuestas o entrevistas; las expresadas, a través de observaciones y registros; y las comparativas, fundamentalmente, por medio de indicadores y grupos de expertos.

METODOLOGÍA

La realización del diagnóstico de salud de una comunidad requiere la utilización de una cierta metodología de trabajo, en gran medida coincidente



con la de un proyecto de investigación. Se puede resumir en cinco fases:

Fase preparatoria

Incluye actividades como: definir el ámbito de la comunidad a estudiar (geográfica y demográficamente), formular los objetivos que se desean alcanzar con el trabajo, seleccionar los instrumentos de medida, decidir los métodos de recogida de datos más apropiados, elaborar protocolos, seleccionar e identificar las fuentes de información, prever los recursos materiales y humanos necesarios, etc.

Fase de recogida de datos

Variará dependiendo del tipo de información a recabar y del método que se utilice para ello. Es, sin duda, la parte más laboriosa del proceso y en la que se suele emplear más tiempo. En esta fase se llevan a cabo las actividades de observación directa, las entrevistas, los trabajos de grupo, la consulta de registros y documentos, la realización de encuestas, etc. Cada una de ellas de acuerdo con su propio protocolo.

Fase de tratamiento y elaboración

En esta fase se trata de transformar los datos en información. Los cuantitativos se convertirán en información comprensible mediante apoyo informático y tratamiento estadístico, elaborando indicadores y representándolos gráficamente para una mejor lectura. Los datos cualitativos, por su parte, requerirán de un procedimiento basado en el manejo sistemático, en la búsqueda reflexiva y en el esfuerzo de síntesis para descubrir lo realmente importante y enunciarlo con claridad.

Fase de análisis e interpretación

A la vista de toda la información disponible, se trata, en esta fase, de analizarla e interpretarla, de establecer relaciones causales, de valorar diferencias entre la situación real y la deseada, de comparar los resultados con los de otras comunidades de referencia, etc.

Fase de conclusiones

Consiste, básicamente, en una descripción de la situación de salud de la comunidad (con el enunciado de sus principales problemas y necesidades), así como de los factores que influyen positiva o negativamente sobre la misma para, a partir de dichas con-

clusiones, establecer prioridades y formular objetivos de mejora.

Con independencia de esta metodología general, cada uno de los instrumentos de medida que se utilicen (encuestas, métodos grupales, indicadores etc.) requiere el empleo de procesos específicos, no siempre coincidentes en el tiempo con cada una de las fases del procedimiento común.

INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA SALUD

Los métodos y procedimientos para el estudio de la situación de salud en una comunidad son relativamente numerosos. Con carácter general se pueden clasificar en métodos cuantitativos y métodos cualitativos.

Métodos cuantitativos: son los que más se han utilizado tradicionalmente. Están basados en registros y fuentes documentales ya existentes, por lo que no generan una información nueva, sino que recopilan la que ya existe. Se trata, por tanto, de información objetiva que se presenta en forma de indicadores y datos estadísticos y a la que se le suele atribuir la cualidad de un mayor rigor científico. Sin embargo, los datos cuantitativos tienen el inconveniente de no recoger las necesidades sentidas por la población ni el amplio abanico de matices que en ocasiones requiere el análisis de una situación. Por otra parte, no siempre se dispone de registros suficientes y con garantías de fiabilidad para obtener todos los datos que se precisan a la hora de estudiar la salud de una comunidad.

Métodos cualitativos: son aquellos cuya fuente de información se basa fundamentalmente en la opinión de personas expertas o suficientemente conocedoras del tema en cuestión. Se utiliza, sobre todo, para generar información e ideas nuevas cuando los métodos cuantitativos no son suficientes para identificar los problemas, necesidades o factores determinantes de la salud. Algunos métodos o técnicas cualitativas se utilizan, no sólo en el diagnóstico de la situación, sino en el establecimiento de prioridades, en la formulación de objetivos o en cualquier otra fase del proceso de planificación que requiera un cierto grado de consenso entre expertos antes de explorar las distintas alternativas de intervención.



Observar a la gente in situ forma parte del diagnóstico de salud

Cualquiera que sea la técnica cualitativa que se emplee, es importante que los expertos invitados a participar sean elegidos, además de por sus conocimientos sobre el tema, atendiendo a criterios de máxima pluralidad respecto a tendencias y corrientes de opinión. Probablemente los resultados de dos grupos diferentes sobre un mismo asunto no serán estadísticamente iguales, pero si se emplea la técnica de modo correcto tiene el valor de una opinión cualificada sobre asuntos complejos cuyas características o matices no son posibles de valorar con métodos cuantitativos.

Además de esta forma de clasificar los métodos y procedimientos para la identificación de problemas y necesidades de salud existen otras. Por ejemplo, Pineault y Daveluy [3] han preferido clasificarlos en: procedimientos por indicadores, procedimientos por encuesta y métodos de consenso.

En nuestro caso, atendiendo al procedimiento utilizado para obtener la información, nos inclinamos a clasificarlos en: métodos de observación, técnicas de entrevista, procedimiento de encuesta, técnicas documentales, métodos grupales y técnicas complementarias.

Métodos de observación

La observación ha sido considerada como el método de investigación más antiguo y a la vez más actual en el campo de las ciencias sociales. Es el procedimiento utilizado en la vida diaria para obtener información y adquirir conocimientos de lo que ocurre

en nuestro entorno, aunque pocas veces lo hacemos de forma sistemática y ordenada.

Como técnica para la obtención de datos e información de una comunidad, la observación consiste, esencialmente, en *"observar a la gente in situ, o sea, en su contexto real, donde desarrolla normalmente sus actividades, para captar aquellos aspectos que son más significativos de cara al fenómeno o hecho a investigar y para recopilar los datos que se estiman pertinentes. La observación abarca también todo el ambiente (físico, social, cultural, etc.) donde la gente desarrolla su vida"* [4].

En el diagnóstico de salud de una comunidad, la observación es un instrumento indispensable en la fase preliminar del estudio, para tener una visión real y de conjunto del entorno físico y humano en el que pretendemos llevar a cabo nuestro trabajo. La observación metódica y controlada de las principales características del medio natural y social, visitando barrios y núcleos de población, zonas residenciales y marginales, lugares de ocio y tiempo libre, centros de trabajo, establecimientos públicos, colegios, industrias, sistemas de distribución de agua, disposición y eliminación de residuos, etc., así como la observación del ambiente social, de los modos de vida y de realidad humana en general, constituyen la base para una posterior profundización en el estudio de la situación de salud de una población y de los factores que la determinan.

La observación, no obstante, para que sea realmente útil, debe llevarse a cabo de forma ordenada y sistemática. Recomendamos seguir, al menos, los siguientes pasos:

- Definir, con carácter previo, el objetivo de la observación y su ámbito de aplicación. Es decir, saber qué queremos observar y con qué finalidad.
- Prever los recursos necesarios para llevar a cabo el trabajo de campo: relación de los aspectos que se pretenden observar, mapas, planos, vehículo, relación de lugares claves (industrias, colegios, supermercados, depósitos de agua, vertederos, etc.) y su localización, material para mediciones y registros (incluidas cámara fotográfica y de vídeo), recursos humanos, personas de contacto, tiempo disponible, etc.
- Realizar el trabajo de observación, siguiendo las rutas previstas, de forma sistemática y controlada,



pero al mismo tiempo con la flexibilidad suficiente para prestar atención a aquellos aspectos que, no estando previstos, pudieran parecer relevantes, de acuerdo con los objetivos. Todas las observaciones de interés deberán ser convenientemente registradas sobre la marcha con la ayuda de cuadernos de nota, cuadros, mapas, medios electrónicos, etc. En todo caso, se buscará el apoyo de personas conocedoras del medio, aprovechando la ocasión para integrarse en la comunidad y tratar de ganarse el apoyo de los grupos y líderes sociales que luego van a jugar un papel importante en la solución de los problemas.

- Una vez realizado el trabajo de campo, las observaciones deben ser analizadas (preferentemente por grupos de consenso) para obtener de ellas conclusiones válidas y fiables, que unidas a las obtenidas por otros procedimientos, permitan aproximarse con cierto rigor científico a la situación real de la comunidad en estudio.

El método de observación es particularmente útil a la hora de estudiar comunidades pequeñas o de tipo medio (barrios, municipios, zonas básicas de salud, áreas de salud, etc.); en cambio, es menos operativo en el análisis de la situación de una región, de una Comunidad Autónoma o de todo un país.

Cuando se trata de un proceso de planificación de tipo institucional en el que interesa conocer, fundamentalmente, la situación interna de una organización (centro de salud, hospital, etc.) la observación tiene como principal objetivo el reconocimiento del ambiente físico y humano donde se va a llevar a cabo la acción planificadora: examinar in situ las condiciones en que se desarrolla la actividad del centro, el estado de las instalaciones, el funcionamiento de cada departamento, etc.; y sobre todo, será especialmente útil para tomar contacto con la gente, para conocer sus problemas y motivaciones, aspectos éstos que ningún planificador debe olvidar a la hora de tomar decisiones.

Entrevistas

En el transcurso del proceso de recogida de datos para el diagnóstico de salud de una comunidad, resulta especialmente conveniente recabar la información y la opinión de personas y grupos de la comu-

nidad supuestamente bien informadas sobre los principales problemas y necesidades relacionadas con la salud de la población. Este tipo de información se puede obtener por diversos métodos, entre ellos la entrevista. También se pueden conseguir por medio de encuestas o grupos de discusión, procedimientos que abordamos en otros apartados de este capítulo.

Con la entrevista se pretende, de una parte, obtener datos válidos y utilizables de quienes tienen un buen conocimiento de la realidad en estudio y, por otra, recoger sus puntos de vista sobre los problemas y necesidades sentidos por la población.

Para evitar posibles sesgos, se recomienda entrevistar a personas de diferentes tendencias y puntos de vista. En unos casos las entrevistas se llevarán a cabo con el ciudadano común de la calle, y en otras conviene entrevistar a personalidades de la vida pública con responsabilidades sociales, políticas, económicas, sindicales, culturales, etc. En el diagnóstico de salud de una comunidad pequeña (zona básica de salud, barrio o municipio) resulta particularmente importante recabar la opinión de líderes de asociaciones vecinales, portavoces de organizaciones de consumidores y usuarios, directivos de centros culturales y deportivos, representantes de agrupaciones políticas y sindicales, educadores, profesionales de la información, etc.

Dependiendo de las circunstancias de cada ocasión, la entrevista podrá tener un carácter más o menos formal y estar más o menos estructurada, pero en ningún caso debe ser una conversación improvisada. Hay que tener siempre en cuenta el objetivo que se persigue. Consecuentemente es indispensable llevar, como mínimo, una lista de cuestiones a investigar que puedan servirnos de guía.

Por último, la entrevista es una técnica que requiere de un cierto grado de habilidad, algunos de cuyos elementos básicos resumimos a continuación:

- Se debe abordar gradualmente al entrevistado, con cordialidad, generando un clima favorable a la colaboración. Hay que buscar el momento y el lugar más adecuado para la entrevista.
- Conviene formular las preguntas de acuerdo con el guión preestablecido, utilizando palabras sencillas y fácilmente comprensibles.



- Es importante actuar con espontaneidad y franqueza, evitando actitudes tecnócratas o dominantes.
- Se recomienda utilizar una actitud de escucha activa, mostrando interés por sus respuestas, manteniendo el contacto visual y realizando gestos afirmativos con la cabeza.
- El entrevistado se debe sentir cómodo. Se le permitirá que exprese libremente su punto de vista, ayudándole cuando sea necesario, pero sin influir en su respuesta. No se le debe rebatir ni dar prisas. Hay que dejar que concluya su relato sin interrupciones ni interpretaciones prematuras.
- Es necesario evitar cualquier elemento de distorsión o sesgo que pueda afectar a la veracidad de la información.
- Las respuestas deben ser registradas con la mayor exactitud posible, para su posterior análisis y elaboración de conclusiones.

Encuestas

La encuesta es una técnica de uso común en ciencias sociales que emplea un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación, mediante los cuales se recogen y analizan una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características [5].

El procedimiento de la encuesta trata de producir información nueva de la población en estudio. Es especialmente útil para recabar datos sobre aquellos aspectos carentes de registros y, particularmente, para lograr información sobre problemas y necesidades sentidas por la población.

Los datos obtenidos por medio de encuestas, al tratarse éstas de autodeclaraciones acerca de sentimientos, actitudes y conductas –tanto en forma de entrevista como de cuestionarios autoadministrados– tienen un marcado carácter subjetivo; sin embargo, existen métodos de transformación de dichos datos que permiten convertirlos en cuantitativos con un amplio grado de fiabilidad. Por esta razón, hemos preferido dar a las encuestas un tratamiento diferenciado de los métodos cualitativos y cuantitativos.



La encuesta puede ser telefónica

Tipos de encuesta

En función del procedimiento utilizado para la recogida de los datos, se distinguen varios tipos de encuestas:

Encuesta personal

Se lleva a cabo mediante una entrevista personal haciendo uso de un cuestionario estructurado o de un guión con las preguntas a formular. Es la que se utiliza con mayor frecuencia y la que tiene un índice de respuestas más elevada, aunque son las más costosas. Es necesario que la persona encargada de realizar la entrevista cuente con cierta formación y experiencia que le permitan aclarar las dudas del entrevistado sin influir en sus respuestas.

Encuesta telefónica

En este caso, la entrevista se realiza por medio del teléfono. Requiere también cierta habilidad y experiencia por parte del encuestador. Es un método menos costoso, más cómodo y más rápido que la entrevista personal. Sin embargo, es poco recomendable para cuestionarios muy extensos o para aquellos que contengan preguntas excesivamente complejas.

Encuesta por correo

Este método de encuesta implica la utilización de un servicio de correos o mensajería para hacer llegar la documentación a las personas elegidas como muestra. Requiere, necesariamente, conocer el domicilio del encuestado y el envío, junto con el cuestionario, de las instrucciones para su cumplimentación. Al no existir un entrevistador que pueda aclarar las dudas,



el cuestionario debe ser sencillo y las preguntas fáciles de comprender. El principal inconveniente de este método estriba en la baja tasa de respuestas que se consigue.

Encuesta en grupo

Consiste en pasar un cuestionario para su cumplimentación a un grupo de personas reunidas en un lugar determinado, lo cual permite dar explicaciones y aclarar dudas de forma colectiva. Es especialmente útil cuando existe la posibilidad de agrupamiento de los entrevistados. Su principal inconveniente está en que algunas personas encuestadas puedan ejercer influencia sobre las respuestas de otras.

Encuesta vía Internet

Utiliza este medio informático para el envío del cuestionario y la obtención de respuestas. Es un método en fase de expansión, rápido, económico y más interactivo que el correo normal, por lo que resulta más fácil la aclaración de dudas. Su principal inconveniente consiste en que sólo se puede emplear con los usuarios de la red.

La elección del tipo de encuesta más adecuada en cada caso habrá de determinarse en función de las ventajas e inconvenientes de cada método, teniendo en cuenta aspectos como las características de la población, la información que se posea sobre ella, tiempo disponible para el estudio, tipo de cuestionario y complejidad de las preguntas, tamaño de la muestra, disponibilidad de recursos, naturaleza del tema, etc.

Procedimiento general para la realización de encuestas

Cualquiera que sea el tipo de encuesta que se pretenda utilizar, se suelen dar, al menos, los pasos siguientes:

Fase preparatoria

El estudio debe comenzar con la formulación del objetivo general que se persigue, así como de los objetivos operacionales de la encuesta, población a estudiar, evaluación de los recursos disponibles, formación del grupo responsable del trabajo, revisión de la literatura existente sobre el tema, etc.

Elaboración del cuestionario

Es preciso definir qué clase de información interesa

obtener y la mejor manera de lograrla, decidir el tipo de cuestionario y formular las preguntas más adecuadas al fin que se persigue. Con el primer cuestionario se debe realizar un estudio piloto o pre-test, para corregir posibles deficiencias y, a partir de él, elaborar el definitivo.

Diseño de la muestra y preparación del trabajo de campo

Conociendo la población a estudiar se debe diseñar la muestra representativa que se pretende encuestar. Para ello existen fórmulas matemáticas que pueden consultarse en cualquier manual de estadística. Igualmente se deben realizar todos los preparativos del trabajo de campo: técnicas y procedimientos de muestreo, método de recogida de datos, calendario, formación de encuestadores, etc.

Recogida de datos

Para el caso de las encuestas personales, en grupo o por teléfono, consiste en contactar con las personas incluidas en la muestra y llevar a cabo la entrevista conforme al cuestionario y a los criterios previamente definidos; en el caso de las encuestas por correo o internet, la recogida de datos radica en el procedimiento de envío y recepción de cuestionarios, por los respectivos medios, de acuerdo también con sus correspondientes protocolos.

Tratamiento estadístico de los datos

Se trata de reagrupar los datos procedentes de cada una de las encuestas y de tratarlos estadísticamente. Para ello existen en el mercado potentes programas informáticos que facilitan en gran medida la labor. La tarea consiste, básicamente, en codificar las preguntas y respuestas del cuestionario, introducir los datos de cada caso en el ordenador y utilizar las herramientas estadísticas de la aplicación informática para obtener cuadros y gráficos que permitan contabilizar frecuencias, interpretar relaciones entre variables y analizar, en definitiva, los resultados.

Informe final y conclusiones

Variará en la forma de presentación, dependiendo de a quién vaya dirigido, pero en todo caso debe recoger la metodología utilizada, los resultados obtenidos (utilizando tablas y gráficos si es necesario), conclusiones finales y recomendaciones correspondientes.



Técnicas documentales

Los registros de datos y la documentación clínica y administrativa del propio sistema de salud, así como la de otros sistemas relacionados, siguen siendo las fuentes más utilizadas en el estudio de la situación, tanto en el ámbito de la comunidad como de las organizaciones. La consulta de esos registros y fuentes documentales, aunque en ocasiones pecan de deficientes y poco fiables, continúan siendo indispensables para el planificador. Por este procedimiento se obtiene la mayor parte de la información cuantitativa utilizada en el diagnóstico de salud. Dada su importancia, casi todas las organizaciones de salud modernas, disponen en la actualidad de sistemas de información sanitaria como instrumento indispensable para el registro, recogida, tratamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para dar apoyo a la planificación y gestión de la salud pública.

A la hora de compilar datos procedentes de estas fuentes, hay que tener en cuenta, en primer lugar, qué tipo de información se necesita, para qué y en qué registros o documentos se pueden obtener. *“La selección adecuada de los datos, es decir, de la representación, cuantificada o no, de las características de la realidad sobre la que se ha de intervenir, es el elemento básico de la producción de información”* [6].

Se debe evitar, en lo posible, la búsqueda indiscriminada que podría conducir tanto a un ahogamiento de información innecesaria como a un resultado insuficiente para el fin que se persigue.

Una vez seleccionados los datos de utilidad real e identificadas las fuentes potenciales, se debe establecer la estrategia más apropiada para su recogida y procesamiento, teniendo en cuenta que, en ocasiones, puede resultar un trabajo sencillo (estadísticas ya elaboradas) y en otros muy laborioso y complicado (registros individualizados y dispersos).

Finalizado el trabajo de consulta y recogida de datos, éstos deben traducirse a indicadores (porcentajes, tasas, *ratios*, etc.) que permitan a los autores del estudio su interpretación y comparación con los indicadores de otras comunidades o estudios de referencia.

Los registros y fuentes documentales de utilidad en el diagnóstico de salud de una comunidad pueden

 **Tabla 1.**

Registros y fuentes documentales de utilidad
REGISTROS DEMOGRÁFICOS
Censo de población
Padrón municipal de habitantes
Registro de sucesos demográficos (Registro Civil)
REGISTROS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD
Historias clínicas
Registro de enfermedades de declaración obligatoria
Encuestas de morbilidad hospitalaria
Censos o encuestas sobre discapacidades y minusvalías
Registros de morbilidad específicos (SIDA, cáncer, etc.)
Registros de accidentes
Registros de mortalidad
RECURSOS Y ACTIVIDADES ASISTENCIALES
Inventario de recursos materiales
Registro de recursos humanos
Presupuestos económicos y registros financieros
Registros de actividad asistencial
Listas de espera
Cartera de servicios
REGISTROS DE SERVICIOS COMUNITARIOS
Registros de suministro de agua potable
Registros de servicios técnicos municipales
Registros de control medioambiental
Registros de transportes y comunicaciones
Registros e informes socioeconómicos
Registros de población desempleada
Registros de actividades empresariales
Encuestas de población activa
Censos de vivienda
Informes económicos de organismos públicos o privados
Informes sociales de instituciones diversas
Memorias anuales de Administraciones Públicas
Planes generales de ordenación urbana



ser muy diversos. En la Tabla 1  incluimos una relación de los que consideramos más relevantes.

Métodos grupales

Incluimos en este apartado todos aquellos métodos que tienen como objetivo recabar información, conocer la opinión u obtener ideas nuevas procedentes de un grupo. Las personas participantes pueden ser expertos o simples ciudadanos de la comunidad y pueden utilizar tanto la modalidad de presencia física como la de distancia. En unos casos se tratará de grupos que buscan el consenso sobre un tema, en otros el análisis crítico de la situación y en otros la aportación de propuestas e ideas innovadoras. Explicaremos a continuación algunos de los métodos grupales más conocidos.

Grupo nominal

El método de grupo nominal consiste en la reunión de un número determinado de personas (entre seis y diez) suficientemente conocedoras del tema a estudiar, que tienen como objetivo intercambiar información, sin comunicación previa entre ellos, para, posteriormente, tras haber discutido y analizado todas las aportaciones individuales, realizar las propuestas más adecuadas en relación al asunto que se les haya planteado.

En el procedimiento se pueden distinguir cuatro fases:

Fase previa

Consiste fundamentalmente en delimitar el tema, seleccionar y convocar a los participantes y elaborar las preguntas.

Fase de propuestas

Comienza con una reflexión personal en silencio, durante 10 a 15 minutos, en la que cada participante redacta sus ideas, sin comunicarse con el resto. Posteriormente, cada uno enuncia sus propuestas, que el coordinador irá anotando en una pizarra o papel grande, sin permitir el debate hasta que todos hayan expuesto sus aportaciones.

Fase de análisis y discusión

Guiados por el coordinador, se procede al análisis de las ideas, clarificándolas, reagrupándolas e incluso suprimiendo algunas o añadiendo otras, para pasar

luego a discutir las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.

Fase de conclusiones

El proceso finaliza con las conclusiones del grupo sobre el tema que se les ha sometido a consideración. Al acuerdo final se puede llegar por consenso o por votación.

Una variable de esta técnica consiste en mantener el anonimato de las ideas iniciales para evitar que la crítica se realice en función de quien haya formulado la propuesta. En este caso, las proposiciones se entregarán por escrito, en silencio, al coordinador y éste elaborará una relación única sin identificar a sus autores.

Técnica de Delphi [3], [7]

La técnica de Delphi fue utilizada por primera vez en los años cincuenta en Estados Unidos como un nuevo método para recoger la opinión de diversos expertos sobre un tema. Se le asignó este nombre en atención al oráculo de Delfos, lugar al que acudían los griegos en la antigüedad para conocer su futuro.

Aunque en sus inicios la técnica fue utilizada con fines prospectivos, el método se desarrolló más tarde como un instrumento de ayuda para que personas con juicios u opiniones diferentes sobre un mismo asunto pudieran llegar a una opinión consensuada.

El objetivo fundamental de la técnica de Delphi, por tanto, consiste en recoger y agrupar la opinión de determinados expertos sobre un tema y lograr de una forma sistemática el consenso sobre el mismo.

Algunas de las principales características del método son:

- La reflexión se lleva a cabo individualmente, sin necesidad de reunión.
- La opinión de los expertos se expresa por escrito.
- Se mantiene la confidencialidad de cada uno de los miembros del grupo.
- Se utilizan las rondas sucesivas de opiniones como mecanismo de retroalimentación.
- Se llega a un consenso sin que haya existido discusión directa entre los participantes.



En el diagnóstico de salud de una comunidad, la técnica de Delphi puede estar especialmente indicada a la hora de identificar problemas de salud que afectan a la población y de establecer su grado de importancia.

Los pasos a seguir en la técnica de Delphi son los siguientes:

- Delimitación del tema a estudiar y formulación de la pregunta inicial.
- Formación del grupo de expertos. Se debe seleccionar a los participantes entre las personas supuestamente conocedoras del tema, con criterios de pluralidad. Una cifra de 20 a 30 personas suficientemente motivadas suele ser suficiente.
- Elaboración y envío del primer documento: presentación del tema y cuestionario correspondiente. Este primer envío, al igual que los siguientes y sus respectivas respuestas se pueden llevar a cabo mediante entrega personal (cuando los participantes están dentro del mismo centro), por correo ordinario, por fax o por correo electrónico. Este último es, sin duda, el medio más eficaz siempre que los participantes dispongan de él.
- Recepción y análisis de los resultados del primer cuestionario. Reagrupación de las propuestas y elaboración de un segundo cuestionario.
- Envío del segundo cuestionario por el mismo procedimiento que el primero.
- Recepción y análisis de los resultados del segundo documento. Síntesis de las propuestas, elaboración de un tercer cuestionario y nuevo envío a los participantes. Así sucesivamente, hasta que se logre el nivel de consenso deseado.
- Redacción del informe final, que también se debe remitir a los expertos que han participado.

Algunos investigadores han utilizado con éxito el método Delphi modificado, que consiste, básicamente, en combinar la técnica Delphi original con la técnica de grupo nominal descrita en el apartado anterior. La primera fase se lleva a cabo individualmente y por escrito, mientras que en la segunda el grupo se reúne y discute hasta llegar a una propuesta de consenso.

Círculos de estudio

Los círculos de estudio [8] consisten en grupos de trabajo constituidos por vecinos de la comunidad interesados en participar en el estudio de sus problemas y necesidades de salud, aunque, ocasionalmente pue-

de estar formado por especialistas de un ámbito sectorial determinado (técnicos de medio ambiente, educadores, trabajadores sociales, etc.); en este caso se les suele dar el nombre de panel de expertos.

Los círculos de estudio son especialmente útiles para el análisis crítico de los problemas, para la búsqueda de soluciones y para la elaboración de estrategias. Mediante este procedimiento se puede constatar cuáles son los temas que más preocupan a la población: problemas y necesidades sentidas que requieren algún tipo de intervención.

A diferencia del grupo nominal, en el círculo de estudio la interacción entre los miembros se produce desde el primer momento. El animador tiene como objetivo facilitar la participación y encausar el análisis y la búsqueda de soluciones, utilizando para ello las preguntas adecuadas en cada momento, pero sin influir en las opiniones de los participantes.

En todo caso, se espera de los círculos de estudio que los resultados de la reunión, o reuniones, se plasme en un documento final que exprese el punto de vista del grupo sobre el tema debatido.

Tormenta de ideas

La tormenta de ideas, también conocida como técnica de *brainstorming*, tiene como objetivo facilitar la producción de un elevado número de ideas nuevas relacionadas con un problema o respecto de una situación dada.

Esta técnica se basa en la hipótesis de que si se produce gran número de ideas, algunas de ellas reunirán más cualidades que las demás para resolver el problema planteado. Para ello se forman grupos de seis a doce miembros que durante un tiempo de 30 a 60 minutos, van a estar aportando ideas sobre el tema en cuestión, independientemente de la viabilidad de las mismas. El procedimiento a seguir es el siguiente:

- El moderador o conductor presenta al grupo el tema objeto de estudio y explica el método a seguir.
- Se deja a los participantes total libertad de expresión para que emitan el mayor número posible de ideas (una en cada turno), sin entrar a discutir las ni analizarlas por disparatadas que éstas puedan parecer.
- Una vez agotadas las propuestas, los participantes guiados por el moderador extraen las nociones esenciales, las reagrupan y desechan las repetidas



o no significativas, elaborando un listado final de ideas emitidas.

- En una sesión posterior se entrará en la discusión y análisis de cada una de las propuestas, hasta llegar a aquella que, a juicio de la mayoría, reúna las mejores condiciones.

Esta técnica puede ser utilizada, no sólo en el diagnóstico de la situación, sino en cualquier fase del proceso de planificación en la que se desee movilizar la creatividad del grupo y la aportación de ideas innovadoras.

Técnicas complementarias

El estudio de la situación de salud no se limita exclusivamente a la identificación de los problemas y necesidades de la comunidad y al recuento de los recursos disponibles, sino que es necesario conocer y analizar los factores que condicionan cada situación, las relaciones de causas y efectos relativas a cada problema identificado, así como las fuerzas que, en cada caso, juegan a favor o en contra. Para facilitar el trabajo en este terreno, pueden ser de gran utilidad las dos técnicas que exponemos a continuación [9].

Diagrama de causas y efecto

Es un método mediante el cual se establecen relaciones, de forma sistemática y en fases sucesivas, entre un problema de salud (o de cualquier otro tipo) y las causas que lo provocan. Está basado en la Teoría de la Multicausalidad y permite profundizar en la multiplicidad de factores (causas) que determinan cualquier problema de salud (efecto). En atención a su inventor, se le conoce también por

diagrama de Ishikawa. Aunque lo consideramos como un método cualitativo que se fundamenta en la opinión de expertos conocedores de las causas determinantes de un problema, en realidad, su aplicación requiere, en ocasiones, la utilización de datos cuantitativos fiables que ayuden a fijar con mayor precisión las relaciones causas-efecto.

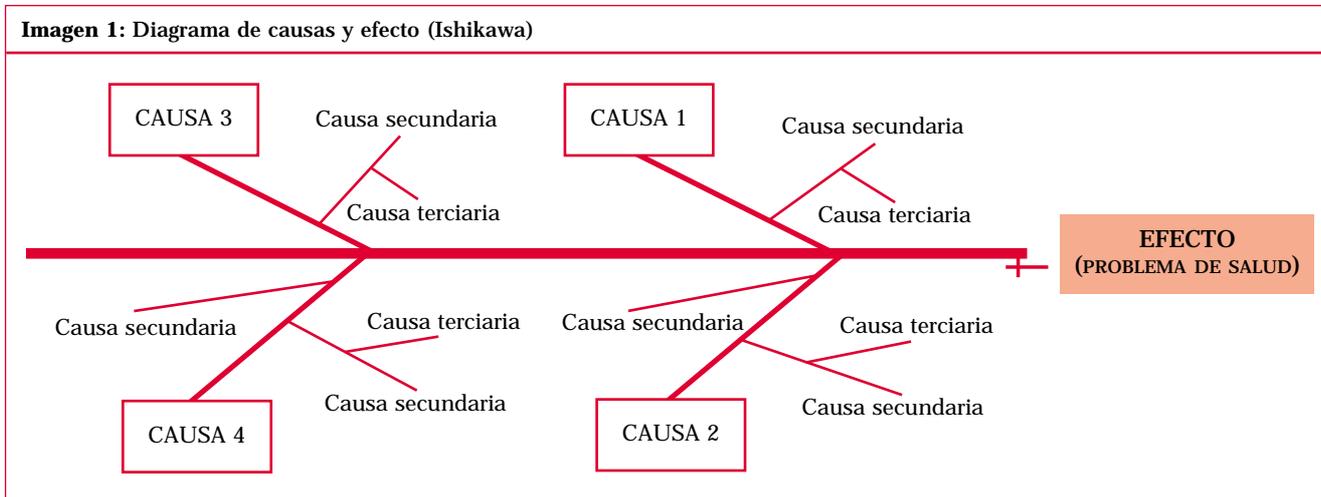
El método consiste en describir un problema determinado, a partir del cual, mediante la pregunta de ¿por qué sucede?, llegamos a la identificación de una primera serie de causas, grupos de causas o factores determinantes, que denominaremos causas de primer orden. Seguidamente, ante cada una de estas causas, convertida ahora en efecto, formularemos la misma pregunta: ¿por qué sucede? La correspondiente respuestas nos permitirán conocer otras causas de segundo orden, y así sucesivamente, hasta descender a factores causales de tercer o cuarto orden.

El análisis, por este método, de los problemas de salud y las causas potenciales que lo provocan, contribuye, sin duda, a una mejor elección de las posibles soluciones.

La representación gráfica del diagrama de Ishikawa se asemeja a la imagen de un pez cuya cabeza corresponde al problema descrito y sus espinas a cada una de las causas que potencialmente pueden producirlo. Por esta razón se le denomina, en ocasiones, diagrama de espina de pescado (Ver Imagen 1).

Análisis de campos de fuerza

Antes de poner en marcha un programa de salud o de introducir cualquier innovación importante, es





necesario conocer previamente los factores que intervienen a favor y en contra de la presencia de determinados fenómenos, así como de los elementos favorables o desfavorables respecto al cambio que pretendemos. Se trata de analizar qué fuerzas van a facilitar y cuáles a dificultar la implantación de determinadas medidas.

Este estudio, que podemos considerar como de análisis estratégico, debe formar parte del diagnóstico de la situación, aunque su utilidad práctica se demostrará a la hora de formular objetivos y prever actividades y recursos.

El análisis de campos de fuerza se puede llevar a cabo por un solo individuo suficientemente conocedor del tema, sin embargo, para evitar en lo posible el sesgo de la subjetividad, se recomienda que lo realice un grupo de expertos.

El procedimiento a seguir es el siguiente:

- Constitución del grupo de expertos y definición de la cuestión a analizar.
- Elaboración, mediante la dinámica interna que se establezca en el grupo, de un listado de fuerzas favorables al cambio que se propone, para apoyarse en ellas y potenciarlas.
- Elaboración, mediante la misma dinámica, de un listado de fuerzas negativas o factores en contra, sobre los que se pueda actuar, para tratar de vencerlos o contrarrestarlos en la medida de lo posible.
- A la vista del listado de fuerzas que intervienen a favor y en contra de la innovación a introducir, se analizarán y enunciarán las estrategias más adecuadas para el logro de los objetivos.

Cuando interesa analizar un problema de salud (el elevado consumo de alcohol en una comunidad p. ej.) se trataría de identificar, por una parte, las fuerzas potenciales que favorecen la presencia del problema, para vencerlas; y, por otra, las fuerzas que contribuirían a su solución, para potenciarlas.

INDICADORES SANITARIOS

Los indicadores son medidas indirectas de una determinada realidad. Son, como se desprende de su propio nombre, el índice o reflejo de una situación.

Constituyen el instrumento de mayor uso en el diagnóstico de la situación en cualquier sistema de salud moderno (tanto desde la perspectiva comunitaria como organizacional); pero no sólo son útiles en el proceso de planificación, sino que también lo son para la realización de análisis epidemiológicos y para la investigación. Por medio de los indicadores se pueden describir procesos biológicos, demográficos, sociales o económicos; sirven para establecer relaciones entre variables y valen, igualmente, para analizar la evolución de cualquier proceso.

No existe una recomendación expresa del número y tipo de indicadores que se deben utilizar para un buen diagnóstico de salud. Todo dependerá del ámbito territorial en que éste se vaya a realizar (nivel local, comarcal, regional, etc.), del tiempo y de los recursos disponibles y del grado de precisión y fiabilidad que se quiera obtener. Creemos que es preferible un número de indicadores reducido pero específicos y bien elegidos a una cifra excesivamente alta, difícil de manejar y quizá poco relevante. En la Tabla 2  proponemos, a título puramente orientativo, una relación de indicadores que podrían ser suficientes para conocer la situación de salud de una comunidad de tipo medio (desde una zona básica a un área de salud).

Cualesquiera que sean, no obstante, los indicadores que se empleen, deben reunir unos requisitos mínimos que exponemos seguidamente [10]:

- Ser *válidos*, es decir, ser representativos de la variable que se pretende medir.
- Ser *factibles*, esto es, que se puedan obtener, en la práctica, con los datos disponibles.
- Ser *objetivos*, o sea, producir el mismo resultado aunque la medición haya sido realizada por distintas personas, siempre en circunstancias análogas.
- Ser *sensibles*, con capacidad de captar los cambios ocurridos.
- Ser *simples* en su elaboración, lectura y comprensión.
- Ser *específicos*, es decir, reflejar sólo los cambios ocurridos en la situación que se trate.
- Ser *universales* y de aceptación general.



Tipos de indicadores

Los indicadores de uso más común en un diagnóstico de salud pueden ser clasificados de muy diversas maneras, las más frecuentes son:

Según el aspecto de la salud que pretendan medir

Indicadores positivos

Que miden la salud propiamente dicha, en sentido positivo (p. ej. capacidad funcional, grado de bienestar, calidad de vida, etc.).

Indicadores negativos

Que miden la ausencia total o parcial de salud (p. ej. mortalidad y morbilidad).

Indicadores indirectos

Que miden los factores determinantes de la salud (p. ej. factores ambientales o socioeconómicos).

Dependiendo del papel que el factor juega en la relación hombre-medio:

Indicadores de exposición

Que miden los factores de riesgo a los que está sometida la población (p. ej. contaminación ambiental, riesgos laborales, etc.).

Indicadores de protección

Que tratan de medir los factores utilizados por la comunidad para fomentar y proteger su salud (p. ej. recursos sanitarios, hábitos saludables, etcétera).

Indicadores de resultados

Miden, en términos de mayor o menor nivel de salud, el producto final de la relación entre los factores de exposición y los de protección (p. ej. bienestar, morbilidad, etc.).

En relación con el aspecto del sistema que se pretenda estudiar

Indicadores demográficos

Que miden los fenómenos relacionados con la estructura y dinámica de la población.

Indicadores del medio físico

Tratan de valorar los aspectos medioambientales como el agua, el aire, el ruido, los residuos, etc.

Indicadores sociales

Que incluyen la medición de los aspectos culturales de la población (instrucción de la población, valores culturales prevalentes, etc.), de los problemas sociales presentes en la comunidad (violencia, tráfico de drogas), de los recursos de apoyo social (centros culturales, organizaciones comunitarias, actividades de ocio, etc.), entre otros.

Indicadores económicos

Abarcan aquellos factores económicos que puedan tener relación directa con la salud y la calidad de vida: población activa, desempleo, sectores de producción, renta per cápita, etc.

Indicadores de atención a la salud

Tatan de cuantificar los factores relacionados con las prestaciones asistenciales, particularmente los recursos materiales y humanos existentes, la prestación real de servicios y la utilización que de los mismos hace la población.

Indicadores del estado de salud

Tienen por finalidad medir el nivel de salud propiamente dicha de la población, tanto en su vertiente positiva (bienestar, calidad de vida, etc.) como en su dimensión negativa de pérdida parcial (morbilidad) o de pérdida total (mortalidad).

Relacionado, fundamentalmente, con el análisis de la situación en centros asistenciales

Indicadores de la estructura

Incluye recursos humanos, materiales y financieros necesarios para llevar a cabo la función asignada.

Indicadores del proceso

Trata de estudiar la dinámica interna de la organización, el uso de los recursos, el cumplimiento de las normas, la utilización de procedimientos, etc.

Indicadores del producto

Mide el resultado final del proceso asistencial: estado de salud, nivel de satisfacción, fallecimientos, etc.

ESCALAS PARA MEDIR LA SALUD

La necesidad de contar con indicadores capaces de medir la salud en términos positivos y desde una concepción amplia que incluyese su dimensión, no sólo



Tabla 2.

Relación orientativa de indicadores sanitarios utilizables en una comunidad de tipo medio**INDICADORES DEMOGRÁFICOS**

Estructura general de la población
Dinámica general de la población
Densidad de población
Crecimiento vegetativo
Movimiento y saldo migratorio
Tasa de crecimiento demográfico
Tasa de fecundidad
Tasa de natalidad
Relaciones de dependencia

INDICADORES DEL MEDIO FÍSICO

Superficie total de la comunidad
Características geográficas
Climatología
Condiciones urbanísticas
Condiciones higiénicas de las viviendas
Calidad de las aguas de consumo público
Origen y distribución de los alimentos
Condiciones del aire
Condiciones del suelo
Eliminación de aguas residuales
Recogida y eliminación de residuos sólidos
Control de vectores (ratas, insectos, etc.)
Higiene y seguridad del medio laboral
Higiene y seguridad del medio escolar
Seguridad vial
Industrias peligrosas

INDICADORES DE ATENCIÓN A LA SALUD

Legislación sanitaria
Organización del servicio de salud
Recursos humanos existentes
Recursos materiales disponibles
Recursos económicos
Accesibilidad real
Utilización de los servicios

INDICADORES SOCIALES Y CULTURALES

Factores culturales prevalentes
Hábitos y estilos de vida
Niveles de instrucción de la población
Tasas de alfabetismo
Recursos educativos
Equipamiento sociocultural
Instalaciones deportivas
Organizaciones comunitarias
Relaciones vecinales
Solidaridad y respeto a las minorías
Derechos y libertades
Grupos de apoyo social
Violencia y actos delictivos
Malos tratos a mujeres o niños
Personas solas o abandonadas
Mendicidad

INDICADORES ECONÓMICOS

Recursos naturales
Sectores de producción
Tasa de población activa
Porcentajes de trabajadores según sectores de producción
Tasa de desempleo
Transportes y comunicaciones
Porcentajes de vivienda según tipo y calidad
Índice de calidad de vida
Umbral de pobreza
Renta per cápita

INDICADORES DEL ESTADO SALUD-ENFERMEDAD

Índice de salud subjetiva
Índice de bienestar
Esperanza de vida
Problemas de salud percibidos
Índices antropométricos (peso, talla, perímetros)


 **Tabla 2.**

Relación orientativa de indicadores sanitarios utilizables en una comunidad de tipo medio (cont.)

INDICADORES DE ATENCIÓN A LA SALUD

Actividades profesionales

Procedimientos asistenciales

Población correctamente vacunada

Formación del personal

Participación de la comunidad

Opinión de los usuarios

INDICADORES DEL ESTADO SALUD-ENFERMEDAD

Porcentajes de personas con minusvalías

Estado nutricional

Tasa de morbilidad general

Tasas de morbilidad específica
por causas, por grupos de edad y por sexo

Tasas de incapacidad temporal

Tasas de incidencia de enfermedades agudas

Tasas de prevalencia de enfermedades crónicas

Salud bucodental (índice CAO)

Tasas de mortalidad general

Tasas de mortalidad por causas,
por grupos de edad y por sexo

física, sino mental y social, ha dado lugar, en los últimos años, a la aparición de un gran número de escalas de medida de la salud y de la calidad de vida. La mayoría de ellas basadas en las encuestas como método para la obtención de datos. A través de estas escalas, consideradas también indicadores subjetivos, se evalúan componentes de la salud como bienestar, dolor, angustia, frustración, apoyo social, etc. En general, tratan de medir la salud, o los problemas de salud, tal y como los percibe el propio individuo. Aunque su uso es aún muy limitado, este tipo de indicadores o escalas tienden a modificar profundamente los métodos tradicionales de medición de la salud.

Bowling (1991), en una amplia revisión del tema [11], describe más de cincuenta de estas escalas de medidas, clasificadas en cinco grandes grupos:

Medidas generales del estado de salud

Que tratan de cuantificar el estado de salud percibida o subjetiva de la persona encuestada. Los cuestionarios pueden ir desde una sola pregunta en la que se pide al encuestado que califique su salud como muy buena, buena, regular o mala, hasta baterías de más de cien ítems sobre su percepción de bienestar físico, social o emocional. Entre ellas: el perfil de salud de Nottingham, el índice de salud de

MacMaster, las baterías del estudio de los seguros sanitarios de Rand, o el Índice de calidad de vida de Spitzer.

Medidas de la capacidad funcional

Utilizadas para valorar el nivel de funcionamiento e independencia de las personas. La mayoría de los cuestionarios tratan de recoger datos sobre capacidad de movilidad, autocuidado y actividades de la vida diaria. En este caso, algunos datos se obtienen mediante la observación. Ejemplo de estas escalas de medida son: el cuestionario multidimensional OARS de evaluación funcional, el Índice de actividades de la vida diaria (AVD), la escala de la calidad del bienestar, el procedimiento de evaluación de los ancianos (CAPE), etc.

Medidas del bienestar psicológico

Dedicadas a la detección de alteraciones mentales comunes como la ansiedad, depresión, demencia o confusión mental. Estos cuestionarios suelen incluir ítems sobre los síntomas más frecuentes de este tipo de trastornos, tales como tristeza, desánimo, dificultad para concentrarse, tensión interior, pensamientos suicidas, disminución del sueño,



etc. Algunos de estos procedimientos de medida son: la Escala de autovaloración de la depresión de Zung, la escala de valoración de la depresión de Montgomery-Asberg, la escala de síntomas de ansiedad y depresión y la escala corta de confusión mental.

Medidas de las redes de apoyo social

Que tratan de evaluar la cadena de relaciones sociales que rodean al individuo, las características de estos enlaces y el grado en que satisfacen sus necesidades. Los ítem suelen incluir datos sobre el tamaño de la red social y la frecuencia de contactos, así como tipos de apoyo social: emocional, instrumental, etc. Algunos ejemplos: el Inventario de conductas de apoyo social, el formulario de encuestas de apoyo social de arizona, el apoyo social percibido de familiares y amigos, la escala de la red social, etc.

Medidas de la satisfacción y el estado de ánimo

Constituyen un intento de valorar el grado de bienestar en relación con la felicidad, la satisfacción en la vida y el estado de ánimo, basándose en los sentimientos manifestados por los encuestados. Los ítems pueden tener niveles de complejidad muy diferentes. Entre este tipo de escalas se encuentran: la escala de equilibrio afectivo, la escala de bienestar gene-

ral psicológico, la escala de autoestima y la escala de autoconcepto de Tennessee”.

Algunos de estos instrumentos de medida se emplean tanto de forma individualizada como poblacional.

También se han utilizado, recientemente, indicadores poblacionales que combinan los datos de estadísticas de mortalidad con las mediciones de salud o con discapacidad funcional. Estas escalas de medida tratan de combinar los datos sobre la duración de la vida con indicadores poblacionales aproximados a la calidad de vida relacionada con la salud [12].

Para terminar, es preciso aclarar que la precedente clasificación de métodos para el análisis de la situación tiene una finalidad fundamentalmente didáctica, ya que en la práctica, para llegar a conclusiones válidas, se suelen utilizar diversas técnicas de forma simultánea, por ejemplo, en la técnica de Delphi se pueden utilizar encuestas, lo mismo que en la técnica del grupo nominal se suele hacer uso de datos objetivos e indicadores cuantitativos, etc. En definitiva, se trata de llegar a conclusiones útiles y fiables, mediante el empleo de todos los métodos y técnicas disponibles, tanto cuantitativos como cualitativos. Un diagnóstico de salud de una comunidad basado únicamente en la opinión subjetiva de los usuarios sería tan poco representativo de la realidad como otro análisis fundamentado sólo en la interpretación que los profesionales hagan de los datos cuantitativos.



Resumen

- El análisis de la situación o diagnóstico de salud es la primera fase del proceso de planificación sanitaria. Consiste, básicamente, en el estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y necesidades de la población, así como de los factores que influyen positiva o negativamente sobre dicho nivel de salud.
- La base teórica del diagnóstico de salud se fundamenta, por una parte, en un concepto de salud amplio y positivo; por otra, en la Teoría de la Multicausalidad ligada a los factores determinantes de la salud y en la necesidad de medir la salud no sólo en su vertiente negativa (morbilidad y mortalidad) sino también de forma directa (bienestar y calidad de vida). Igualmente, se basa en una idea de comunidad compuesta por personas que interactúan con armonía, que tienen intereses y objetivos comunes, que comparten características sociales, culturales y económicas y que están sometidas a los mismos factores ambientales y reglas de convivencia. Una comunidad que tiene problemas y necesidades que el diagnóstico de salud debe identificar.
- Para llevar a cabo el diagnóstico de salud es preciso seguir un método (preparación, recogida de datos, tratamiento de los datos, análisis e interpretación y conclusiones), así como utilizar una serie de instrumentos de medida.
- Los principales métodos o instrumentos útiles para medir la salud de una comunidad, tanto de tipo cualitativo como cuantitativo, se pueden clasificar en seis grupos: métodos de observación, técnicas de entrevistas, procedimiento de encuestas, técnicas documentales, métodos grupales (grupo nominal, técnica de Delphi, círculos de estudio, torbellino de ideas) y técnicas complementarias como el diagrama de causas y efecto o el análisis de campos de fuerza.
- La mayor parte de los datos obtenidos por los diferentes métodos, pero especialmente los recogidos a través de registros y documentos, se transforman en indicadores sanitarios. Estos deben ser válidos, factibles, objetivos, sensibles, simples, específicos y universales. Se pueden clasificar de muy diversas maneras: en positivos, negativos o indirectos; en indicadores de exposición, de protección o de resultados; de estructura, proceso o producto; o, por último, atendiendo al aspecto del sistema que se pretenda medir: indicadores demográficos, sociales, económicos, del medio físico, de la atención sanitaria y del estado de salud.
- Se constata, además, la aparición en los últimos años de un gran número de escalas que tratan de medir componentes de la salud y de la calidad de vida tales como el bienestar, la capacidad funcional, las redes de apoyo social, o la satisfacción y el estado de ánimo. De igual modo se comienzan a utilizar indicadores poblacionales de salud que combinan datos de morbilidad con datos de la calidad de vida.
- En todo caso, los responsables de llevar a cabo el diagnóstico de salud deberán utilizar, en cada ocasión, aquellos métodos y técnicas que mejor les conduzcan a un conocimiento lo más aproximado posible de la realidad, para, a partir de ella, plantearse las distintas alternativas de intervención.



Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud. *Medición del nivel de salud. Informe de un Grupo de Estudio*. Ginebra: OMS, 1957.
- [2] Hawe, P.; Degeling, D.; Hall, J. *Evaluación en promoción de la salud*. Guía para trabajadores de la salud. Barcelona: Masson, 1993.
- [3] Pineault, R.; Daveluy, C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson, 1987.
- [4] Ander-Egg, E. *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*. México: Ed. Ateneo, 1986.
- [5] Rojas, A.; Fernández, J.S.; Pérez, C. *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Madrid: Ed. Síntesis, 1998.
- [6] Ramis Juan, O. Sistemas de información en salud pública. En: Martínez, F. y cols. *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana, 1998.
- [7] Lacalle, R. y cols. Metodología Delphi aplicada a la evaluación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En: Berra, A.; Marín, I.; Álvarez, R. *Metodología de expertos: consenso en medicina*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996; 53-69.
- [8] Sánchez, A.M.; Merelles, T. Análisis de la situación de salud en una comunidad: una propuesta de investigación acción participativa. En: Mazarrasa, L. *Salud pública y Enfermería comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana, 1996; 161-226.
- [9] Saturno, P.J. *Iqual: programa de gestión de calidad asistencial*. Murcia: DuPont Pharma, 1998.
- [10] Organización Mundial de la Salud. *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: OMS, 1981.
- [11] Bowling, A. *La medida de la salud: revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson, 1994.
- [12] Alonso Caballero, J. Medidas de salud. En: Del Llano, J.; Ortún, V.; Martín, J.M.; Millán, J.; Gené, J. *Gestión sanitaria: Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1999.