

*ACTUALIZACIÓN EN TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS,  
CUIDADOS Y NORMATIVA PARA ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO  
HOSPITALARIO Y DE ATENCIÓN PRIMARIA*

*VOL. 2*

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)  
Imprime: Gráficas Estilo - Alicante  
Distribuye: IMTEXMA - Alicante.

## ÍNDICE

<b>Tema 1:</b> Concepto de Enfermería, Dimensiones de los Cuidados Éticos, Principios, el Consentimiento Informado.	..... 5
<b>Tema 2:</b> Modelos y Metodología de los Cuidados Enfermeros: Virginia Henderson, Dorotea Orem y Hildelgarde Peplau, Madeleine Leininger. Utilización de las Taxonomías: nanda, nic, noc.	..... 21
<b>Tema 3:</b> Gestión de los Servicios Enfermeros. Importancia, Problemas, Tendencias Actuales. Producto Enfermero. Cartera de Servicio. Métodos de Evaluación.	..... 43
<b>Tema 4:</b> La Calidad en el Sistema Sanitario. La Calidad en los Servicios de Enfermería.	..... 103
<b>Tema 5:</b> Investigación y sus Métodos. Técnicas Cualitativas y Cuantitativas. Fuentes de Datos Documentales. Características y Problemas de Investigación en Enfermería.	..... 119
<b>Tema 6:</b> Atención Primaria. Conceptos Generales. Diagnóstico de Salud, Planificación e Intervención Comunitaria.	..... 151
<b>Tema 7:</b> Educación para la Salud. Concepto. Ámbitos de Actuación. Metodología e Investigación en Eps.	..... 175
<b>Tema 8:</b> Epidemiología. Conceptos Generales. Indicadores Sanitarios. Determinantes de Salud. Factores de Riesgo. Índices de Salud. Estudios de Necesidades de Salud.	..... 203
<b>Tema 9:</b> Programa del Niño Sano. Parámetros de Desarrollo y Crecimiento. Respuesta Evolutiva. Alimentación y Nutrición. Dentición. Higiene y Salud Bucodental. Prevención de Accidentes en la Infancia. Vacunaciones en la Infancia.	..... 285



# ***TEMA 1***

CONCEPTO DE ENFERMERÍA, DIMENSIONES DE LOS CUIDADOS ÉTICOS,  
PRINCIPIOS, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO



## INTRODUCCIÓN

En nuestra práctica diaria, las enfermeras a veces estamos enfrentadas a conflictos de valores y a dilemas éticos. ¿Cuáles son los problemas esenciales que debemos afrontar? ¿Estamos preparadas eficazmente para revolver esos conflictos? ¿Somos capaces de identificar nuestros valores personales y profesionales, así como los principios éticos que pueden ayudarnos a estudiar y resolver esos problemas?

Las enfermeras/os estamos obligados a examinar con atención los dilemas impuestos por los progresos de la tecnología, por los cambios en la manera de cuidar y por la práctica médica y de enfermería en plena transformación, y seguramente, como un gran número de profesionales, no hemos recibido la formación y preparación para ello. Nuestro deber es buscar los elementos que nos ayuden a estar mejor informados y que nos permitan razonar teniendo en cuenta conceptos éticos, conociendo los principios éticos y bioéticos.

La profesión de enfermería como ciencia de la salud, y generadora de cuidados específicos de enfermería que interactúan permanentemente con la identidad e integridad del paciente, debe de regirse por unos principios éticos que garanticen, por un lado la ética en el trabajo profesional y por otro la seguridad e intimidad de los pacientes.

## IMPORTANCIA DE LA TEORÍA ENFERMERA

A principios del siglo XX la enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión. Sin embargo, los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas.

Una disciplina es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento.

Una profesión hace referencia a un campo especializado de la práctica; esta creada sobre la estructura de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que las acompañan.

Los éxitos de la profesión durante el siglo pasado fueron muy importantes para el desarrollo de la ciencia enfermera, aunque no llegaron de forma fácil. Sus éxitos han dado paso a este momento excitante en el que la enfermería es reconocida como disciplina académica y como una profesión.

## LA ENFERMERIA EN ESPAÑA

En nuestro país, la primera referencia legal que existe sobre la formación del personal de enfermería, se encuentra en la ley de Instrucción Pública de 1857, que en sus artículos 40 y

41 hace mención a los títulos de practicante y de matrona o partera. Sin embargo, no se tiene constancia legal de la titulación de enfermería hasta 1915, ya que esta titulación estaba respaldada hasta ese momento por instituciones como Cruz Roja y otras organizaciones benéficas o religiosas, al igual que el de practicante y matrona, se obtiene mediante un examen ante un tribunal constituido en la facultad de Medicina.

Ya en estas primeras legislaciones quedan establecidos tres tipos de profesionales para la prestación de cuidados de enfermería: el practicante, la matrona y la enfermera.

De estos tres profesionales, la enfermera y el practicante han tenido siempre unas funciones similares y teóricamente, una formación similar, aunque en la práctica la formación era distinta, ya que las enfermeras cursaban sus estudios en escuelas generalmente dependientes de los hospitales (también generalmente religiosos) y los practicantes lo hacían en las facultades de medicina. Esta diferencia de enfoque condicionaba que las enfermeras trabajaran sobre todo en los hospitales y los practicantes en el campo extrahospitalario.

Las matronas por su parte tenían sus propios centros de formación en las Escuelas de Parteras o Matronas, también vinculadas a hospitales maternos.

### **Los Ayudantes Técnicos Sanitarios.**

Por decreto del 27 junio de 1952, se unificaron los planes de estudios de enfermeras, matronas y practicantes en uno solo que otorgaba el título de Ayudante Técnico Sanitario. Esto supuso:

- La unificación en una sola carrera de todos los profesionales que se dedicaban a la enfermería.
- La mejora del nivel de los estudios, ya que se exigían cuatro años previos de bachillerato y se mejoraron los planes de estudios. Esto significó una revalorización social de la profesión, considerándolos técnicos y no meramente vocacionales.
- Se vincularon definitivamente las escuelas a las facultades de medicina, como escuelas profesionales y posteriormente se consideran los estudios de ATS como de grado medio.
- Las enseñanzas tenían contenidos teóricos y prácticos de cumplimiento obligatorio, siguiendo todas las escuelas las directrices del Ministerio de Educación y asegurando que todos los profesionales recibían una formación similar, aunque se mantenía diferencias en función del sexo (las mujeres estudiaban en régimen de internado hasta 1972 e incluían en su planes de estudio una asignatura llamada enseñanzas del hogar, mientras que los hombres estudiaban autopsia médico-legal).
- La colegiación siguió siendo obligatoria en los colegios oficiales de ayudantes técnicos sanitarios estableciéndose tres secciones. ATS masculinos y practicantes. ATS femenino y enfermeras, Matronas.

### **Los diplomados Universitarios en Enfermería:**

La Ley General de Educación (4 de agosto de 1970) ofreció a los estudios de ATS dos posibilidades en su posterior desarrollo. La estructuración en formación profesional de segundo grado o la integración en la universidad como escuela universitaria. Prácticamente todos los grupos profesionales optaron por esta última.



En 1976 se creó la comisión Interministerial para la Reforma de los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Su trabajo se centró en el estudio de la necesidad de creación de Escuelas Universitarias de Enfermería, el estudio de la necesidad de formación profesional para cualificar a los auxiliares de clínica y la necesidad de una definición exhaustiva de todos los profesionales de la sanidad a fin de limitar competencia y establecer sus grados de formación.

Al mismo tiempo se creó la Coordinadora Nacional, formada por trabajadores de diversos centros asistenciales que lograron la elevación de los estudios de ATS a nivel universitario y la unificación al de las tres ramas de la organización colegial.

Todo ello condujo, en julio de 1977 a la aprobación del Real decreto 2.2128/77 "Integración en la universidad de las actuales escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería "

La comisión elaboró las directrices a las que se tenían que ajustar los planes de estudio, basándose en la descripción de las áreas de actuación de los profesionales de enfermería.

- Se podía acceder a las escuelas tras superar un examen de selectividad y habiendo cursado formación profesional o EGB; BUP y COU.
- Se estableció una formación práctica y teórica de 4600 horas, divididas en tres cursos.
- La proporción entre teórica y práctica no debía ser inferior al 50 %.
- Se establecieron también las asignaturas a impartir y los objetivos generales de las mismas.
- La mayoría de las escuelas pasaron a ser mixtas.

Actualmente se accede a las escuelas habiendo superado las pruebas de acceso a la universidad. Desde hace unos años las asignaturas se han establecido como módulos teóricos que se dividen en troncales, optativos y de libre opción.

## CONCEPTO DE ENFERMERÍA

Hace unos cien años, F Nightingale definió el quehacer de la enfermería como la "actuación sobre el entorno del paciente para ayudarle en su recuperación". Considerada como la primera enfermera teórica, elevó con sus escritos la enfermería a la categoría de profesión.

Actualmente se considera que la Enfermería es el resultado de la evolución en la sociedad de la actividad de cuidado. La prestación de estos cuidados va dirigida a los individuos en todas las etapas de la vida, a las familias y a la comunidad, con una concepción holística (integrada) de los mismos, es decir, contemplando los aspectos biológicos, psíquicos y sociales y la armonía entre ellos.

El concepto de cuidado se viene utilizando desde hace algún tiempo y los enfermeros han intentado definirlo. "El cuidar profesional encarna las metas cognoscitivas e intencionadas, los procedimientos y los actos de los profesionales que ayudan a otros y expresa actitudes de interés hacia los demás, para apoyar su bienestar, aliviar sus trastornos y encontrar las necesidades obvias o previstas y se basa en el concomitamiento ensayado o verificado" (M. Leininger, 1980).

Al cuidar tratamos de satisfacer las necesidades de los individuos o grupos. Cuando éstos tienen una o varias necesidades alteradas, se produce una pérdida de salud o bienestar. A

estas alteraciones, reales, o potenciales, les llamamos problemas de enfermería. Es decir, para enfermería, un problema es el resultado de una necesidad no cubierta.

Ayudar a los grupos o individuos a afrontar las dificultades que les impiden satisfacer sus necesidades y tener un funcionamiento adecuado, con los recursos con los que cuentan, es a lo que llamamos cuidados de enfermería. Frecuentemente confundimos los cuidados con las técnicas de enfermería. Los cuidados son necesariamente individualizados y requieren la existencia de la relación personalizada.

En un sentido amplio podemos distinguir varios tipos de cuidados: cuidados personales o autocuidados, cuidados de apoyo y cuidados profesionales.

- Los autocuidados, según Dorotea Orem, son la práctica de actividades que las personas inician y hacen por si mismas para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.
- Los cuidados de apoyo son los que intercambian los individuos para ayudar a otros para mantener la vida, la salud y el bienestar.
- Los cuidados profesionales son los que prestan personas que han recibido una formación específica y que lo hacen de forma científica y ensayada.

La enfermería profesional ha de ser un servicio dedicado en exclusividad a lograr el bienestar social y humano y también socialmente, y lo llevara a cabo con prevención de las enfermedades y el cuidados de los pacientes enfermos

## LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA

Los enfermeros desarrollan la función de cuidar a través de cuatro funciones:

- **Asistencial**
- **Docencia**
- **Investigación**
- **Administración**

Estas cuatro categorías son áreas de trabajo bien diferenciadas por métodos y conocimientos propios. Los profesionales en cada puesto de trabajo, aunque este sea fundamentalmente asistencial, docente, investigador o administrativo, desempeñan las cuatro funciones en mayor o menor medida.

LA FUNCION ASISTENCIAL, es el conjunto de actividades y tareas mediante las que el enfermero asume la responsabilidad fundamental de prestar cuidados integrales al individuo, familia y/o comunidad, realizando actividades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, Tratamiento y Rehabilitación.

LA FUNCION DOCENTE, se desarrolla a través de actividades de:

Formación de futuros profesionales, tanto en las Escuelas de enfermería como en los centros sanitarios donde realizan las practicas.

Formación continuada post-grado.

Educación para la salud individual y de grupos. (Solo algunos autores como los de la

UNED incluyen la EpS como actividad de la función docente de enfermería. La mayoría la consideran como parte de la actividad de promoción de la salud que se incluye en la función asistencial).

LA FUNCION INVESTIGADORA, permite mejorar la calidad de los servicios prestados por los profesionales al cuestionarse permanentemente los procedimientos, incorporando nuevas técnicas a la práctica profesional. La investigación se divide generalmente en las siguientes etapas:

- Establecer una pregunta o problema de investigación.
- Definir el propósito del estudio.
- Revisar la literatura relativa al tema.
- Formular hipótesis y definir las variables.
- Planificar el método y diseño de la investigación, es decir, decidir el tipo más apropiado para el estudio. Hay dos tipos de investigación, la descriptiva y la experimental.
- La investigación descriptiva consiste en la observación sistemática y la descripción de una situación o acontecimiento.
- La investigación experimental trata de establecer una relación entre dos o más factores. Implica la manipulación de una situación, controlando factores o introduciendo factores nuevos, para que se de una situación en la que podamos establecer las relaciones que no proponemos.
- Seleccionar la población, la muestra y el ambiente.
- Dirigir un estudio piloto.
- Recoger los datos.
- Analizar los datos.
- Establecer las conclusiones y las consecuencias.

LA FUNCION ADMINISTRADORA, esta integrada por actividades que los enfermeros desarrollan sistemáticamente es decir, con un orden, empleando unos recursos humanos y materiales, para lograr una finalidad, de forma eficaz eficiente y con beneficio social para quien va dirigida y para quien las genera. El proceso administrativo en enfermería tiene cuatro fases.

**Planificación:** Supone prever con anticipación lo que va a realizar, es decir, trazar unos objetivos contando con los recursos disponibles y estableciendo normas de actuación. La planificación contempla varias actividades o etapas:

- Análisis del sistema, entendiéndolo como el conjunto de objetos que ordenadamente interrelacionados contribuyen a satisfacer determinadas finalidades. Las entradas al sistema son los objetos que lo componen, los recursos, los factores condicionantes y la información, y la calidad, los productos, los desechos y los residuos.
- Determinación de prioridades y objetivos, para lo que habrá que definir los criterios de decisión, preseleccionar los problemas o intervenciones y jerarquizarlos. Para ello podemos utilizar técnicas de consenso, comparación por parejas, parrillas de análisis o el método Nalón entre otros. Este último valora para cada problema la magnitud (a) severidad (b), la eficacia de la solución (c) y la factibilidad de la intervención (d), dando una

puntuación de prioridad =  $(a+b) \times c \times d$  (a y b tienen un valor de 0 a 10 c de 0,5, 1 ó 1,5 y d 0 ó 1)

- Determinación de alternativas.
- Elaboración del plan.
- Evaluación del plan.

**Organización:** Es el establecimiento de la relación del grupo humano en su trabajo para llevar a cabo actos complejos con los medios necesarios para su ejecución, de forma consciente, racional, cooperativa y coordinada, con la finalidad de alcanzar los objetivos previamente acordados en la planificación.

La organización contempla la división del trabajo, las jerarquías, la autoridad y la responsabilidad. El proceso de organización se divide en varias etapas:

- Estructuración: Es la composición, disposición y orden de las partes de un conjunto. Debe tener en cuenta fines y objetivos cuantificables, definir funciones, actividades y tareas (departamentalización), la descripción de los recursos asignados, definir las relaciones entre las personas y los gráficos de organización.
- La departamentalización consiste en agrupar en unidades de organización, respondiendo a criterios que dependen de las características del organismo, de su producción y de los recursos disponibles.
- Sistematización: Es la normalización aplicada a la producción de bienes y o servicios que han de ser prestados y que requieren la estandarización de procedimiento con respecto a la forma en que debe cumplirse el trabajo. Surgen así los programas de funcionamiento, las normas generales, los métodos y los procedimientos.
- Instalación: es la dotación de recursos necesarios, tanto humanos como materiales y económicos o financieros.

**Dirección:** es la actividad de guiar a los miembros del equipo a la consecución de los objetivos establecidos.

**Control:** Consiste en la observación y registro del desarrollo del trabajo, comparando lo planificado con lo ejecutado y aplicando, si es necesario, medidas correctoras. Con el control se persigue maximizar la calidad. Algunos autores lo consideran la primera etapa del proceso administrativo. Se trata de un proceso continuo que precisa objetivos.

Existen dos tipos de controles:

- Comparativo: es un control parcial, p.e., nº de historias abiertas por cada enfermero.
- Evaluativo. Evalúa los resultados de la organización en general, p.e., nº de historias abiertas en el centro y si esta dentro de los márgenes esperados.

## DIMENSIONES DE LOS CUIDADOS ÉTICOS

### INTRODUCCION Y CONCEPTOS

La enfermería como actividad profesional y como disciplina científica, esta en continua relación con el individuo, la familia y la comunidad. Estas relaciones precisan un marco concep-

tual que unifique y delimite los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, tengan los profesionales que la ejerzan. En este marco, debemos aclarar varios conceptos:

**Los valores** son disposiciones afectivas hacia personas, objetos o ideas, que guían la conducta de los individuos. La mayoría de las personas adquieren los valores de la sociedad en la que viven. Los valores desarrollados por la sociedad o valores sociales, aseguran su funcionamiento y ayudan a las personas a vivir en armonía. Las personas pueden integrar todos o parte de estos valores y considerarlos personales. Además de estos, cada persona tiene sus propios valores personales que son importantes para ella como individuo.

Estos surgen de la socialización, de las relaciones con el ambiente y de uno mismo y se derivan de las experiencias de la vida. Son jerárquicos, cada persona crea su propia jerarquía o sistema de valores que constituyen un modo de control interno de la conducta. Aunque se aprenden a lo largo de la vida, la mayoría procede de la infancia. La adquisición de este sistema de valores es un proceso gradual que el individuo no es consciente; las personas no siempre son conscientes de que poseen un conjunto específico de valores o de que basan sus decisiones en dichos valores.

**La moral** es el sistema de normas, valores y principios que regulan las relaciones entre las personas y entre ellas y la comunidad, que tiene características históricas y sociales y que cada individuo actúa de forma libre y consciente, según sus convicciones personales. Es, por tanto, individual.

**La Ética** aglutina los valores morales de una sociedad, es decir, las reglas y principios que gobiernan la conducta. Por tanto la ética implica lo que es "bueno" o "malo", estableciendo los principios básicos de lo correcto y lo incorrecto y los códigos morales y esta creada para proteger los derechos de los seres humanos. La ética se refiere al establecimiento de unas reglas o valores públicos y formales, mientras que la moral la constituyen los valores personales de los que cada individuo es responsable.

La Bioética abarca los principios éticos involucrados en la vida, la salud, y la enfermedad. La ética en enfermería proporciona las bases profesionales para actuar, protegiendo tanto al cliente como a la enfermera.

**La Deontología** es la ciencia que estudia y establece los deberes indicando como debemos actuar y que es lo que se acepta como moralmente correcto. En el ámbito de la enfermería, la deontología delimita el conjunto de deberes de los profesionales y ha de inspirar su conducta.

Los contenidos de la Deontología contemplan los siguientes puntos:

- 1.- Un buen conocimiento de las técnicas que se van a utilizar: Formación profesional.
- 2.- Las normas y las costumbres en el ámbito de trabajo que regulan las relaciones entre las personas: Formación socio-antropológica.
- 3.- Conocimiento de la legislación: Formación Jurídica.
- 4.- Conocimiento de la dimensión ética de nuestros actos profesionales: formación Ética.

**La Teología** es la doctrina que explica los fenómenos según sus resultados, es decir, se interesa por las consecuencias de las decisiones éticas. El intuicionismo aporta que las personas

conocen lo que es correcto o incorrecto por si mismas, independientemente del pensamiento racional o el aprendizaje. Estos son tres abordajes distintos de los problemas éticos

Los códigos éticos o deontológico establecen mantienen y mejoran las bases de la práctica profesional. Son esenciales para una profesión porque guían la ocasión profesional al servir de punto de referencia para la toma de decisiones en las situaciones más complejas. Con este objeto, el Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería. Organización Colegial de Enfermería creó en 1989 el Código Deontológico de la Enfermería Española.

Otro código a considerar es el establecido por el consejo internacional de Enfermeras, en 1973.

La profesión de Enfermería como ciencia de la salud, y generadora de cuidados específicos de enfermería que interactúan permanente con la identidad e integridad del paciente, debe regirse por unos principios Éticos que garantice, por un lado la ética en el trabajo profesional y otro la seguridad e intimidad de los pacientes.

Es fundamental recabar el consentimiento del paciente, siempre con carácter previo, antes de efectuar cualquier maniobra, técnica o cuidado de enfermería. Cuando el paciente no estuviera en condiciones de otorgar el consentimiento, se informará a los familiares y se solicitará dicha autorización a los mismos.

El profesional de enfermería debe ejercer la profesión con total y absoluto respeto al ser humano, salvaguardando su dignidad en todo momento, teniendo en cuenta las características individuales de cada persona, protegiendo siempre los derechos del usuario y de la comunidad, adoptando las medidas oportunas en cada caso, aceptando el ejercicio de la profesión con responsabilidad y eficiencia.

La profesión de enfermería se debe regir por un Código Deontológico, que permita establecer los deberes que se rigen en las conductas de los profesiones de enfermería.

## CÓDIGO DEONTOLÓGICO

El código Deontológico de la enfermería entro en vigor el 14 de Julio de 1989 Publicado por el Consejo General de Enfermería de España.

A lo largo de sus 84 artículos, uno final, un preámbulo, una disposición transitoria, una disposición final, una introducción, un prologo y seis normas adiciones, que en ocasiones resultan reiterativos, nos resulta difícil hacer de este código un instrumento de utilización continua, donde podamos encontrar luz para las situaciones en que nos hallamos en duda o conflicto.

Capitulo I.- Ámbito de aplicación.

Capitulo II.- La enfermería y el ser humano. Deberes de los enfermeros.

Capitulo III.- Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería.

Capitulo IV.- El enfermero/a ante la sociedad.

Capitulo V.- Promoción de la salud y bienestar social.

Capitulo VI.- La enfermería y los disminuidos físico, psíquicos e incapacitados.

Capitulo VII.- El personal de enfermería y el derecho del niño a crecer en salud y dignidad, como obligación ética y responsabilidad social.

Capitulo VIII.- La enfermería ante el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad.

Capítulo IX.- La enfermería ante el derecho que toda persona tiene a la libertad, seguridad y a ser reconocidos, tratados y respetados como seres humanos.

Capítulo X.- Normas comunes en el ejercicio de la profesión.

Capítulo XI.- La educación y la investigación de la enfermería.

Capítulo XII.- Condiciones de trabajo.

Capítulo XIII.- Participación del personal de enfermería en la aplicación sanitaria.

### **Responsabilidades éticas legales en enfermería.**

El término responsabilidad significa responder de lo que se ha hecho o no se ha hecho. Es muy utilizado en la literatura médica y administrativa, y a menudo es estudiado en relación a la responsabilidad de la institución y a la de los profesionales de la salud.

La responsabilidad ética es la obligación de responder de los propios actos desde la perspectiva moral, La consecuencia de la exigencia de esta responsabilidad es la sanción ética.

La responsabilidad legal es la deuda u obligación de reparar o satisfacer por si solo o por otro la consecuencia de un delito, culpa u otra causa legal. Existen tres formas de responsabilidades legales: la responsabilidad penal, responsabilidad civil y responsabilidad administrativa. La consecuencia de la exigencia de estas responsabilidades es la pena, la indemnización y la sanción administrativa.

El código Deontológico de Enfermería se compone de tres grandes grupos temáticos.

- La enfermera y el ser humano.
- La enfermera y la sociedad.
- La enfermera y el ejercicio profesional.

### **EL SECRETO PROFESIONAL**

El juramento de Hipócrates, incluye ya el secreto profesional, se incluyen en el mismo la naturaleza de la enfermedad, las circunstancias que concurren en esta y lo captado durante la asistencia.

Es uno de los pilares básicos sobre los que se basa la relación del personal sanitario y paciente para la prestación de los servicios de salud, es la relación de confianza mutua que debe tener. De ella se deriva como una obligación del personal sanitario en el ejercicio de sus funciones, el deber del secreto profesional, y que se debe conceptuar como el conjunto de confidencias que por razón de profesión recibe el personal sanitario de sus pacientes.

### **PRINCIPIOS**

Estos principios no representan normas concretas de acción, sino unas orientaciones generales que ayudan a tomar decisiones en los casos concretos.

Estos principios son los ya celebres formulados explícitamente por primera vez en el Informe de Belmont de 1978, elaborado por la comisión nacional para Protección de personas objeto de experimentación biomédica. Los principios que nacieron con el objetivo de orientar la investigación de la bioética.

La lista de principios Éticos puede ser muy variada, dependiendo del autor que se elija. Vamos a elegir los principios que nos proporcionar la dirección a seguir y nos sirven como un mapa de carreteras. No son rígidos (como pueden ser las teorías puras) pero tampoco son tan flexibles como para dejar la acción a nuestros propios caprichos y gustos. No proporcionan respuestas concretas, pero nos ayudan dirigiendo nuestro pensamiento hacia la consecución de un consenso, al que se debería llegar en circunstancias.

Los principios de Thiroux son aplicables a cualquier situación, como la enfermería, medicina la abogacía, las finanzas, la educación, etc Estos principios son:

- 1.- El valor de la vida.
- 2.- Lo bueno y correcto.
- 3.- La justicia e imparcialidad.
- 4.- La verdad y honestidad.
- 5.- La libertad individual.

Son interdependientes, su clasificación se lleva a cabo para una mejor comprensión y más fácil análisis.

Son unos principios generales meramente orientadores, para la toma de decisiones cuando entran en conflicto reglas morales concretas.

Los principios éticos básicos son los que se refiere a aquellos criterios generales que sirven como justificación básica, para muchos de los preceptos éticos particulares y evoluciones de las acciones humanas. Principios básicos, entre aquellos aceptados generalmente por nuestra tradición cultural, son particularmente relevantes.

Por ello ya sabemos que por procedimientos deductivos, inductivos o de inferencia, o reflexivos con coherencia, los procedimientos y planteamientos siguen basándose en los principios de: BENEFICENCIA, NO MALEFICENCIA, JUSTICIA Y AUTONOMIA, que a continuación vamos a exponer.

### **Principio de Beneficencia**

Este principio o concepto evidentemente se refiere a la búsqueda del bien o beneficio del paciente, a la protección de sus derechos, a la obligación de socorro y a las decisiones que requieren a veces un análisis de coste-beneficio en la toma de decisiones terapéuticas, etc. Evitando tratamientos y medidas ineficaces o fútiles, etc. Todo ello se deriva de que cada paciente es un fin último en sí mismo, y nuestra actividad diagnóstico-terapéutica es un instrumento a su servicio.

Hacer bien por el paciente, no significa que el personal sanitario tome las decisiones por él, porque como no sabe nada de medicina no va a poder tomarlas o porque, como ha venido ocurriendo siempre, se intenta protegerlo de todo daño, sin dejarle opinar o tener participación en la decisiones que atañen a su proceso y a las acciones necesarias para el restablecimiento de sus estado de salud.

Los pacientes son seres humanos autónomos, adultos y con plena capacidad de decisión sobre ellos mismos y su salud, aunque se equivoquen, aunque se hagan daño, tienen derecho a elegir por si mismos lo que crean más conveniente.



### **Principio de No maleficencia**

Este principio que ya era conocido y formulado desde la época hipocrática, se refiere a la obligación de no hacer daño a los pacientes con la frase conocida de “*primum non nocere*”. Pero en nuestros días y con los medios terapéuticos actuales el respeto no sólo y absoluto a la vida en abstracto, sino también a la calidad de vida y la voluntad expresada por los pacientes con derecho a su autonomía en las decisiones, plantea nuevas formulaciones como ya se ha visto en los famosos casos de Karen Quinlan y similares, generando el respeto a la voluntad expresada en los llamados testamentos vitales, la diferencia entre dejar morir y matar, la aplicación de terapias ordinarias o extraordinarias, dejar morir dignamente, etc.

### **Principio de Justicia**

Este principio encierra enfoques tan diferentes, como filosofías o planteamientos ideológicos que se adopten. No hace referencia a un concepto penal, civil o rectificador. En muchos casos se plantean disyuntivas de acceso desigual a la atención sanitaria, necesidades desiguales ante recursos limitados, oportunidad de elecciones sobre tratamientos a pacientes en listas de espera, donación de órganos, sin tráfico económico de los mismos, etc. Derecho a un mínimo decente de asistencia sanitaria, distribución y prioridades en el uso de recursos económicos-sanitarios. Hay que hacer y construir reflexiones constructivas en la política sanitaria, no se puede ser fundamentalista de una teoría ideológica de la justicia, que es insuficiente en la resolución de conflictos y enfrenta a veces prestaciones y financiaciones, etc. Siendo realistas y planteando con eficiencia el gasto sanitario, un sistema sanitario que busque un acceso a la atención sanitaria, en función de las necesidades de los pacientes, antes que otras consideraciones sociales o económicas de desigualdad en el acceso al sistema, corregirá la falta de oportunidades de los débiles o más necesitados.

También se plantean situaciones conflictivas, que han creado el concepto de objeción de conciencia, para así poder solucionar la colisión entre derechos de los pacientes y de los sanitarios etc, lo que nos ratifica en la importancia de abandonar fundamentalismos y enfoques o concepciones unívocas de la justicia. No es conveniente ideologizar los temas, y tomar decisiones confesionales cuando no proceden o se aplican sobre quienes no comparten la misma filosofía, o visión religiosa de la vida.

### **Principio de Autonomía**

Este concepto se está abriendo paso en nuestro entorno cultural, con muchas implicaciones referentes a la capacidad de tomar decisiones de las personas, tanto pacientes como sanitarios y armonizando las contradicciones y conflictos.

El principio de autonomía nos dice que cuando el paciente adulto, consciente y con suficiente información sobre su enfermedad, toma una decisión respecto a la misma, sea cual sea esta decisión, se debe respetar.

Este principio esta ligado al principio del respeto por las personas, se incorporar así dos convicciones éticas: primera, que los individuos deben ser tratados como entes autónomos y segundo, que las personas cuya autonomía esta disminuida deben ser objeto de protección.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

*DECRETO 93/2004, de 4 de junio, del Consell de la Generalitat, por el que se determina la constitución, Composición y funcionamiento de la Comisión de Consentimiento Informado. [2004/5935]*

### Consentimiento informado

Se entiende por consentimiento informado la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa la obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, claramente comprensible para él, ante una intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo y en general siempre que se lleven a cabo procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud. El consentimiento debe ser específico para cada intervención diagnóstica o terapéutica que conlleve riesgo relevante para la salud del paciente y deberá recabarse por el médico responsable de las mismas. En cualquier momento, la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

El concepto del CONSENTIMIENTO INFORMADO, ha aparecido como instrumento para exponer la información al paciente y así con más comprensión de los hechos obtener su consentimiento ya ilustrado y más consciente. Todo ello supone una garantía para los pacientes y también para los sanitarios que lo practiquen en situaciones de conflicto, siendo importante para eliminar y evitar prácticas de "cobayismo", etc, en los proyectos de investigación y evitando los abusos espeluznantes vividos en campos de concentración nazi y algunas prácticas con presos, etc.

En lo que a la práctica clínica se refiere se recomienda la confección de modelos de fácil comprensión en su redacción, huyendo de tecnicismos crípticos que bajo científismos no se explique lisa y llanamente al paciente el procedimiento, ventajas e inconvenientes, complicaciones y riesgos, etc. En este procedimiento hay que distinguir dos aspectos el de la información que lleve a la comprensión, y posteriormente el de la decisión tomada libre y voluntariamente. Aunque resulte sorprendente, también hay pacientes que renuncian y no quieren ser informados, por motivos distintos, miedos, etc.

Y también hemos de acostumbrarnos a este tipo de personas que renuncian al derecho de información y toman sus decisiones sin querer ser informados de los riesgos, etc, a pesar de la insistencia del médico en informar.

Cada vez que se plantean problemas de bioética, o de ética profesional médica, nos encontramos con novedades y hallazgos científico-técnicos que no podemos ignorar.

Por otro lado detrás de cada decisión subyace una filosofía o ideología, pero si queremos ser respetuosos con el pluralismo social, los profesionales tendremos que regular nuestras conductas de forma compatible con este fenómeno es decir con arreglo a un código ético universal o laico, algo similar o a partir de los derechos humanos, para así no estar exentos de contenido y seguir procedimientos de reflexión amplios y no ideologizados con arreglo a credos subjetivos o fundamentalistas.

Resulta evidente que la medicina y la investigación científica son no sólo instrumentos de conocimientos, sino también de aplicación útil a favor de la humanidad, enfermos, etc. Otra

cosa son las políticas sanitarias y sus enfoques económicos, que incluso plantean contradicciones cuando la finalidad exclusiva es el lucro o negocio, incluso a nivel mundial con la globalización, y dejan de ser instrumentos al servicio de la salud del hombre, sólo persiguen beneficios económicos, excluyen a los enfermos que no supone un buen mercado, como ha planteado el tratamiento del SIDA en el continente africano, con los genéricos o medicamentos de menor costo, frente a las multinacionales que expusieron sus derechos de patentes etc, por encima de la situación socio-económica de esos países y enfermos.

El consentimiento informado lo vamos a desglosar en unas consideraciones generales, en el contenido que debe tener aspectos de organización, principios y excepciones:

### **A.- Consideraciones generales**

Todo paciente tiene derecho a que se le informe de su enfermedad y de las circunstancias relevantes que ésta implica, desde que se establece la relación con su médico.

Los procesos de información y consentimiento por parte de los pacientes se desarrollan básicamente a través del intercambio verbal. Sin embargo, algunos aspectos de esos procesos pueden quedar registrados y documentados por escrito.

El documento debe servir de apoyo facilitando la transmisión de una información completa, veraz y comprensible al paciente.

El documento no puede surtir efectos de exoneración de responsabilidad de los profesionales por el desarrollo de sus actuaciones.

### **B.- Contenido del documento del consentimiento informado**

- Datos personales.
- Nombre y apellidos del médico que informa, que no tiene necesariamente que ser el mismo que realice el procedimiento en el que se consiente.
- Nombre del procedimiento que se vaya a realizar,
- Descripción de las consecuencias seguras de la intervención, que deban considerarse relevantes o de importancia.
- Descripción de los riesgos típicos del procedimiento.
- Descripción de los riesgos personalizados.
- Declaración del paciente de haber recibido información acerca de los extremos indicados anteriormente.
- Manifestación de la paciente acreditativa de estar satisfecho con la información recibida y las dudas planteadas.
- Fecha y firmas del médico que informa y paciente.
- Aparatado para el representante legal en caso de incapacidad.
- Apartado para la revocación del consentimiento.

### **C.- Aspectos de organización del consentimiento informado**

El cumplimiento de los objetivos y funciones de los documentos de consentimiento informado exigen que el paciente o su representante, reciban la información y el documento con ante-

lación suficiente y en todo caso , al menos de 24 horas antes del procedimiento correspondiente, siempre que no se trate de actividades urgentes.

No se deben considerar validos documentos genéricos. El de una intervención no debe resultar valido para otra diferente.

Los documentos deben extenderse por duplicado, uno para el paicote y otro para la institución sanitaria.

El destinatario de la información es el paciente y como consecuencia, con carácter general debe ser este el que otorgue y firme el consentimiento, salvo las excepciones de la ley general de sanidad.

#### **D.- Principios del consentimiento informado**

- Voluntariedad
- Información en cantidad suficiente.
  - Riesgos, molestias y efectos secundarios.
  - Beneficios del procedimiento
  - Alternativas existentes.
  - Criterios medico para proponer una vía concreta.
  - Efectos previsibles si no se lleva a cabo el procedimiento.
  - Comunicación al paciente de la libertar de elegir o reconsiderar en cualquier momento la decisión tomada.
- Información can calidad suficiente
- Competencia
- Validez y autenticidad.

#### **E.- Excepciones al consentimiento informado**

- Rechazo explicito a toda la información por el paciente.
- Grave peligro para la salud publica.
- Situación de urgencia real y grave que no admite demoras.
- Imperio legal.
- Incompetencia o incapacidad del paciente.
- Privilegio terapéutico.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Enfermería Ética y Legislación. Serie Manuales de Enfermería Barcelona. Editorial Masson 1994.
- Vicente Bellver Capella, "Por una Bioética razonable" editorial Comares Granada 2006
- Fuden. Fundamentos de enfermería. Serie enfermería actual. Madrid.
- Código Deontológico de la Enfermería Española, Consejo Enfermería C. Valenciana.
- Manual de atención Primaria. A. Martín Zurro. Ediciones Doyma.
- Código Penal y el profesional sanitario. Consejo De Enfermería de la comunidad valenciana 1997.
- Definiciones y teorías de enfermería, Ann Marriner Tomey Ediciones Mosby.
- Fundamentos de enfermería Potter,P.A. quinta edición.
- Decreto 93/2004 Consentimiento informado.
- Historia y fundamentos de los comités de ética, Ferrer, Jorge Juan Pontificia Universidad de comillas-Desclée de Brouwer Bilbao 2003.

## **TEMA 2**

MODELOS Y METODOLOGÍA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS:  
VIRGINIA HENDERSON, DOROTEA OREM Y HILDELGARDE PEPLAU, MADELEINE  
LEININGER. UTILIZACIÓN DE LAS TAXONOMÍAS: NANDA, NIC, NOC.



## INTRODUCCIÓN

La materia troncal Fundamentos de Enfermería es la parte de los estudios de enfermería que tiene como objetivo básico analizar, organizar y sistematizar todos los contenidos de la enfermería con el fin de extraer aquellos principios básicos comunes que diferencian a la enfermería de otras ramas del saber y de otras profesiones. Finalmente, los Fundamentos de Enfermería se encargarían de establecer las bases epistemológicas e histórico antropológicas sobre las que asentar los principios de la investigación en enfermería.

En el Plan de Estudios de Diplomado de Enfermería del 2000 de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante se describe la materia troncal Fundamentos de Enfermería asignándole los siguientes contenidos:

- Historia de la enfermería.
- Marco conceptual de enfermería.
- Teoría y modelos.
- Metodología de enfermería (proceso de atención de enfermería).
- Cuidados básicos de enfermería.

## FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA ENFERMERÍA

La importancia de los modelos de enfermería hay que buscarla en su capacidad para mejorar y facilitar la práctica profesional. Todas las ideas innovadoras deben surgir de la práctica y tener como objetivo hacerla más eficaz.

Cualquier vía de resolución de problemas que sea más compleja que el problema en sí, está condenada al fracaso. Por ello es importante no olvidar que los modelos tienen como finalidad simplificar el trabajo de enfermería, hacerlo más lógico y nunca lo contrario.

El principal objetivo es identificar la importancia que tiene la aplicación de un método de trabajo para prestar cuidados enfermeros de calidad, para conseguirlo profundizaremos en el concepto de cuidados de enfermería; tanto desde el punto de vista de los curricula de la carrera, cómo desde el de la profesión. También nos referiremos al marco conceptual de enfermería, a los elementos de los modelos y a las teorías de enfermería.

Una de las premisas básicas, a mi juicio, cuando hablamos de modelos o más bien cuando los utilizamos, que es cuando se crea la confusión, es no mezclarlos. No utilizar una parte de este modelo por que me parece interesante y parte de este otro por la misma razón. Esto no significa que no se puedan utilizar modelos eclécticos, el eclecticismo es en muchos casos interesante e incluso necesario. Pero si desarrollamos nuestro propio modelo basado en otros tendremos que explicarlo, razonarlo y darlo a conocer. Un maravilloso modelo ecléctico que

solucione todos los problemas de la enfermería pero que sólo sea conocido y entendido por nosotros no servirá para nada a la profesión.

### **TEORÍAS DE ENFERMERÍA COMO FACILITADORAS DEL DESARROLLO PROFESIONAL**

Como resultado de sus investigaciones VAN DER BRUGGEN (1993) pone de manifiesto que: los trabajos conceptuales, en el ámbito de la enfermería, son relativamente excepcionales; las premisas teóricas en los sistemas de clasificación y estandarización suelen estar implícitas; el número de clasificaciones crece progresivamente y que existen varias definiciones en relación con los Diagnósticos de Enfermería.

A pesar de que su investigación se refiere al desarrollo de conceptos en la enfermería alemana sus afirmaciones, acerca de la ambigüedad del uso de la terminología, pueden ser extrapolados a nuestro medio. Este autor propone como solución la realización de proyectos de investigación internacionales en el área de la clarificación, clasificación y estandarización de los conceptos de enfermería, así como de la terminología en cuidados de salud en general.

En el desarrollo de los contenidos del curso trataremos de clarificar el significado de los términos en la medida de lo posible. Puesto que nuestras afirmaciones no son resultado de la investigación, deberán ser tomadas como meras "guías para la supervivencia en el mundo de los conceptos de los Fundamentos de Enfermería". Pese a no estar basadas en la investigación, nuestras posturas serán el resultado de elegir una determinada opción de forma razonada.

### **PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES EN EL DESARROLLO DE LA TEORÍA**

Con frecuencia los términos marco conceptual, marco teórico, modelo conceptual y modelo teórico se utilizan, en enfermería, de forma ambigua. Ciertamente los conceptos que se atribuyen a éstos términos son distintos según los autores, en general las referencias a conceptual y teórico se utilizan como sinónimos; aunque esto no siempre es así, por ejemplo: VILAGRASA (1991) hace referencia a "marco teórico conceptual". Por otra parte CHINN Y KRAMER (1991) dan la siguiente definición, haciendo referencia a marco conceptual/modelo: "...es la estructura formada por conceptos relacionados para formar un todo (una unidad). Las proposiciones teóricas descriptivas pueden llamarse marcos o modelos". Podríamos seguir poniendo ejemplos de la confusa utilización de éstos términos, pero creemos que una de las conclusiones a las que llega ESTANY (1993) en su Introducción a la Filosofía de la Ciencia puede arrojar algo de luz al tema. Según ésta autora: "...hay una norma clara referente a la utilización del término modelo, a saber: no utilizarla nunca sin antes delimitar en qué sentido se utiliza.". Siguiendo sus recomendaciones indicaremos que en nuestro contexto los términos marco conceptual, marco teórico, modelo conceptual y modelo teórico, a los que se alude al comienzo del párrafo, se contemplarán como sinónimos. Adoptando como definición, para cualquiera de ellos, la propuesta por Chinn y Kramer, y que hemos recogido unas líneas más arriba.

### **COMPONENTES DE UN MODELO CONCEPTUAL.**

Un mayor grado de acuerdo parece darse en los componentes de un modelo conceptual de enfermería. Si de algún concepto de los estudiados en la materia se puede decir que exis-



te un criterio unificado, ese será sin duda los componentes del marco conceptual de enfermería. Los autores que desarrollan éste concepto coinciden en señalar como componentes de un modelo o marco conceptual a: los supuestos, el sistema de valores y las unidades principales (ADAM, 1982; RYAN, 1992; GLASS, 1992; KOZIER et al., 1993).

**A) Los supuestos:** Son afirmaciones de hechos (premisas) o suposiciones que se aceptan como base teórica fundamental para la conceptualización de la enfermería. Pueden proceder de teorías científicas, de la práctica o de ambas, y son o pueden ser verificados. Algunos de los modelos deducen los supuestos de las teorías de adaptación. Otros, de teorías sistemáticas. La mayoría se derivan de la práctica.

La forma de desarrollar los supuestos caracteriza la naturaleza de la enfermería como una disciplina diferenciada y proporciona una dirección para el desarrollo del conocimiento de enfermería. Los supuestos deben contener los conceptos sobre: la naturaleza de la enfermería, la persona, la sociedad y el entorno, y la salud. Suele haber variaciones de un modelo a otro, ya que parten de premisas distintas. Por ejemplo, los supuestos sobre las personas varían considerablemente: Henderson las ve como seres con 14 necesidades fundamentales, Roy como individuos con cuatro formas de adaptación; Johnson como personas con ocho subsistemas de conducta, y Orem como agentes con seis exigencias universales de autocuidados.

- a) La naturaleza de la enfermería. En general la enfermería se entiende como un servicio de ayuda a la sociedad, basado en las interacciones interpersonales entre el profesional de enfermería y otro individuo. Esta idea es muy general y no diferencia claramente la enfermería de otras disciplinas de servicio, pero proporciona una orientación para decidir que tipo de conocimiento se necesita en la práctica. Algunos de los conceptos asociados a la naturaleza de la enfermería son identificados por JOOP (1992). Esta autora identificó 11 categorías de subconceptos en distintos tipos de programas de enfermería, estos son: proceso de enfermería; roles; receptor de los cuidados; objetivos de enfermería; función del rol; base de conocimientos; disciplina práctica/científica; acción/actividad; nivel de cuidados; responsabilidad; habilidades/capacidades.
- b) La persona. Todos los modelos y teorías incluyen ideas sobre la naturaleza de los seres humanos. El componente filosófico más relevante sobre el ser humano es, según CHINN Y KRAMER (1991): el holismo. Las investigaciones de JOOP (1992) refuerzan las ideas de estas autoras, ya que como resultado de sus estudios obtuvieron que el concepto holismo era el que aparecía con mayor frecuencia en los programas de enfermería (en el 100% de los programas estudiados), seguido muy de cerca por los términos interacción y desarrollo/potencial (ambos se dan en el 96% de los casos), otros términos les siguen, hasta completar un total de 16 categorías de subconceptos de ser humano: único; necesidades; adaptación; participante; comportamiento: respuesta / patrón; activo; sistema; estrés / estresores; energía; responsabilidad para autocuidarse / competencia; cambio; libertad de elección / derechos; dignidad / valor; autonomía / autodeterminación.
- c) La sociedad y el entorno. Los términos sociedad y entorno se consideran centrales en la disciplina. Estos términos no son considerados en conjunto por todos los autores. Algunas

teorías de enfermería hablan del concepto de sociedad o cultura, en tanto que otras lo hacen del medio ambiente o entorno. Algunos de los conceptos que JOOP (1992) identifica sobre el término entorno son: interacciones entre el medio interno/externo; entorno externo: acontecimientos, condiciones, sociedad, sistema de salud; respuesta interna; factores, fuerzas, elementos, estímulos; estrés; estresores.

d) La salud. La salud es un concepto en constante evolución, esencial para la enfermería. En general no existe un acuerdo en lo referente a la definición de salud. La Organización Mundial de la Salud la define como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. Distintas autoras de enfermería han proporcionado definiciones del concepto de salud como parte de sus modelos. Los subconceptos identificados por JOOP (1992) son: influencias ambientales internas/externas; naturaleza de la salud; adaptación; continuum; enfermedad.

**B) Sistema de valores:** Son las creencias sobre las que se apoya la profesión. Generalmente son similares en todos los modelos. Algunas de ellas son:

- Los profesionales de enfermería tienen una función específica aunque compartan otras con los demás profesionales de la salud.
- La enfermería es un servicio dirigido más a satisfacer las necesidades de las personas y grupos (familias y comunidades), que hacia aspectos concretos de las enfermedades.
- La enfermería utiliza métodos sistemáticos y racionales para hacer operativo su modelo conceptual (Proceso de atención de enfermería).
- Esta profesión lleva consigo una serie de relaciones interpersonales. La de mayor importancia es la de profesional de enfermería – paciente (relación de dependencia).

**C) Unidades principales:** Siete de ellas se forman a partir de los supuestos y los valores:

a) Meta de la enfermería: La meta es el fin u objetivo, lo que se trata de lograr. Tiene que estar de acuerdo con los propósitos comunes a todos los profesionales de la salud: la promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación, etc.; sin embargo, cada profesional tiene un objetivo que le diferencia del resto y justifica su presencia en el equipo de salud. Los objetivos específicos de la enfermería varían de un modelo a otro dependiendo de los supuestos de cada uno. Estos objetivos deben ser lo suficientemente amplios como para indicar:

- Hacia donde se dirige la profesión.
- Como se forman los futuros profesionales de enfermería.
- En que ámbito pueden desarrollar su trabajo (en la comunidad, en el hospital, en el hogar, en los centros de salud, etcétera).

b) Cliente (paciente): Por paciente no se entiende sólo la parte del individuo que interesa a la enfermería, sino también sus características como persona y como grupo. La mayoría de los modelos toman al individuo como un ser biopsicosocial, pero se dife-

- rencian en como se conceptualiza como tal. Henderson lo entiende como un todo, un ser completo e independiente que tiene 14 necesidades básicas, mientras que para Orem es un sistema de conducta compuesto de ocho subsistemas.
- c) Función del profesional de enfermería: La sociedad debe tenerlo, necesitarlo y aceptarlo, igual que lo hace con la misión curativa del médico o la defensora del abogado. Muchos profesionales consideran su función como "cuidar"; sin embargo, este concepto es ambiguo y difícil de operativizar. En el modelo de autocuidados de Orem, la función de enfermería es facilitar la ayuda necesaria para estimular al enfermo a que logre un nivel óptimo de autocuidados; en el de adaptación de Roy, se trata de promover la conducta de adaptación del cliente mediante la manipulación de los estímulos.
  - d) Origen de los problemas: Hay que buscarlo en el paciente y no en el profesional de enfermería. En otras palabras, indican el origen probable o la causa de los problemas del paciente que pasan a ser competencia de enfermería. Los enfermos que asisten a los centros de salud tienen problemas de tipo médico, psicológico, dietético, de cuidados, etc. El médico atiende problemas médicos, el psicólogo o psiquiatra alteraciones mentales, el dietista consultas dietéticas, y el/la enfermero/a se encarga de los problemas de enfermería. La causa de estas dificultades explica más ampliamente lo que es un problema de enfermería. Por ejemplo, en el modelo de Henderson el origen de los problemas reside en la falta de fuerza, voluntad o conocimientos; mientras que en el de Orem, se trata de la tensión emocional o física del cliente.
  - e) El objetivo de las actuaciones: Es otro de los puntos determinados específicamente por cada modelo, indica el objetivo o centro de actuación de la enfermería. Universalmente se acepta que la actuación del médico se enfoque hacia los procesos patológicos del enfermo. En el modelo de Orem de autocuidados, es la incapacidad del paciente para cuidarse a sí mismo; en el de Roy, el cliente tiene dificultades para adaptarse a los estímulos.
  - f) Formas de actuación: Suponen una planificación de la función del enfermero/a. Están muy relacionadas con el objetivo de la actuación que explica las maneras concretas en las que se ayuda al enfermo. Según Roy, por ejemplo, la actuación se centra en los estímulos, y la intervención debe ser la manipulación de éstos. Para Florence Nightingale, la forma de actuar consiste en una manipulación ambiental que proporcione un ambiente cálido, aire fresco, luz, buenos alimentos e higiene. Las actuaciones de enfermería, en nuestra opinión pueden ir dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y al medio ambiente.
  - g) Consecuencias de las actividades de enfermería: Son los resultados que el/la enfermero/a desea lograr y reflejan su objetivo y concepto del paciente.

Una de las principales dificultades para establecer un marco conceptual en Enfermería estriba en establecer cuales son las actividades y actuaciones de las enfermeras en sus diferentes ámbitos de trabajo.

A menudo los profesionales españoles que nos nutrimos de bibliografía y documentación extranjera olvidamos las dificultades que tiene ésta para adaptarse a nuestro particular sistema de salud, que poco tiene que ver con los sistemas de salud de otros países y en concreto con el sistema de salud Americano del que con frecuencia tomamos teorías sin hacer un previo análisis crítico de si estas se adaptan a nuestra realidad antes de intentar aplicarlas.

## TEORIA Y MODELOS

Una vez más, al adentrarnos en los conceptos encontramos una "selva de significados". Algunas de las definiciones sobre "teorías", enunciadas por distintos autores y que CHINN y KRAMER (1991) han recogido son:

- Una serie de hipótesis confirmadas interconectadas de forma lógica (Mc Kay).
- Un sistema o marco conceptual inventado para un propósito (Dickoff y James).
- Una agrupación imaginativa de conocimientos, ideas, y experiencia representados simbólicamente y que buscan iluminar un fenómeno dado (Watson).
- Un conjunto coherente de principios hipotéticos, conceptuales y pragmáticos que forman un marco general de referencia para un campo de interés (Ellis).

A partir de éstas cuatro definiciones CHINN y KRAMER (1991) desarrollan su propia definición de teoría: "Una estructuración de ideas creativa y rigurosa que proporciona un intento determinado y sistemático de ver los fenómenos".

Es fácil ver que, las definiciones no se caracterizan por su grado de acuerdo. La solución, en éste caso, seguirá las indicaciones que hemos adoptado para la utilización del término "modelo"; es decir, indicar qué significado tiene para nosotros.

La producción de teoría es la última fase del método científico, para entender completamente la definición es importante estudiarla en su contexto; es decir, después de haber explicado los pasos del método científico, a saber: observación, problema, hipótesis, experimentación, teoría. Desde nuestro punto de vista, una teoría expresa una creencia con alta probabilidad, de que las cosas sucedan de cierto modo dadas determinadas condiciones iniciales.

La revisión de MARRINER (1989) sobre éste tema, nos da una visión de conjunto de los principales modelos y teorías de enfermería.

**A) Arte y ciencia de la enfermería humanística:** Nightingale, Henderson, Abdellah, Hall, Orem, Adam, Leininger y Watson aparecen agrupadas debido a sus opiniones sobre la Enfermería humanística como arte y ciencia.

**Virginia Henderson.** Su definición de enfermería apareció por vez primera en la quinta edición de *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* en 1955. Henderson indica: «La función propia de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte apacible), actividades que dicho individuo realizaría sin ayuda si contara con la

fuerza, voluntad o conocimientos necesarios; y esta asistencia debe ofrecerse de tal modo que lo ayude a recuperar la independencia lo más pronto posible». Henderson identificó las 14 necesidades básicas de los pacientes que configuran los componentes de los cuidados de enfermería: 1) respiración; 2) ingestión de sólidos y líquidos; 3) eliminación; 4) movimiento; 5) descanso y sueño; 6) vestimenta; 7) temperatura corporal; 8) limpieza corporal y protección cutánea; 9) seguridad ambiental; 10) comunicación; 11) oración; 12) trabajo; 13) juego; y 14) aprendizaje. Identifica tres niveles de relación profesional de enfermería-paciente: 1) ser un sustituto para el paciente; 2) ser ayudante del paciente; y 3) ser compañera del paciente.

**Dorothea E. Orem** explicó el cuidado de uno mismo (auto-cuidado) como una necesidad humana. Orem define la enfermería como un servicio humano e indica que el centro de interés de la enfermería es la necesidad de cada persona de lograr y controlar continuamente las acciones de auto-cuidado a fin de mantener la vida y la salud, o recuperarse de la enfermedad o de los daños. Identifica su teoría del déficit de autocuidado en enfermería como una teoría general compuesta por tres teorías asociadas: 1) la teoría de auto-cuidado; 2) la teoría del déficit de autocuidado; y 3) la teoría de los sistemas de enfermería. Orem identifica tres tipos de sistemas de enfermería: 1) totalmente compensatorio (hacer en lugar del paciente); 2) parcialmente compensatorio (ayudar a la persona a que haga las cosas por sí misma); y 3) sistema de apoyo y educación (ayudar al individuo a aprender a hacer las cosas por sí mismo). Estas teorías se comentan más extensamente en su libro *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica* (OREM, 1993). El texto "Modelo de Orem. Aplicación práctica." escrito por CAVANAGH (1993) es de gran ayuda en la aplicación en la práctica, explicando el modelo en el contexto de variados ejemplos de situaciones de pacientes. El modelo de Orem es una filosofía de la enfermería.

**Madeleine Leininger** adopta el cuidar como tema central en la atención, conocimiento y práctica de la enfermería. Entre los conceptos principales están los de cuidados, cuidar, cultura, valores culturales y variaciones culturales. Cuidar incluye actos de asistencia, apoyo o facilitación hacia un individuo o un grupo con necesidades evidentes o anticipadas. El cuidado sirve para mejorar o aumentar las condiciones humanas y los modos de vida. Su metodología está tomada de la antropología, pero el concepto de cuidados es una característica esencial en la práctica de la enfermería. Se le atribuye el mérito de la fundación de la enfermería transcultural, y la consiguiente investigación, formación, y práctica en este subcampo de la enfermería. Leininger ha generado muchas hipótesis y espera que ello estimule a los profesionales a interesarse por la investigación étnica aplicada a la etno-enfermería. El modelo de Leininger es una filosofía de enfermería.

**B) Relaciones interpersonales:** Peplau, Travelbee, Orlando, Wiedenbach, King, Riehl-Sisca, Erickson, Tomlin, Swain y Barnard estudian las relaciones interpersonales.

**Hildegard E. Peplau.** Sus contribuciones a la enfermería en general y a la enfermería psiquiátrica en particular han sido enormes. Su trabajo se vio altamente influido por el modelo de relación interpersonal de Sullivan y refleja el panorama del modelo psicoanalítico.

tico contemporáneo. Peplau es la primera autora que tomó préstamos de otros campos científicos y los relacionó con la teoría de enfermería. Enseñó enfermería psicodinámica y subrayó la importancia de que el/la enfermero/a comprenda su propio comportamiento a fin de ayudar a otros a identificar las dificultades que los afectan. Identifica cuatro fases en la relación profesional de enfermería-paciente: 1) orientación; 2) identificación; 3) aprovechamiento; y 4) solución. Peplau describe seis papeles de el/la enfermero/a: 1) desconocida; 2) persona recurso; 3) maestra; 4) líder; 5) sustituta; y 6) consejera. Comenta en su obra cuatro experiencias psicobiológicas -necesidad, frustración, conflicto y ansiedad- que llevan a respuestas destructivas o constructivas. Sus ideas se recogen en el texto Relaciones interpersonales en enfermería. Un marco conceptual para la enfermería psicodinámica (PEPLAU, 1990).

C) Sistemas. Las obras de Johnson, Roy y Neuman estudian el campo de los sistemas.

D) Campos de energía. Levine escribió sobre la conservación de la energía en los años 1960. Las obras de Fitzpatrick, Neuman y Parse fueron estimuladas por las de Rogers.

## CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA TEORIA

Aunque muchos autores emplean términos distintos para describir los criterios útiles para la evaluación de la teoría, los problemas que más a menudo se plantean son la claridad, la sencillez, la generalidad, la precisión empírica y las consecuencias derivables.

A) **Claridad:** La claridad semántica y estructural, al igual que la consistencia, son factores importantes. Para evaluarlos, debemos comenzar por identificar conceptos y subconceptos y luego identificar sus definiciones correspondientes.

B) **Sencillez:** En este aspecto parece haber discrepancia entre distintos autores. A mi modo de ver cualquier teoría que se precie debe ser, al menos, más sencilla que la idea que pretende explicar. Sin embargo Ellis considera que para que una teoría sea significativa ha de ser compleja. Por otro lado Chinn y Jacobs afirman: en enfermería, los profesionales necesitan una teoría sencilla que guíe su práctica.

C) **Generalidad:** Para determinar la generalidad de una teoría se examina la gama de conceptos y de metas que dicha teoría contiene. Cuanto más limitados los conceptos y las metas menos general es la teoría. También en este punto los autores discrepan sobre la necesidad de una teoría más o menos general. La postura de Stevens sugiere que los espectros, tanto los amplios como los estrechos, son necesarios y que la complejidad o sencillez debería ser determinada por la complejidad del tema estudiado.

D) **Precisión empírica:** La precisión empírica es una condición ligada a la posibilidad de verificación y al empleo final de una teoría, y se refiere a la medida en que los conceptos definidos se fundamentan en una realidad observable.

E) **Consecuencias derivables:** Varios autores manifiestan su acuerdo en que la teoría debe orientar tanto la investigación como la práctica, yo incluiría también la docencia y la gestión. Ya que es frecuente que distintos docentes orientemos a nuestros alumnos hacia dis-

tintos modelos a lo largo de su carrera, obteniendo como resultado un lenguaje de dudosa interpretación y que ni tan siquiera ellos mismos entienden. Esto mismo sucedería con las directrices marcadas desde los puestos de gestión. Para poner un ejemplo de la diferencia entre un modelo ecléctico y la utilización de varios modelos de forma descoordinada podríamos buscar como símil el "Esperanto" y el "Espanglish". El Esperanto es un lenguaje ideado como intento de lengua universal, es estructurado y se puede aprender como tal. En mi opinión el Espanglish es el divertido resultado de la mezcla caótica de dos lenguas la española y la inglesa.

## EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LA TEORÍA

Los primeros estudios sobre la Enfermería se ocuparon de la filosofía, la definición y el arte de la Enfermería. La comunicación interpersonal fue objeto de gran interés durante los años 1960. A finales de aquella década la atención de los investigadores se desplazó hacia la ciencia de la Enfermería. El humanismo y la Enfermería como arte y ciencia están ganando popularidad durante los años 1980.

## FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DE LA ENFERMERÍA

### DEFINICIÓN

El proceso de cuidados, proceso de enfermería o proceso de atención de enfermería es un método sistemático y racional de planificar y proporcionar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas y actuar de forma específica para resolverlas. El proceso es continuo y sus componentes suelen solaparse, aunque siempre siguen una secuencia lógica.

También se puede definir el proceso de enfermería según su propósito, organización y propiedades.

**Propósito:** su finalidad es proporcionar un marco dentro del cual se puedan satisfacer las necesidades individualizadas del paciente, familia y de la comunidad.

**Organización:** según este aspecto el proceso de enfermería está compuesto por cinco etapas identificables: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

**Propiedades:** se considera que son seis las propiedades que caracterizan al proceso de enfermería: es resuelto, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y con base teórica.

### VALORACIÓN

La valoración del paciente empieza en nuestro primer contacto con él. Y continúa durante su hospitalización en tanto que obtenemos información sobre sus cambios continuos. Es el primer paso del proceso de enfermería pudiéndose describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos de distintos tipos de fuentes, para analizar el estado de salud de un cliente. Es importante tener en cuenta que en la fase de valoración influyen varios aspectos como son: las creencias conocimientos y capacidades de la enfermera.

La valoración consta de dos componentes: la recogida de datos y la documentación.

## 1. RECOGIDA DE DATOS

Dentro del contexto de la valoración de enfermería, los datos podrían definirse como la información específica que se obtiene de un cliente

1.1. TIPOS DE DATOS. Los datos pueden ser: subjetivos, objetivos, históricos, actuales.

1.2. FUENTES DE DATOS. Pueden ser primarias y secundarias.

1.3. MÉTODOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS. La recogida de datos se realiza mediante la entrevista, la observación, la exploración física.

A. La entrevista.

- Permite adquirir información específica necesaria para el diagnóstico y la planificación.
- Facilita la relación enfermera- paciente creando una oportunidad para el diálogo.
- Permite que el cliente reciba información y contribuya, ayudando a identificar problemas y a fijar objetivos.
- Ayuda al profesional de enfermería a determinar áreas en las que investigar específicamente durante la observación y la exploración física.
- Los factores que influyen en el éxito de una entrevista son: las técnicas para entrevistar, los factores ambientales y la comunicación verbal y no verbal.

B. La observación: En la observación influyen los conocimientos y la utilización consciente y plena de los órganos de los sentidos.

C. La exploración física. Por medio de ella se intenta:

- Definir la respuesta del cliente ante el proceso patológico, sobre todo aquellas respuestas de ser tratadas con acciones de enfermería.
- Establecer una base de datos para comparar a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería o médicas.
- Justificar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista u otra relación enfermera- cliente.

Para la exploración se utilizan técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación.

Los métodos de exploración deben ser sistematizados para que resulten prácticos y de utilidad, los más utilizados son: el método de cabeza a los pies, los principales sistemas orgánicos, los patrones funcionales de salud y los patrones de respuestas humanas.

## 2. DOCUMENTACIÓN

2.1. PROPOSITOS DE LA DOCUMENTACIÓN.

- Establecer una comunicación, pertinente, completa, exacta, actual y permanente entre los miembros del equipo de salud.
- Facilitar la administración de unos cuidados de calidad al cliente.
- Proporcionar un mecanismo de evaluación de los cuidados individualizados de cada cliente.



- La documentación crea un registro legal de los cuidados administrados al cliente.
- Finalmente la documentación proporciona la base para la investigación de enfermería.

## 2.2. DIRECTRICES PARA LA DOCUMENTACIÓN.

- Escribir de forma objetiva, sin prejuicios, valores, juicios u opiniones personales.
- Las descripciones o interpretaciones de los datos objetivos deberán ir apoyadas por observaciones específicas.
- Deben evitarse generalizaciones, incluyendo las palabras como "bueno", "justo", "normal".
- Los datos deberán describirse lo más ampliamente posible, incluyendo su estructura, función, composición y características.
- La información se registrará de manera clara y concisa, evitando aspectos superfluos y frases largas y confusas.
- Deberá escribirse de forma legible, con tinta permanente. Los errores se corregirán de forma que no se tape la anotación original. El método más utilizado consiste en trazar una única línea sobre la nota incorrecta, poniendo "error" y firmando. No se puede utilizar líquido para tapar, goma de borrar o tachaduras para eliminar la anotación.
- Se debe escribir correctamente, sin abreviaturas, faltas de ortografía y sin utilizar un lenguaje tipo telegrama. Debe evitarse la jerga, los tópicos y las etiquetas.

## DIAGNÓSTICO

### 1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: EVOLUCIÓN Y CONTEXTO

#### 1.1. DESARROLLO HISTÓRICO.

El término diagnóstico de enfermería tiene una historia relativamente corta. La investigación para definir la enfermería y sus funciones comenzó con los escritos de Florence Nightingale, quien describió el propósito de la enfermería como el de "poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él", también se atribuyen a ésta autora los primeros indicios de diagnósticos en el ámbito de la enfermería, al detectar déficits nutricionales y otros problemas de salud durante la guerra de Crimea y adoptar intervenciones para mejorar el sistema de cuidados en los hospitales militares.

A principios del siglo XX, surgieron los intentos de diferenciar la enfermería de la medicina, a raíz de la necesidad de definir cada una de éstas disciplinas con propósitos legales y de educación. Virginia Henderson, en 1955, y Faye Glenn Abdellah, en 1969, propusieron organizar los programas académicos conforme a problemas de enfermería o necesidades de los pacientes, no según diagnósticos médicos.

#### A. Evolución del diagnóstico de enfermería.

- Fry (1953). Introdujo el término para describir un paso necesario en el plan de cuidados.

- Abdellah (1957) Primera definición de diagnóstico de enfermería: "determinación de la naturaleza y el alcance de los problemas de enfermería que presentan los pacientes o las familias que reciben atención de enfermería".

Primera Conferencia para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería. 1973.

#### B. Influencias en el desarrollo de un sistema de clasificación.

La influencia de los EEUU es considerable. En España los textos traducidos sobre éste tema superan a los escritos sobre los fundamentos de enfermería en general.

Es necesario validar los diagnósticos en nuestro ámbito.

#### C. Aplicación clínica del diagnóstico de enfermería. Ha sido utilizado en:

- El control de calidad
- La distribución de personal
- Los sistemas de información por ordenador
- La planificación de cuidados continuados
- La enseñanza y el desarrollo del curriculum
- El desarrollo de teorías

#### D. Enfoque del diagnóstico de enfermería.

Desde 1973 el diagnóstico de enfermería ha sido definido con frecuencia como el resultado de la valoración.

Distintas definiciones sobre diagnóstico de enfermería lo describen como: problemas, respuestas, evaluación o juicio.

Los diagnósticos de enfermería realizados por profesionales de enfermería, describen problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas a tratar (GORDON, 1976).

Diagnóstico de enfermería es un juicio clínico de un individuo, familia o comunidad que se formula mediante un proceso prefijado y sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona las bases para prescribir el tratamiento definitivo que es responsabilidad de la enfermera. Se expresa de forma concisa e incluye la etiología de la condición cuando ésta se conoce (SHOEMAKER, 1984).

Definición de diagnóstico de enfermería según la Novena Conferencia para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería (marzo de 1990):

"El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud/procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería proporcionan las bases para la selección de las intervenciones de enfermería, para conseguir los resultados de los que la enfermera es responsable".

#### E. Cuidar, curar y diagnóstico de enfermería.

Con frecuencia las enfermeras manifiestan su acuerdo en que el campo de las actuaciones de enfermería es "cuidar", en tanto que el de la medicina es "curar". Un atento análi-

sis de la etimología y del significado actual de estos términos, puede facilitarnos claves de interés.

La palabra cura tiene su origen en el año 1220-1250 con el significado de "asistencia que se presta a un enfermo" y antiguamente "cuidado". Etimológicamente deriva del latín CURA y significa: "cuidado, solicitud".

Derivado de ésta palabra es el verbo "curar" que surge durante el siglo XIV como verbo CURARE=cuidar. Como puede verse curar y cuidar son palabras prácticamente sinónimas ya que ésta última, cuidar, en sentido moderno significa "prestar atención, poner solicitud en algo". Tanto es así que aparecen como términos equivalentes en los diccionarios de sinónimos y en los etimológicos.

La palabra cuidar (1140) procede de COGITARE=pensar o prestar atención y de ahí asistir.

En su sentido actual curar significa sanar o recobrar la salud. O bien, como verbo transitivo, aplicar al enfermo los remedios convenientes para que recobre la salud. El sentido actual de cuidar es: poner diligencia, atención y solicitud en la asistencia de un enfermo.

Tras el análisis de ésta información, carece de sentido hablar de que los médicos curan pero no cuidan, en tanto que los enfermeros/as, adoptan la postura contraria. Con frecuencia los médicos establecen cuáles son los cuidados que los pacientes o las enfermeras deben adoptar para tal o cual proceso patológico; y del mismo modo las enfermeras curan las heridas de los pacientes. Necesitamos dividir y simplificar la realidad para comprenderla, sin embargo no podemos creer que nuestra simplificación se corresponde con la realidad. En este sentido la equiparación de la actividad médica con la curación y la de enfermería con los cuidados supone una herramienta útil para comprender los roles básicos de cada uno de éstos profesionales, sin embargo, es conveniente no olvidar la razón de ésta simplificación y sus limitaciones.

#### F. Colaboración internacional en el desarrollo diagnóstico.

Los diagnósticos se han traducidos a muchas lenguas. Más de cinco traducciones diferentes al español dificultan la unificación del lenguaje en enfermería.

La implicación internacional en las conferencias bienales de clasificación diagnóstica comienza a finales de 1980.

En Europa se ha creado la ACENDIO Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes.

Se intenta incluir los diagnósticos de enfermería en la ICD-10 de la OMS.

Adaptaciones de la Taxonomía I para su posible inclusión en la ICD-10 de la OMS:

- a) Sustituir "categorías diagnósticas" por "condiciones que necesitan cuidados de enfermería".
- b) Organizar los nueve patrones de respuesta humana en orden alfabético: comunicar, conocer, elegir, intercambiar, mover, percibir, relacionar, sentir y valorar.
- c) Disminuir el nivel de abstracción de cuatro, cinco, o seis niveles a solo dos niveles.
- d) Modificar el código diagnóstico para seguir los criterios de la CIE.

## 1.2. DEFINICIÓN CONTEXTUAL DE DIAGNÓSTICO

En los apartados anteriores nos hemos referido al diagnóstico de enfermería como concepto, o idea, fuera del contexto en el que es utilizado. Sin embargo, en ocasiones un concepto se entiende con más claridad si se estudia dentro de un contexto, en lugar de hacerlo de forma aislada. En éste apartado el diagnóstico de enfermería será examinado en el lugar que le corresponde, dentro del proceso de atención de enfermería. De ésta forma se entenderá más claramente que el diagnóstico de enfermería es simplemente un paso en un proceso que tiene como resultado la administración de cuidados. Se prestará atención a cómo los diagnósticos de enfermería se relacionan con la valoración, intervención y evaluación del cuidado. Después se examinará el diagnóstico de enfermería en relación con la práctica de enfermería.

### A. Diagnóstico de enfermería en el proceso de enfermería.

El diagnóstico de enfermería es una de las cinco partes del proceso de enfermería, y sólo se debe ver como algo aislado confines didácticos y de simplificación del concepto.

El proceso de enfermería necesita estar contemplado dentro de un marco conceptual.

### B. Diagnóstico de enfermería en la práctica de enfermería.

La práctica de enfermería no sólo es el tratamiento de las condiciones descritas por los diagnósticos de enfermería.

Las enfermeras deben ayudar a los clientes a cumplir los tratamientos médicos.

En los diagnósticos de enfermería, la enfermera es responsable del plan de tratamiento.

En el caso de un diagnóstico médico, el médico es responsable de las decisiones sobre el tratamiento.

En la práctica, la separación de los diagnósticos médicos y de los diagnósticos de enfermería es artificial.

## 2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: CATEGORÍA Y PROCESO

El término diagnóstico de enfermería se utiliza en, al menos, dos contextos: como una lista de nomenclatura o categoría diagnóstica; o bien, como segunda fase del proceso de enfermería.

No todas las actuaciones de enfermería deben ser etiquetadas como diagnósticos de enfermería. Solamente las respuestas, reales o potenciales, a problemas de salud o a procesos vitales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas para tratar.

### **CARACTERÍSTICAS DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.**

- La obtención de los datos debe ser independiente.
- Se puede solucionar con intervenciones independientes.
- La responsabilidad es de enfermería.
- La responsabilidad de investigar en la condición: en su prevención, diagnóstico y tratamiento es de enfermería.

- Describe la respuesta de una persona ante un problema, una situación o una enfermedad.
- Está enfocado al individuo.
- Varía según cambian las respuestas del cliente.
- Orienta actividades de enfermería independientes: planificación, ejecución y evaluación.
- Es complementario al diagnóstico médico.
- El sistema de clasificación no está universalmente aceptado, varios sistemas están en desarrollo.
- Consta de dos partes, en las que se incluye la etiología cuando se conoce

## 2.1. DEFINICIÓN ESTRUCTURAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Atendiendo a su estructura podemos diferenciar tres componentes esenciales en un diagnóstico de enfermería. Estos tres componentes se denominan formato PES, y son: el problema de salud (P), los factores etiológicos o relacionados (E), y las características definitorias o grupos de signos y síntomas (S).

### A. El problema.

Es un estado o proceso relacionado con la salud, manifestado por un individuo, familia o comunidad.

Debe ser expresado de forma clara y concisa, con dos o tres palabras.

Para etiquetar o nombrar un juicio de enfermería acerca de un problema de salud se utilizan las categorías diagnósticas, un ejemplo de ellas lo constituyen las propuestas por la NANDA.

### B. Factores etiológicos o relacionados.

El segundo componente de un diagnóstico de enfermería comprende los factores que probablemente causan o mantienen el problema de salud del cliente.

Estos factores pueden ser conductas del cliente, elementos del entorno, o interacciones entre ambos.

### C. Características definitorias.

Características críticas o mayores: deben estar presentes para formular el diagnóstico.

Características menores o de apoyo: son el resto de características incluidas en una categoría diagnóstica apoyan o confirman el diagnóstico y aumentan la confianza en un juicio concreto.

### D. Factores de riesgo.

Las situaciones de riesgo son condiciones que se predicen pero que todavía no han ocurrido. Pueden representar información de antecedentes o actual.

## 2.2. DIAGNÓSTICO DEFINIDO COMO UN PROCESO: COMPONENTES

El diagnóstico de enfermería definido como proceso consiste en analizar y sintetizar, teniendo en cuenta que analizar es separar un todo en sus componentes, y sintetizar es agrupar las partes en un todo.

Las técnicas cognoscitivas que se requieren para analizar y sintetizar son según GRIF-FITH y CRISTENSEN (1986): la objetividad, el pensamiento crítico, la toma de decisiones y el razonamiento inductivo y deductivo.

### A. Proceso de datos.

- a) Organizar los datos: clasificarlos en un marco de referencia útil.
- b) Comparar los datos con los estándares: Es importante recoger y registrar datos útiles y objetivables.
- c) Agrupar los datos: incluye la búsqueda de grupos significativos, previamente aprendidos, de señales clínicas que están asociadas a una categoría diagnóstica.
- d) Identificar las incoherencias o contradicciones y omisiones en los datos.

### B. Determinación del nivel de salud del cliente.

- a) No existe problema y se el cliente está sano.
- b) No existe problema actual, pero si potencial.
- c) Hay un problema, pero la conducta del cliente es efectiva.
- d) Existe un problema y el cliente necesita ayuda.
- e) El cliente no puede aceptar el problema en este momento.
- f) Se requiere un mayor estudio y diagnóstico del problema.
- g) Un problema que puede discapacitar en el futuro.
- h) Un problema que requiere una gran adaptación del cliente.
- i) Un problema es crítico para el cliente.
- j) Un problema crónico y permanente.

### C. La formulación del diagnóstico.

## **PLANIFICACIÓN**

### 1. DETERMINAR PRIORIDADES

### 2. ESTABLECER OBJETIVOS

- Deben estar relacionados con la respuesta humana.
- Tienen que estar centrados en el cliente.
- Deben ser claros y concisos.
- Deben describir un comportamiento medible y observable.
- Deben ser realistas.
- Deben tener una limitación temporal.
- Tienen que estar determinados conjuntamente por el cliente y la enfermera.

### 3. DESARROLLAR LAS ACTUACIONES O INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

#### 3.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES

- Ser consecuentes con el plan de cuidados.
- Basarse en principios científicos.
- Individualizarse a la situación en concreto.
- Utilizarse para proporcionar un ambiente seguro y terapéutico.
- Permitir que se establezca un proceso de enseñanza/aprendizaje.
- Incluir la utilización de recursos apropiados.

#### 3.2. DIRECTRICES PARA LA REDACCIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Firma y fecha.
- Verbo de acción concreto y modificadores.
- Especificación de "quién, qué, dónde, cuándo, cómo y con qué frecuencia".
- Enfoque individualizado para el cliente.

#### 3.3. DOCUMENTACIÓN DEL PLAN

##### A. Características:

- Están escritos por profesionales de enfermería.
- Se empiezan después del primer contacto con el cliente.
- Están fácilmente disponibles.
- Están actualizados.

##### B. Componentes.

- Diagnósticos de enfermería.
- Objetivos.
- Actuaciones o intervenciones.

##### C. Tipos de Planes de Atención.

- Individualizados.
- Estandarizados.
- Informatizados.

## EJECUCIÓN

### 1. PREPARACIÓN

- Repaso de las intervenciones de enfermería.
- Análisis de los conocimientos y técnicas necesarias.
- Identificación de posibles complicaciones.
- Administración de los recursos disponibles.
- Preparación de un ambiente favorecedor.

### 2. EJECUCIÓN

- Se centra en la iniciación de las intervenciones de enfermería diseñadas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del cliente.

- El enfoque de la enfermera puede implicar el comienzo de acciones independientes, dependientes e interdependientes.
- Los métodos diseñados para cubrir las necesidades del paciente son numerosos y variados, dependiendo de los problemas específicos del individuo.

### 3. FORMATOS PARA LA DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA

- Registros narrativos.
- Registros orientados al problema.
- Registros focalizados.
- Registros PIE.
- Registrar por excepción.

## EVALUACIÓN

### 1. RECOGIDA DE DATOS.

- Observación directa.
- Entrevista al cliente.
- Examen de los documentos.

### 2. COMPARACION DE LOS DATOS CON LOS RESULTADOS

### 3. JUICIOS SOBRE EL PROGRESO

### 4. GARANTIA DE CALIDAD DE LOS CUIDADOS

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- VAN DER BRUGGEN, H. (1993). Nursing diagnosis: a basis for concept development. Abstract al First European Conference on Nursing Diagnosis. Copenhagen. november 1993.
- CHINN, P.L. y KRAMER, M.K. (1991). Theory and nursing. A systematic approach. Mosby Year Book. Inc. St Louis.
- ESTANY (1993) Introducción a la Filosofía de la ciencia. Crítica. Barcelona.
- ADAM, E. (1982). Hacia donde va la enfermería. Interamericana. México.
- RYANS, D.G. (1960). Characteristics of teachers. American Council on education. Washington.
- GLASS, J.L. (1992). La teoría de enfermería de Levine. Una crítica. En: Modelos conceptuales de enfermería. Editado por J. Riehl-Sisca. Doyma. Barcelona. pp 271-278.
- KOZIER, B., ERB, G. y OLIVIERI, R. (1993). Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y practica. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- MARRINER, A. (1989). Modelos y teorías de enfermería. Rol S.A. Barcelona.
- NIGHTINGALE, F. (1990). Notas sobre enfermería. Que es y que no es.. Salvat. Barcelona.
- IYER, P.W., TAPTICH, B.J. y BERNOCCHI-LOSEY, D. (1993). Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.

## BIBLIOGRAFÍA

### 1. BIBLIOGRAFÍA SOBRE METODOLOGÍA

- BLAS, H.; ORTIZ, V.M. y BARRON, A. (1994). Matriz relacional de los Procesos Cognitivos: Nuevos Paradigmas. Amarú Ediciones. Salamanca.
- BUNGE, M. (1973). La ciencia. Su método y su filosofía. Ediciones Siglo Veinte. Buenos Aires.
- BUNGE, M. (1973). La investigación científica. Editorial Ariel. Barcelona
- ESTANY, A. (1993). Introducción a la Filosofía de la ciencia. Crítica. Barcelona.



- FOUCAULT, M.(1974). "Las palabras y las cosas". Ed. Siglo XXI. México. pp. 1.
- GERARD, R.W. (1973). Jerarquía, entificación y niveles. En: Las estructuras jerárquicas. Alianza Universidad. Madrid. pp. 233.

## 2. BIBLIOGRAFÍA SOBRE DIAGNÓSTICOS

- BOOTH, B. (1992). Nursing diagnosis. One step forward... Nursing times. 88:32-33.
- CAMPBELL, C. (1987). Tratado de enfermería. Diagnóstico y métodos. Doyma. Barcelona.
- CARLSON, J.H.; CRAFT, C.A. y McGUIRRE, A.D. (1982). Diagnóstico de enfermería. Pirámide. Madrid.
- CARPENITO, L.J. (1993). Manual de diagnóstico de enfermería. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- CARPENITO, L.J. (1990). Diagnóstico de Enfermería. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- CHOLOWSKI, K.M. y CHAN, K.S. (1992). Diagnostic reasoning among second-year nursing students. Journal of Advanced Nursing. 17:1171-1181.
- CUESTA, A.; BENAVENT, M.A. y GUIRAO, J.A. (1994). Diagnóstico de enfermería. Adaptación al contexto español. Díaz de Santos, S.A. Madrid.
- CUESTA, A., GUIRAO, J.A. y BENAVENT, M.A. (1994). Diagnóstico de enfermería. Adaptación al contexto español. Guía de bolsillo. Díaz de Santos, S.A. Madrid.
- DOENGES, M. y MOORHOUSE, M. (1985). Nurse's pocket guide: nursing diagnoses with interventions. F.A. Davis Company. Philadelphia.
- DOENGES, M.E. y MOORHOUSE, M.F. (1992). Guía de bolsillo de diagnósticos y actuaciones de enfermería. Doyma. Barcelona.
- DURAN, M. (1993). Diagnósticos enfermeros. Instrumento para la atención de los cuidados. Revista ROL de Enfermería. 182:33-39.
- FERNANDEZ, C.; BAILON, J.; GUILLAMET, A.; ROSAS, M.D.; JIMENEZ, P. y RAMOS, M.C. (1992). Diagnósticos de enfermería en urología. Revista de la Asociación Española de ATS en Urología. N 45:2126.
- FREUND, B. (1993). Validating nursing diagnoses: An approach to reinforce nursing process with BSN-Completion students. Journal of Nursing Education. 32:140-141.
- GORDON, M. (1976). Nursing diagnosis and the diagnostic process. American Journal of Nursing. 76:1278.
- GORDON, M. (1994). Nursing diagnosis. Process and application. Mosby Year Book, Inc. St. Louis.
- IYER, P.W.; TAPTICH, B.J. y BERNOCCHI-LOSEY, D. (1990). Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- IYER, P.W.; TAPTICH, B.J. y BERNOCCHI-LOSEY, D. (1993). Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- JEENY, J. (1991). Self-Care deficit theory and nursing diagnosis: A test of conceptual fit. Journal of Nursing Education. 30:227-232.
- KIM, M.J.; MCFARLAN, G.K. y MCLANE, A.M. (1990). Manual de diagnóstico en enfermería.. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- KIM, M.J.; MCFARLAN, G.K. y MCLANE, A.M. (1992). Diagnóstico en enfermería. GPE. Interamericana-McGraw-Hill.. Madrid.
- LUIS, M.T. (1991). Diagnósticos de enfermería. Aplicación practica. Revista ROL de Enfermería. N. 157:57-62.
- LUIS, M.T. (1993). Diagnósticos de enfermería. Doyma. Barcelona.
- McCARD THOMAS, N.y NEWSOME, G.G. (1992). Factors affecting the use of nursing diagnosis. Nursing Outlook. 40:182-186.
- MCFARLAN, G. (1989). Nursing diagnosis and intervention. The C.V. Mosby Company. St. Louis.
- MCLANE, A. (1979). A taxonomy of using diagnoses: toward a science of nursing. Milwaukee Prof Nurse. 20:33.
- NANDA. (1992). NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classification. North American Nursin Diagnosis Association. Philadelphia.
- ROY, C. (1982). Theoretical framework for classification of nursing diagnosis. En: Classification of nursing diagnoses: proceedings of the third and fourth conference. McGraw-Hill. New York. pp.215-221.
- SEDILES, A., LACARTA, P., ESQUIVIAS, C., MARTINEZ, P., SAEZ, C. y LOU, S. (1992). Atención domiciliaria. PAE y diagnósticos de enfermería. Revista ROL de Enfermería. 161:19-23.
- SHOEMAKER, J. (1984). Essential features of a nursing diagnosis. En: Classification of nursing diagnoses: proceedings of the fifth conference. Mosby. St. Louis. p. 104.

- TAPTICH, B.J.; IYER, P.W. y BERNOCCHI-LOSEY, D. (1989). Diagnostico de enfermería y planeación de cuidados. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- VAN DER BRUGGEN, H. (1993). Nursing diagnosis: a basis for concept development. Abstract al First European Conference on Nursing Diagnosis. Copenhagen. november 1993.
- WEEB, C. (1992). Nursing diagnosis. ... or two steps back. Nursing times. 88:33-34.

### 3. BIBLIOGRAFÍA SOBRE PROCESO DE ENFERMERÍA

- ALFARO, R. (1992). Aplicación del proceso de enfermería. Doyma. Barcelona.
- ATKINSON, L. y MURRAY, M.E. (1985). Proceso de atención de enfermería. El Manual Moderno, S.A.. México.
- FERNANDEZ-FERRIN, C. y NOVEL, G (1993). El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. Masson-Salvat. París.
- GRIFFITH, J.W. y CHRISTENSEN, P.J. (1986). Proceso de atención de enfermería. El Manual Moderno, S.A.. México.
- KOZIER, B., ERB, G. y OLIVIERI, R. (1993). Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- MARRINER, A. (1983). El proceso de atención de enfermería. Un enfoque científico. El Manual Moderno, S.A. México.
- PHANEUF, M. (1993). Cuidados de enfermería. El Proceso de atención de Enfermería. Interamericana-McGraw-Hill.
- RIOPELLE, L., GRONDIN, L. y PHANEUF, M. (1993a). Cuidados de enfermería. Aplicaciones del proceso de enseñanza aprendizaje. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- RIOPELLE, L., GRONDIN, L. y PHANEUF, M. (1993b). Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- ROPER, N., LOGAN, W.W., TIERNEY, A.J. (1985). Proceso Atención Enfermería. Interamericana. México.
- YURA, H. y WALSH, M.B. El proceso de enfermería: Valoración, planificación, implementación y evaluación. Alhambra. Madrid.

## **TEMA 3**

GESTIÓN DE LOS SERVICIOS ENFERMEROS. IMPORTANCIA, PROBLEMAS,  
TENDENCIAS ACTUALES. PRODUCTO ENFERMERO. CARTERA DE SERVICIO.  
MÉTODOS DE EVALUACIÓN



## **1. PRODUCTO ENFERMERO. ECONOMÍA. ADMINISTRACIÓN. GESTIÓN.**

### **INTRODUCCIÓN**

Eficiencia, equidad, calidad y orientación al usuario son palabras clave que presiden las reformas emprendidas en las organizaciones sanitarias durante los últimos años. Estas mismas claves enmarcan el desarrollo de instrumentos de gestión destinados a facilitar la producción de servicios sanitarios adecuados a la demanda social, coherentes con el nivel de desarrollo científico técnico alcanzado y razonables desde el punto de vista de su coste.

Los conceptos producto enfermero y gestión del producto enfermero se enmarcan igualmente en dichas claves, respondiendo a la necesidad de especificar las intervenciones enfermeras así como la de evaluar su coste, calidad e impacto sobre la salud de los clientes a los que se ofertan, incluidas en la cartera de servicios de las organizaciones sanitarias.

### **EL PRODUCTO ENFERMERO**

La Ley General de Sanidad reconoce explícitamente la necesidad de la aportación de diferentes disciplinas profesionales para el desarrollo del modelo sanitario definido por la misma, estableciendo asimismo la obligatoriedad de formulas de trabajo en equipo interdisciplinar.

Como es bien sabido, la aportación de la disciplina enfermera y en base a ella el ámbito de competencia de los profesionales se concreta en la prestación de cuidados. Cuidados que independientemente del modelo elegido por cada organización sanitaria, enfocan la intervención enfermera sobre:

Las alteraciones de las capacidades de los pacientes para satisfacer sus necesidades básicas ( respiración, alimentación, hidratación, eliminación, actividad-movilidad, reposo-sueño, higiene, comunicación, relación, seguridad, confort, autoestima, auto desarrollo, y aprendizaje).

Los déficits de los pacientes o de sus cuidadores principales, para el auto cuidado, es decir, para la realización de acciones encaminadas a satisfacer las necesidades antes mencionadas, o bien para afrontar situaciones específicas (enfermedad, embarazo, envejecimiento, etc...) que requieren el aprendizaje y desarrollo de nuevas acciones cara al mantenimiento y promoción de la salud, así como la prevención de las enfermedades.

Las intervenciones decididas por otros profesionales del equipo sanitario, que generan necesidad de ayuda para su realización (procedimientos diagnósticos, administración de tratamientos).

De esta manera la misión de los servicios de enfermería, en cualquier contexto consiste en general en: identificar las respuestas de individuos y grupos en relación a su situación de salud, e intervenir sobre ellas mediante acciones específicas de ayuda, integradas en un plan de cuidados adaptado a las necesidades individuales. El usuario es el eje de los cuidados de enfermería, la enfermería un recurso básico para su auto cuidado que decide con él, los objetivos a lograr y las acciones a llevar a cabo, en base al diagnóstico enfermero (condiciones del paciente que requieren cuidados de enfermería clasificadas de acuerdo a una taxonomía internacionalmente aceptada)

Dicha misión se concentra en las organizaciones sanitarias a través del producto enfermero que no es otra cosa que el conjunto de actividades cuidadoras decididas por la enfermera y ejecutadas por ella u otros miembros del personal cuidador para promover la salud, recuperar de la enfermedad o reintegrar al individuo en su medio. La enfermera (diplomado en enfermería), en estrecho contacto con cada paciente, es el responsable de la elaboración del producto enfermero a través del proceso de cuidar. Para ello cuenta con la asistencia de personal auxiliar y colabora con otros profesionales competentes en ámbitos específicos de la misma manera que estos colaboran con ella.

Un análisis objetivo del escenario actual en el que se inscribe la actividad sanitaria nos muestra un evidente incremento de exigencia, tanto institucional como por parte de los ciudadanos respecto a la calidad, cantidad y resultado del producto enfermero. A justificar esta afirmación dedicamos el apartado siguiente.

El producto enfermero, como se ha explicado en el apartado anterior, forma parte del producto sanitario y contribuye significativamente tanto a los costes como a los resultados del mismo. Una serie de variables de la situación actual hacen hoy, mas que en otros momentos, imprescindibles invertir esfuerzos en su desarrollo. De entre los factores que justifican la importancia del producto enfermero destacan los siguientes:

Fuerte incremento de un perfil del cliente que ni puede curarse pero cuya situación y calidad de vida es susceptible de mejorar mediante una oferta adecuada de cuidados de enfermería. La evolución demográfica y los profundos cambios en los patrones epidemiológicos hacen que la necesidad de servicios sanitarios se manifieste con mayor intensidad en pacientes geriátricos con pluripatología y deterioro físico y/o cognitivo, pacientes terminales, grandes minusvalías física o psíquicas, nuevas patologías tipo SIDA, trasplantes, cuidados paliativos, etc... Las características básicas de la enfermedad crónica hacen que los servicios requeridos vengan determinados por otras variables (nivel de dependencia para las actividades cotidianas, red de apoyo social) distintas al diagnóstico médico.

Cambios en la percepción y expectativas de los ciudadanos hacia los servicios que plantean la necesidad de una cuidadosa orientación al cliente. Las características del proceso de cuidados enfermeros, su base en la identificación de los problemas específicos de cada cliente y en la elaboración de planes de asistencia individualizados, permite responder a una de las demandas mas claras de los ciudadanos: la personalización de los servicios y el mantenimiento del protagonismo y capacidad de decisión durante el contacto con las organizaciones sanitarias. El hecho de que los servicios de enfermería garanticen la aten-

ción continuada al paciente durante las 24 horas del día añade aun más fuerza a su papel en el logro de expectativas relacionadas con la calidad percibida.

La necesidad de construir formas asistenciales alternativas, justificadas en los beneficios de la atención en la comunidad y en las políticas encaminadas a frenar el crecimiento de los costes del sistema. Las alternativas a la hospitalización tradicional del tipo de hospitalización de día o de corta estancia así como la oferta de servicios de atención a domicilio y, en general, en todo el ámbito socio sanitario, dependen sobretodo de innovaciones en los servicios enfermeros. La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales en base al plan de cuidados de enfermería y las intervenciones de apoyo sobre las redes familiares y sociales son factores clave en las posibilidades de éxito de dichas experiencias.

Rentabilizar en términos de calidad y coste los cuidados enfermeros asegurando que estos respondan a las necesidades acreditadas de cada cliente depende, sin embargo del desarrollo de estructuras de gestión que faciliten a su vez la eficiencia y calidad del producto enfermero

### **Definición de Economía**

F. Mochón.(2003)

Es la Ciencia de la elección desde el momento que estudia la forma en la que los individuos y la sociedad efectúan las elecciones y decisiones para que los recursos disponibles, siempre escasos puedan contribuir de la mejor manera posible a satisfacer necesidades individuales y colectivas de la sociedad. Estudia únicamente las necesidades que son satisfechas por bienes económicos; esto es por elementos naturales escasos o por productos elaborados por el hombre.

#### Microeconomía

Parte de la economía que estudia el comportamiento de las unidades económicas, tales como los consumidores, las empresas, las industrias y sus relaciones. Se centra en el análisis del comportamiento de las unidades económicas, como las economías domésticas o consumidores y las empresas.

#### Macroeconomía

Estudio del funcionamiento de la economía en su conjunto. Su propósito es obtener una visión simplificada de la economía, pero que al mismo tiempo permita conocer y actuar sobre el nivel de la actividad económica de un determinado país o un conjunto de países. Se centra en el comportamiento global del sistema económico reflejado en un número reducido de variables, como el producto total de una economía. El empleo, el consumo, el nivel general de precios etc.

### **Concepto de Administración**

Distintas definiciones de Administración:

Koont y Wehrich (1990). Definen la administración como “El proceso de diseñar y mantener un medio ambiente en el cual los individuos que trabajen juntos en grupos, logren eficientemente los objetivos seleccionados”.

Alberdi (1984). Define la administración, como: Actividad sistemática desarrollada por un grupo humano que emplea recursos para lograr una finalidad den forma eficaz y eficiente y con beneficios social para quien va dirigida y para quien la genera.

Mompart y Durán (2000), hablan de un Pensamiento Administrativo más que de una definición de Administración y lo vinculan a la Revolución Industrial como necesidad de obtener resultados en una empresa al agrupar trabajadores con un fin productivo o social. La Administración, según las autoras, incorpora estructura y métodos para ordenar los recursos y procesos que conducen a la consecución de un fin.

### **Administración sanitaria**

Morris y Schaefer (1978). Entienden a la organización sanitaria, como un atributo indispensable en la administración, especialmente si se la define como una solución a los problemas sociales por medio de una acción cooperativa y racionalizada.

Pilar Alonso (1993). En la versión española de "Enfermería en acción" (OMS), vincula la administración a la prestación de cuidados, como una función propia de enfermería al considerar necesario, Valorar, Identificar, Clasificar y Evaluar necesidades de los individuos e Implicar a los mismos en sus cuidados, así como Documentar el trabajo y aplicar estándares profesionales, culturales, éticos, pertinentes y aceptados.

### **Historia siglo XX. Diferencias entre las Teorías clásicas, Humanistas y Contingentes I. Organización científica del trabajo**

A partir de la Revolución industrial a finales del siglo XVIII, se inicia un periodo que dura hasta la actualidad caracterizado por la revolución en los medios de producción; se traslada la elaboración de los bienes manufacturados desde los hogares de los trabajadores individuales hasta las fábricas, donde se concentraban las máquinas y los recursos energéticos. A medida que crecían y se desarrollaban las fábricas los propietarios-administradores comprobaron que se requería un cambio en los medios de control de la producción con el fin de aumentar la productividad y por tanto los beneficios. Con el crecimiento de la producción, los propietarios de las fábricas nombraban administradores auxiliares en los que delegaban ciertas responsabilidades de gestión, mientras que el propietario, retenía la autoridad para tomar decisiones a largo plazo y adoptar políticas de trabajo que asegurasen la supervivencia y crecimiento de la empresa.

A principios del siglo XX se introducen en las fábricas principios de organización científica con el fin de mejorar la producción. Desde entonces hasta hoy, las estrategias y organización empresarial han experimentado evoluciones adaptadas al momento social del mercado. Los principios de organización que comenzaron en la fábrica pasaron al sector servicios en cuanto dentro de este sector se percibe la necesidad de orientar el mercado hacia las preferencias de los clientes (crisis del petróleo, competencia etc). Actualmente el cliente es quien marca las pautas del mercado y todas las empresas sean de productos o servicios que quieran ser competitivas se orientan hacia los clientes.



Las teorías y modelos más relevantes que se han ido sucediendo a lo largo del siglo XX no solo en el mundo industrial, sino en empresas de servicios las agrupamos en:

- 1) Teorías clásicas. Propuestas por Taylor, Fayol, Gilbreth, Harrington, Emerson, Gantt.
- 2) Teorías derivadas de la Escuela de Relaciones humanas. Elton Mayo, Kurt Levin, Follet, Weber.
- 3) Teorías del comportamiento. Maslow, McGregor, Rensis Lickert. Drucker. Herzberg.
- 4) Teorías de Sistemas. Ludwing von Bertalanffy.
- 5) Modelo de Gestión de la calidad.

## 1. TEORIAS CLÁSICAS

### Taylor y Fayol.

El ingeniero norteamericano F.W. Taylor y el ingeniero francés H. Fayol están considerados los dos grandes iniciadores del estudio de las teorías y técnicas de Dirección de las organizaciones.

La obra fundamental de Taylor "Principes of Scientific Management", se publicó en 1911, establece por vez primera los principios de eficacia, eficiencia y productividad.

Se conoce a Frederick W. Taylor, ingeniero de una fábrica de acero, como el padre de la administración científica. Taylor, analizó los tiempos de trabajo de los jornaleros, estableció normas de trabajo y aplicó los principios de observación medición y comparación científica para determinar la manera más eficaz de realizar una tarea.

Según su teoría se adiestraba a los trabajadores a seguir métodos de trabajo concretos para aumentar la eficacia. Se contrataba a los trabajadores adiestrados y se les pagaban sueldos alentadores y sin embargo los costos de mano de obra resultaban inferiores. Llevó a cabo sus experiencias iniciales sobre administración científica al servicio de Berthelem Steel en 1898 y más adelante se convirtió en consultor de negocios por cuenta propia. Separó las responsabilidades de la administración de las funciones de los trabajadores. Dejó de lado juicios empíricos y creó un enfoque sistemático para determinar los medios más eficaces de producción.

Consideraba que la función de la administración era planificar y que las condiciones y los métodos de trabajo debían estandarizarse para maximizar la producción. Era responsabilidad de la administración, adiestrar y seleccionar a los trabajadores y no que fueran estos los que seleccionaran el trabajo y sus propios métodos o se adiestraran solos. Introdujo planes de incentivos en función de la producción, para minimizar la distensión laboral y reducir la resistencia a métodos mejorados, incrementar la producción y producir mayores beneficios. Sus teorías, fomentaron la especialización y destacó la importancia del trabajador cualificado para una tarea específica

En la época en que Taylor comienza sus estudios era costumbre que cada trabajador planificase su propio trabajo, de acuerdo con lo que había aprendido de otros mientras fue aprendiz. Era difícil para un empresario, saber que cantidad de trabajo podía o debía realmente ejecutar un obrero diariamente. Para conocerlo solo podía observarlo o efectuarlo él mismo, para tener, al menos una noción aproximada de sus rendimientos.

Para Taylor, el principal propósito de la administración, debiera consistir en asegurar el máximo de prosperidad para cada empleado, unido al máximo de prosperidad al empleador. Esto significa no solo salarios más altos, sino el desarrollo de cada hombre a su estado de máxima eficiencia.

La administración científica se fundamenta en la firme convicción de que los verdaderos intereses de ambos (patrones y obreros) son idénticos, que la prosperidad del patrón no puede existir durante un largo periodo de años, a menos que vaya acompañada de la prosperidad para el empleado, y viceversa y que es posible dar al obrero lo que mas desea (altos salarios) y al patrón lo que mas busca: mano de obra barata. De acuerdo con sus ideas, la prosperidad máxima puede existir solamente como resultado del máximo de productividad y el máximo de productividad sólo puede existir como resultado del esfuerzo consciente de cada obrero para producir cada día la mayor cantidad de trabajo diario.

Como causas de la baja productividad señala las siguientes:

- La creencia de los obreros de que una mayor productividad viene acompañada de un crecimiento del desempleo.
- Los sistemas deficientes de administración que hacen que cada obrero simule trabajar mas o trabaje lentamente, para proteger sus intereses.
- Los métodos empíricos que se aplicaban a los diferentes oficios. La Dirección debe estudiar y ejecutar ella misma gran parte del trabajo que ahora se confía a la iniciativa de los obreros. En ocasiones el obrero es abandonado a la propia inspiración.

Taylor afirma que la cooperación personal estrecha e íntima entre la dirección y los obreros constituye la esencia de la moderna administración científica. Es necesario llevar adelante una revolución mental.

La administración científica es resumida por el autor del siguiente modo:

- Ciencia, no regla empírica
- Armonía, no discordia
- Cooperación, no individualismo.
- Rendimiento máximo, en lugar de producción restringida.
- Formación de cada hombre hasta alcanzar su mayor eficiencia y prosperidad.

El sistema Taylorista se tradujo en los primeros análisis de tiempos y movimientos, que encontrarían en los Gilbreth a sus más fervientes partidarios.

Frank B. Gilbreth (1868-1924) y Lillian M. Gilbreth (1878-1972), fueron también precursores en los estudios de tiempos y movimientos. Insistieron en la utilidad de los incentivos económicos y las normas de trabajo para incrementar la productividad.

Los Gilbreth, emplearon por vez primera el cine para analizar los movimientos de los trabajadores, Crearon además el diagrama de flujo y la gráfica de proceso para anotar sus datos.

Lillian Gilbreth, fue la primera dama de la administración. Su tesis doctoral (The Psychology, 1914) fue una de las primeras contribuciones para comprender los factores humanos en la industria

Los problemas del sistema Taylorista entre otros vienen dados por el establecimiento de las primas de producción, que provocarían que los trabajadores menos capacitados, hubieran de abandonar su trabajo implantándose cada vez con más fuerza la Organización informal dentro de las fábricas pactando los propios trabajadores sus niveles de producción lo que desencadenaba conflictividad laboral imprevista para el patrono.

Otro de sus discípulos H.L Gantt, diseñó un gráfico para relacionar tiempo/actividad que permitió visualizar la cantidad de tiempo empleada en la realización de las tareas y por tanto en los cálculos de personal necesario para realizarlas. Su tabla, la tabla de Gantt fue la precursora del modelo PERT utilizado en la actualidad.

Fayol pertenece a una tradición distinta a la de Taylor y enfoca el problema de la Dirección desde otra perspectiva. Su obra "L'Administration Industrielle et Generale" se publica en 1916.

Trata de analizar el conjunto de operaciones que se realizan en una empresa e introduce entre ellas, las denominadas administrativas, que son las que consisten en prever, organizar, mandar, coordinar y controlar. La función administrativa, obra sobre el personal, no sobre la materia prima ni las máquinas. Sus principios organizativos, hoy considerados clásicos se resumen en:

- División del trabajo, que es de orden natural.
- Autoridad–responsabilidad. La autoridad consiste en el derecho a mandar y en el poder de hacerse obedecer. No se concibe la autoridad sin la responsabilidad.
- Disciplina.
- Unidad de mando. Las órdenes se reciben de un solo jefe.
- Unidad de dirección.
- Subordinación del interés particular al interés general.
- Remuneración del personal con varios modos de salario variable.
- Centralización.
- Jerarquía.
- Orden: un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.
- Equidad
- Estabilidad del personal.
- Iniciativa.
- Unión del personal.

Fayol vino a reconocer el papel de la contingencia, ya que repitió una y otra vez que sus principios no eran reglas absolutamente fijas y de inexcusable seguimiento sino que, por el contrario, habrían de seguirse discrecionalmente según las circunstancias.

## 2. RELACIONES HUMANAS

El movimiento de las relaciones humanas, comenzó en los años 40 (siglo 20), centrandó su atención en los individuos de la organización, y su aportación al éxito o fracaso de la misma. Las teorías de relaciones humanas, introducen el valor del entorno social del tra-

bajador en las empresas. Las materias a estudio son, los individuos, el grupo, las relaciones interpersonales, el liderazgo y la comunicación. Los directivos ayudan a los empleados, a cubrir sus necesidades humanas sobre todo las de reconocimiento, realización y pertenencia, y a reconocer sus potenciales. Autores a destacar son:

### Elton Mayo

Los experimentos que dieron renombre universal a Elton Mayo, contenían el importante mensaje de que es la atención a los trabajadores y no las condiciones del trabajo en sí lo que más influye sobre la productividad.

Las experiencias de la fábrica de Hawthorne suponen una modificación de lo que Kuhn denomina el paradigma imperante.

Los estudios Hawthorne llevados a cabo en la planta Hawthorne de la Western Electric de Chicago, despertaron interés a pesar de sus pobres métodos científicos. Dichos estudios, investigaron los efectos de los cambios de iluminación y los efectos de los descansos, extensión de la jornada, horario laboral, temperatura y humedad en la productividad. Los observadores, fueron 5 voluntarios que apreciaron escasos, o ningún efecto sobre la productividad.

Sin embargo, descubrieron, que se establecieron normas de grupo, que tenían más efecto sobre la productividad, que cualquier otro tipo de incentivo laboral.

Como indica Dale, no es ajena a la propia personalidad de Mayo su profesión de psicólogo en el nuevo enfoque de los efectos de las relaciones humanas sobre la producción. El problema empieza a mirarse desde el estudio del ser humano, de sus necesidades, de sus creencias, sus ilusiones, y de ahí que se comenzará a adaptar la técnica al hombre y el hombre a la técnica. El ser humano, se convierte en el centro del problema. Se muestran aspectos humanos en lo económico. Se abre la senda de los estudios motivacionales del comportamiento.

Follet. (Mary Parker 1868-1933). Distinguió entre poder sobre otros y poder con otros. Consideró la subordinación como algo ofensivo, e indicó que el poder legítimo se consigue mediante un comportamiento circular donde los directivos y subordinados, influyen mutuamente.

Para los trabajadores, estas teorías tienen el inconveniente de que ellos, no conocen la situación total de la empresa, lo que disminuye la posibilidad de cooperación. Su trabajo, fue un puente entre la era clásica y la de relaciones humanas.

Levin. Kurt (1890-1947), psicólogo judío, que huyó desde Alemania a Estados Unidos, mantenía que los grupos tienen personalidad propia. Mezcla de las personalidades de sus miembros. Mostró que las fuerzas del grupo, pueden predominar sobre los intereses personales, confirmando la importancia del manejo de grupos sobre el rendimiento.

Acuñó los conceptos de espacio vital, espacio de libre movimiento y fuerzas de campo para describir las presiones del grupo sobre los individuos.

Propugnaba la supervisión democrática, ya que el grupo que tomaba sus propias decisiones, consultadas con el líder, era mucho más eficaz. El liderazgo autocrático, promovía la hostilidad, agresividad y apatía al reducir la iniciativa.

### Max Weber

En su famoso ensayo "La ética protestante y el espíritu del capitalismo" Weber, se pregunta cuáles son las causas de que el capitalismo moderno se desarrolla en Occidente. ¿Cuál es el origen del capitalismo industrial burgués, con su organización racional del trabajo libre? Para el autor, el capitalismo que ha existido en todos los países a lo largo de la historia, se ha venido guiando por el cálculo del valor dinerario de sus actividades. Sin embargo, la característica del capitalismo occidental que lo diferencia de los demás, es la organización racional-capitalista del trabajo formalmente libre. Dicha organización racional ha surgido como consecuencia de la separación de la economía doméstica y la industria, de la contabilidad nacional y ha venido ayudada por la índole racional del derecho y de la administración. Sin ellos no es posible la industria racional privada con capital fijo y cálculo seguro.

Weber considera que el espíritu de ese capitalismo burgués nuevo, viene definido o enmarcado por las siguientes afirmaciones de Benjamin Franklin:

- Piensa que el tiempo es dinero.
- Piensa que el crédito es dinero.
- Piensa que el dinero es fértil y reproductivo.
- Piensa que según el refrán un buen pagador es dueño de la bolsa de cualquiera.
- Las mas insignificantes acciones que puedan influir sobre el crédito de un hombre deben ser tenidas en cuenta por el.
- Has de demostrar siempre que te acuerdas de tus deudas, has de procurar siempre como un hombre cuidadoso y honrado, con lo que tu crédito ira en aumento.
- Guárdate de considerar tuyo cuanto posees y de vivir de acuerdo con esa idea.
- Por seis libras, puedes tener el uso de cien, supuesto que seas un hombre de reconocida prudencia y honradez.

Weber, describe el tipo ideal de empresario capitalista como ascético, sin gusto por la ostentación ni el trabajo inútil. No considera que su riqueza le pertenezca, solo posee el sentimiento irracional de cumplir bienamente con su profesión. Las reacciones de los obreros a los incentivos económicos, suelen ser y de hecho son muchas veces contrarias al objetivo deseado. Por el contrario, la buena conciencia del trabajador puede ser fundamental en el desarrollo capitalista, que encontró uno de sus principales obstáculos en ese otro capitalismo tradicionalista al que alude Weber, que es el que busca la satisfacción de las necesidades y el lucro.

Weber, se ganó el título de "padre de la teoría de la organización" por su conceptualización de la burocracia, poniendo énfasis en las reglas en lugar de en los individuos y en la competencia sobre el favoritismo como la base más eficiente en la organización. Conceptualiza una estructura de autoridad que facilitará el cumplimiento de los objetivos organizativos. Las tres bases de la autoridad, de acuerdo con Weber son:

1. Autoridad tradicional. La cual se acepta por la razón de que las cosas han sido siempre de esa manera, como por ejemplo la regla de un rey en una monarquía.
2. El carisma, entendido como la cualidad que pasa por extraordinaria, de una personalidad.

3. La autoridad legal racional, la cual es considerada racional en las organizaciones formales debido a que la persona ha demostrado el conocimiento, la técnica y la capacidad adecuados para cubrir el puesto.

En la administración de Weber, los administradores, eran funcionarios de carrera, con medios legales para ejercer su autoridad, eran nombrados, no electos y no eran dueños de lo que administraban.

El personal, era seleccionado por su capacidad; la división del trabajo, la autoridad y la responsabilidad, estaban claramente definidas y los puestos estaban organizados jerárquicamente.

### **Historia siglo XX. Diferencias entre las Teorías clásicas, humanistas y contingentes II.**

#### **3. CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO**

Se desarrolla en los años 50(siglo 20), cuando sus defensores observaron que las teorías anteriores habían sido aceptadas sin validación científica. La ciencia del comportamiento, puso énfasis en el uso de procedimientos científicos para estudiar los aspectos psicológicos, sociológicos y antropológicos de la conducta humana en las organizaciones. Acentuaron la importancia del mantenimiento de una actitud positiva hacia las personas por parte de los directivos, en la formación de los mismos, en la satisfacción de necesidades de los empleados, y en el compromiso de los mismos implicándolos en la toma de decisiones. Los autores más relevantes fueron:

#### Maslow. Abraham (1908-1970)

Inició la escuela del comportamiento humano. En 1943, desarrollo la Teoría de la jerarquización de necesidades humanas. Clasificó las necesidades en cinco categorías definiendo que cuando un trabajador percibía cubierto cada nivel de la jerarquía de necesidades, disminuía su motivación y precisaba que la empresa le cubriese una nueva escala de necesidades. La escala se estructurada en 5 niveles de necesidades.

1. Necesidades fisiológicas.
2. De seguridad
3. De amor
4. De estima
5. De autorrealización.

Las primeras, son imprescindibles para la supervivencia, oxígeno, agua, sueño, sexo y actividad. En la jerarquía de seguridad, incluye, verse libre de peligros, amenazas o privaciones. Las necesidades de amor, se basan en las relaciones afectivas con otras personas, compañerismo, aceptación del grupo. La estima comprende la consideración de los demás, el respeto y autoevaluación positiva. Por último la autorrealización, consiste en la autosatisfacción de alcanzar la plena capacidad creativa que cada individuo posee.

Maslow, defiende, que una vez cubierta una necesidad, esta deja de ser motivadora, y adquiere protagonismo la siguiente. Algunas necesidades nunca son cubiertas y nunca dejan por completo de motivar.

Aunque su trabajo, fue y es ampliamente reconocido, realmente, las necesidades humanas resultan tan sumamente complejas que es difícil jerarquizarlas en un listado. Cada persona, difiere de otra en el nivel de cobertura de una necesidad, para que esta deje de ser motivadora. Además tienen una gran influencia en las diferencias individuales, los valores culturales, el entorno y los intereses y motivaciones de cada persona en un momento de su vida. No obstante los trabajos de Maslow, sirvieron de base para el desarrollo de otras teorías.

### Douglas McGregor

Planteó una importante tesis dicotómica, que se ha revelado no pocas veces como extremadamente fructífera para ayudar al diagnóstico de los problemas de ciertas empresas. Tal como fue formulada por el autor es excesivamente simple, pero a la vez extraordinariamente sugestiva. McGregor habla de las Teorías X e Y, que son un reflejo del modo de hacer de la dirección, de la filosofía de funcionamiento, del comportamiento que inducen en el empleado y de la imagen que observa el cliente. Una empresa X es aquella en la que se sigue la hipótesis de la mediocridad de masas.

Las premisas de esta Teoría son:

- Que el ser humano normal tiene una repugnancia innata por el trabajo y lo evitará siempre que le sea posible.
- Que a las personas por consiguiente, hay que obligarlas, controlarlas, dirigir las y amenazarlas con castigos para conseguir que contribuyan con el esfuerzo eficiente a los fines de la organización.
- Que el ser humano normal, prefiere ser dirigido, quiere evitar la responsabilidad, tiene relativamente poca ambición y desea seguridad por encima de todo.

McGregor, llegó a asegurar, que la Teoría X influía de modo importante en la estrategia de gestión de un amplio sector de la economía estadounidense.

La Teoría Y, supone por el contrario:

- Que el consumo de energía física y mental en el trabajo es tan natural como el juego o el descanso: el ser humano normal, no aborrece el trabajo de modo innato.
- El control externo y la amenaza de castigo no son los únicos medios de encauzar el esfuerzo hacia los fines de la empresa.
- El compromiso con los objetivos, es función de las recompensas que lleva aparejada su logro; lo más importante de tales recompensas es la satisfacción del yo y puede ser el producto directo del esfuerzo, orientado hacia los fines de la organización.
- El ser humano normal, aprende en condiciones correctas, no solo a aceptar, sino a buscar la responsabilidad.
- La capacitación de ejercer un grado relativamente alto de imaginación, ingenio y creatividad en la solución de los problemas organizativos, esta ampliamente, no estrechamente distribuida entre la población.

Las Teorías X e Y de McGregor, se han revelado como dos polos, dos extremos de las situaciones reales. La Teoría X, se encuentra en todas las sociedades, con escasa participación, bien por razones de entorno o bien porque la creatividad no les interesa porque tienen suficiente dominio del mercado, como para no precisar creatividad. Es típica en los monopolios. La Teoría Y, por el contrario, corresponde a filosofía de dirección de empresas mas creativa

Lickert (1967) en *The human organization* trata de relacionar el funcionamiento de las empresas con unas ciertas actitudes de los empleados. Para Lickert, todas las características de las actividades de una empresa vienen determinadas por la competencia, motivación y eficacia de su organización humana. De todas las tareas, es la dirección del componente humano la central y la mas importante ya que la calidad con que las cosas se hagan depende de ella.

Formuló una teoría de dirección basada en su trabajo en el Instituto de estudios sociales de la universidad de Michigan. Identifica, tres variables en las organizaciones:

1. Causales. Incluyen, el comportamiento de liderazgo, la estructura organizativa las políticas y los controles.
2. Intermedias. Son las percepciones, las actitudes y las motivaciones.
3. De resultado final, son los beneficios, costes y productividad

Lickert, creyó que los directivos actuaban de modo dañino para la organización, si tenía en cuenta solo las variables de resultado, sin considerar las intermedias, y elabora un cuestionario que tenía en cuenta las variables intermedias y las causales. La escala Lickert, mide el proceso de comportamiento de liderazgo, la motivación, la influencia de la dirección, la comunicación, el proceso de toma de decisiones, el establecimiento de metas y el desarrollo de la plantilla.

Identificó además cuatro estilos de Dirección:

1. Autoritario de explotación
2. Autoritario - benevolente
3. Consultivo
4. Participativo de grupo.

Asocia el primer sistema, como el de menor rendimiento. Obliga a los trabajadores, a desarrollar una organización informal.

En el segundo caso, el directivo se muestra benevolente con los subordinados, pero continúa sin tener en cuenta sus ideas y propuestas. La alta y media dirección siguen estableciendo las metas. Continúa habiendo poca delegación. Se admiten algunos comentarios y una resistencia moderada. Continúa existiendo organización informal.

En el sistema consultivo, el directivo, deposita una confianza sustancial en los subordinados. Algunas de sus ideas son contempladas, pueden comentar libremente, algunos aspectos del trabajo, existe comunicación ascendente y descendente, pero limitada y acep-



tada con reservas. La alta dirección, si que delega, las funciones de control se realizan en instancias inferiores y en ocasiones existe una organización informal.

La dirección participativa, está asociada a los más altos niveles de rendimiento. Los directivos, tienen completa confianza en los subordinados, y las ideas de estos, son siempre tenidas en cuenta. Pueden hablar del trabajo con un superior. Las metas se establecen en todos los niveles y existe una gran cantidad de comunicación, bastante exacta y bien recibida. No existe resistencia a través de una organización informal, ya que las metas de directivos y subordinados, son comunes.

Drucker. (1950). Mantiene que la única forma de que la dirección justifique su existencia es a través de resultados económicos pesar de ello, reconoce las consecuencias no económicas de la decisiones directivas, tales como satisfacción laboral. Identifica tres áreas de dirección:

1. La dirección del negocio
2. Los directivos
3. Los trabajadores

Ha estudiado las ventajas e inconvenientes de la descentralización, la respalda y sostiene que los directivos, deben crear mercados y productos, en lugar de permanecer pasivos.

Introdujo, la dirección por objetivos como modo de dirigir a los directivos. Los directivos son dirigidos por su propio rendimiento más que por sus superiores. Para la dirección por objetivos el directivo, desarrolla el marco de trabajo, y el subordinado, suministra las metas, las cuales son acordadas por ambos. El subordinado, facilita informes sobre los procesos a su superior. Los objetivos, se desarrollan para cada nivel de dirección en la jerarquía y en cada unidad de la organización. El directivo, revisa la compatibilidad de los objetivos con los de otras unidades para la contribución de aquellos al siguiente nivel de jerarquía.

Drucker, recomienda, que los trabajos, se diseñen de manera que encajen con las características del trabajador, que estos reciban mas control sobre su trabajo y que los trabajadores se consideren lo mas importante del servicio.

Frederick Herzberg profundiza la Teoría de Maslow y la aplica a la administración a través de sus investigaciones.

Herzberg, describe los factores del empleo asociados con la satisfacción y la insatisfacción de las personas en el puesto de trabajo. Estos factores se dividen en:

- Motivadores, que son el logro, reconocimiento, el trabajo en si mismo, la responsabilidad, el ascenso y la posibilidad de desarrollo.
- De insatisfacción, son los identificados como la supervisión, la política de la empresa, las condiciones de trabajo, las relaciones con superiores y colegas, la posición y el efecto del empleo en su propia vida personal.

#### 4. TEORIA DE SISTEMAS

Desarrollada por Von Bertalanffy y sus seguidores es adecuada como referente para explicar los fenómenos que aparecen en las organizaciones complejas.

Por Sistema, se entiende un conjunto de entes interrelacionados. Es un término que procede de otras Ciencias (Biología, Ingeniería). El estado de un Sistema en un momento determinado es el conjunto de propiedades relevantes que posee en ese momento.

Entorno de un Sistema, es el conjunto de elementos que no le pertenecen, así como sus propiedades más importantes cuyos cambios pueden afectar al estado del Sistema. Un Sistema será abierto o cerrado, según tenga o no relación con su entorno.

Un Sistema, puede dividirse en Subsistemas, de cuyo entorno podría considerarse que forman parte elementos del Sistema original.

La definición de un Sistema puede hacerse, atendiendo a aquella finalidad que puede imaginarse que buscan los elementos reunidos o por el contrario, puede reunirse a estos elementos en razón de una finalidad principal preestablecida. El Sistema tendrá fines y sub-fines.

Los fines que buscan los sistemas con voluntad pueden clasificarse en:

- Metas. Son los fines que pueden obtenerse dentro de un periodo de tiempo especificado.
- Objetivos. Son los fines que pueden conseguirse en un periodo de tiempo lo suficientemente largo.
- Ideales. Son fines que no podrán alcanzarse nunca, pero que el Sistema se acerca a ellos eternamente.

Partiendo de estos conceptos, el profesor Ackoff, da la siguiente definición de una organización:

Una organización, es un Sistema con voluntad, que posee al menos dos elementos con voluntad y con un fin común, en razón del cual existe una división funcional del trabajo, sus subconjuntos son ínter actuantes a través de la observación o de la comunicación y al menos uno de ellos, tiene como función el control del sistema global.

La Teoría de Sistemas aporta un modelo donde pueden integrarse teorías y técnicas de Dirección que son aplicables a organizaciones complejas como son las organizaciones sanitarias.

## **2. MODELOS SANITARIOS**

### **Concepto actual de salud**

Desde un punto de vista de la administración, y teniendo en cuenta que el tema a tratar, en relación a los servicios y empresas sanitarias que un País es capaz de dotar a sus ciudadanos, es importante definir conceptos como:

1. Delimitar el concepto de salud y sus componentes
2. Establecer sistemas de medida de salud en forma positiva
3. Determinar las influencias en la salud en los sectores relacionados , como pueden ser el económico, el político y el social

**SALUD:** Existe decenas de definiciones más o menos complejas, por ejemplo, diferentes autores coinciden en que: "Un individuo con buena salud es capaz de funcionar tan eficazmente como le es posible en su medio y consagrarse plenamente a sus proyectos". Me gus-

taría reseñar en este documento el trabajo “mujeres y salud” un estudio cualitativo. Financiado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia y cuya investigadora Carmen de la Cuesta refleja claramente y resume con claridad las definiciones de la salud que a mi juicio son las que mejor responden a la realidad cotidiana que todos vivimos: “la salud para las mujeres es una sensación subjetiva de estar bien, animado, con tranquilidad, con ganas de hacer cosas o trabajar”. En sus definiciones no se limitan a hablar de una sola cosa, la salud abarca un conjunto de elementos.

*“estar saludable es estar (pausa) contenta, feliz, sin dolores, optimista, con ánimos, estar aliviada”*

No obstante, el sentirse saludable se debe a un buen funcionamiento físico y/o social, o dicho de otra manera, a que primero hay ausencia de síntomas o problemas y segundo, que se pueden hacer cosas. (Cuesta 1995).

No tener dolor, síntoma, preocupaciones o problemas son elementos muy importantes para sentirse saludable pero esto ha de estar también relacionado con la posibilidad de hacer cosas. Otros estudios han apuntado a que la salud se define de tres maneras diferentes: por la ausencia de un síntoma, por sentir bienestar y poder jugar un rol social (Baumann. 1970. Herzliich 1970).

Veamos pues, como Instituciones consagradas a la Salud en todas sus vertientes definen este concepto; la O.M.S, señala esta definición de todos conocida: “la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. La carta de Ottawa (1986) nos viene también a aclarar estos conceptos en la línea que estamos trabajando: “La salud es un recurso para la vida y no el objetivo de vivir”.

Efectivamente en el trabajo de Cuesta antes mencionado, las mujeres entendían la salud como lo principal y como un recurso que les permitía hacer cosas.

La salud es más que un concepto estable debido a la acción, presencia o ausencia de agentes concretos, una situación en la que los individuos y las comunidades se encuentran que tiene que ver con ideas presentes en la sociedad actual, *tales como calidad de vida, bienestar, funcionalidad y satisfacción.*

La salud es una situación natural en el ser humano, que no sólo precisa ser restaurada en el caso de su pérdida, sino sobre todo, que tiene la posibilidad de ser promovida, fortalecida y ampliada.

La salud goza además, de la *consideración universal como un bien supremo*; se menciona en la Constitución de muchos países, entre ellos la Española, como uno de los derechos fundamentales de las personas y está considerada por la Organización de las Naciones Unidas como *condiciónate imprescindible de la Paz y el desarrollo mundiales* (Mompart).

### **Aspectos y factores que influyen y condicionan las situaciones de salud**

La idea de que la salud o su pérdida es un concepto que depende de un agente concreto es algo obsoleto. Diferentes autores señalan ya desde mediados del siglo pasado que la salud, como un concepto amplio, depende de varios factores.

Los cambios que con seguridad van a originarse en los próximos años implicaran que tendremos que hacer esfuerzos para adaptarnos a las nuevas situaciones y todos los sistemas sanitarios deberán adecuarse a estos nuevos cambios sociales. En efecto, van a existir factores sociales, económicos y demográficos, factores sanitarios y factores ligados a los recursos. Van a existir nuevos retos, problemas y amenazas. Entre los factores socio-económicos y sanitarios van a impactar determinados hechos entre los que pueden destacarse:

• **Factores socio-económicos y sanitarios:**

- a) La globalización o internacionalización de los problemas de salud y sus riesgos. Las migraciones van a provocar la aparición de problemas y necesidades de salud no abordadas por nosotros anteriormente. Los países europeos van a ver llegar gran cantidad de población procedente de países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Su percepción de la salud, la presentación de enfermedades, sus estilos de vida, determinadas prácticas culturales, los diferentes patrones de enfermedad y la utilización de medicinas alternativas condicionaran la provisión de servicios.
- b) Incremento de las desigualdades. Estas migraciones añadirán nuevas desigualdades a las ya existentes. La concentración urbana, la creación de focos de marginación y pobreza, el problema del desempleo, la dificultad de acceso a una vivienda digna, junto con el envejecimiento, el aumento de personas con incapacidades y minusválidas, están condicionando y condicionarán cambios en la situación sanitaria de nuestros países. A estas migraciones hay que añadir las internas dentro de Europa, en el que se incluye el movimiento inmigratorio de personas mayores de 65 años a nuestro país, haciendo que algunas de las ciudades de nuestro litoral se conviertan en auténticos "enclaves gerontológico".
- c) El envejecimiento de la población y el incremento de expectativa de discapacidad. La población europea está envejeciendo, condicionado por el aumento de la esperanza de vida (de casi cinco años en los últimos 20 años en la UE), por la mejora en el nivel de vida, la disminución de la mortalidad infantil (de 18,1 defunciones por mil nacidos a 6 en los últimos 20 años), la mayor accesibilidad al sistema sanitario y por el descenso importante de la natalidad. La población española de este siglo tendrá una estructura muy diferente de la actual. Se calcula que en el año 2010 la población de 65 años y más alcanzará el 18% y seguirá aumentando un punto porcentual cada cinco años para llegar al 20% en el 2020.
- d) La situación sanitaria de las personas mayores condicionará las transformaciones que deben producirse con toda seguridad en el futuro, donde la población tiene una alta esperanza de vida pero también una alta expectativa de incapacidad. Por otra parte, seguirán siendo un problema socio-sanitario de primer orden las enfermedades crónicas de larga evolución y que afectan a personas en la edad media de la vida con sus consiguientes incapacidades y minusvalías. A ello hay que unir las incapacidades y minusvalías que se originan en la juventud como consecuencia de los accidentes. Así, en Europa uno de cada diez ciudadanos de la UE sufre alguna dis-

capacidad psíquica o física sería. Dos tercios de las muertes en nuestro entorno son debidas a enfermedades de aparato circulatorio y tumores malignos. Mientras que la mortalidad cardiovascular tiene una tendencia descendente

En cuanto a la morbilidad, las enfermedades crónicas y degenerativas van sustituyendo a las carenciales e infecciosas. Pero también es cierto que podemos ver reagudizarse viejos problemas de salud y podemos ver aflorar enfermedades hoy emergentes.

- e) Cambio en la estructura familiar. Se producirá además un cambio en la estructura familiar, al igual que ya ha sucedido y sucede en otros países desarrollados. La distribución de modalidades de familia (familia extensa, familia nuclear íntegra, familia monoparental, familia reconstituida) va a cambiar. La situación de soledad en ancianos puede tener tendencia a incrementarse.
- f) Factores ligados a los hábitos de vida, al entorno y al sistema sanitario. Los factores ligados a los hábitos de vida son claramente mejorables. El tabaco, alcohol y otras drogas, la dieta no equilibrada y la falta de ejercicio están y estarán aún muy presentes. Comparado con el resto de los países de la UE, España con un 34% de fumadores ocupa junto al Reino Unido, Irlanda y Bélgica una posición intermedia. Francia, Grecia y Holanda con prevalencias superiores al 40%, son los países donde el consumo de tabaco es más frecuente, mientras que las menores prevalencias se observan en Portugal y Suecia con un 24% de fumadores por poner un ejemplo. El incremento de los riesgos ambientales y los riesgos laborales siguen siendo un reto importante. La siniestralidad laboral en España es una de las más elevadas de la UE. En el sistema sanitario asistiremos a cambios como la feminización progresiva de los profesionales, la circulación de profesionales sanitarios, o como la entrada de nuevas tecnologías y simplificación de las ya existentes, de manera que muchas de ellas podrán dar el salto a Atención Primaria. Asistiremos a un mayor desarrollo de la medicina ambulatoria así como mejora de las infraestructuras, sobre todo de comunicación. La revolución genética estará presente seguramente entre nosotros en muy breve tiempo. El desarrollo de las técnicas biomédicas y de los cuidados integrales a la salud harán que sigan aumentando el número de pacientes de cualquier edad con patologías crónicas que ya no resultan letales. Atención especial merecerá el uso inadecuado de los recursos, la aparición de resistencias a fármacos, el incremento de los costes sanitarios...
- g) Mayor nivel de exigencia y mayor nivel de información. La población presentará, por un lado, más necesidades y, por otro lado, tendrá un mayor nivel de exigencia y un mayor nivel de información, lo que va a constituir auténticos retos para los sistemas y los profesionales. Las necesidades y expectativas del ciudadano con relación a los cuidados de salud irán trascendiendo, el temor a la muerte, a las discapacidades o a los sufrimientos intensos y desde hace algunos años asistimos y seguiremos asistiendo a pacientes con problemas que les producen infelicidad y/o malestar.
- h) Factores sanitarios. Desde hace muchos años, y probablemente desde el Informe Lalonde, se considera entre los factores condicionantes de salud al propio sistema

sanitario y la evidencia ha demostrado que esto es cierto. Es innegable que la equidad, la eficacia, la eficiencia, la viabilidad se ven influidos por el tipo de sistema sanitario por el que opta un país.

Todos estos factores condicionantes se dan conjuntamente en una sociedad determinada, por tanto no puede atribuirse un menor o mayor nivel de salud, o la producción de una enfermedad concreta exclusivamente a la presencia o ausencia de condiciones en alguno de estos factores.

Para concluir esta apartado, recordaremos que la salud es un concepto global que supone un constante equilibrio entre todos los factores condicionantes antes señalados, y para obtener un óptimo estado de salud son indispensables tres condiciones:

1. Adaptación y equilibrio ecológico favorable, frente a un ambiente social complejo y en permanente evolución.
2. Satisfacción de las necesidades fundamentales para la vida. Nutricionales, culturales, afectivas, sanitarias, sociales, educacionales.
3. Capacidad para la acción: trabajo creativo, actividad física y mental.

### **Sistemas de Atención de Salud**

Un Sistema de salud es la integración de todos los recursos asistenciales disponibles y en las diversas áreas disponibles (prevención, promoción, curación y rehabilitación), de tal manera que la interrelación de todos ellos conduzca a la producción de salud.

El enfoque sistémico de la atención sanitaria y su administración tiene como finalidad:

- La consideración de todas las variables que condicionan e influyen en la salud: biológicas, sociales económicas o sanitarias.
- La integración y coordinación de todos los recursos materiales y humanos.
- La adecuada optimización de todos estos recursos, evitando la dispersión administrativa y asegurando la atención basada en las necesidades.

### **Descripción de los Diferentes Modelos Sanitarios**

El concepto de modelo sanitario corresponde al ámbito de la política y la sociología y engloba la definición de prestaciones que se van a dar, población receptora de las mismas, financiación, actuaciones y competencias de salud pública y autoridad sanitaria, criterios de planificación y gestión sanitaria.

Los sistemas sanitarios son los instrumentos operativos de que se dotan los diferentes países para cumplir con sus "modelos" teóricos diseñados por la autoridad política. Se reconocen tres modelos sanitarios puros: liberal, socialista y mixto. Antes de analizar los modelos sanitarios puros creemos interesante realizar algunas consideraciones previas sobre los sistemas sanitarios como variantes de sistemas sociales (Field) y comentar algunas cuestiones comunes para todos ellos.

Desde la perspectiva de la sociología, Field ha definido el sistema sanitario como el conjunto de mecanismos sociales cuya función es la transformación de recursos generalizados en productos especializados en forma de servicios sanitarios de la sociedad.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha definido más recientemente como “un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines.

Como vemos, la definición de la OMS es una definición muy amplia, que permite que los tentáculos de los sistemas sanitarios lleguen casi a cualquier parte, en su misión de conseguir incrementar los niveles de salud en todos los aspectos y situaciones de la persona, aislada y/o en sociedad y se corresponde con el concepto de salud de la OMS (1946): “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Los sistemas sanitarios se convierten así en uno de los más importantes indicadores para analizar el estado de bienestar de una sociedad y su nivel de desarrollo.

**Según la OMS, a cualquier sistema sanitario que pretenda ser óptimo se le deben exigir las siguientes cualidades:**

1. Universalidad o cobertura total de la población sin ninguna distinción.
2. Atención integral, significa que el sistema sanitario debe atender no solo a la “asistencia” sino en conjunto amplio, a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
3. Equidad en la distribución de los recursos (aquí la OMS a nuestro entender ya se decanta claramente por el modelo socialista que veremos más adelante).
4. Debe ser eficiente, es decir, mejores prestaciones y mejor nivel de salud al menor coste; hemos comprobado que esta “oferta” la hacen prácticamente todos los modelos de sistemas sanitarios, incluidos los sistemas de modelo socialista, que no se caracterizan precisamente por la eficiencia, aunque puedan ser muy eficaces.
5. Flexibilidad, con objeto de poder responder ágilmente a las nuevas necesidades, esta cualidad se le atribuye especialmente los modelos liberales.
6. Participación real de la población en la planificación y gestión del sistema sanitario. Este punto que con tanta vehemencia defiende la OMS tan a menudo no se ha desarrollado adecuadamente en ningún modelo. La población no participa tomando decisiones importantes como puedan ser: cambio en la asignación de recursos, participación en objetivos de centros asistenciales, etc., se limitan en los sistemas de modelo socialista en delegar este derecho en sus representantes políticos, y en los sistemas de modelos liberal y mixto priman especialmente la eficiencia en los objetivos, que tampoco están definidos por la población con representación directa en ellos.

Los sistemas sanitarios modernos deben reunir además las siguientes características básicas:

- Equidad y accesibilidad adecuadas.
- Garantía del nivel de renta de los ciudadanos.
- Eficiencia macroeconómica.
- Eficiencia microeconómica.
- Satisfacción de los usuarios.

Para entender y mejorar los sistemas sanitarios es necesario utilizar categorías de análisis que permitan tener en cuenta todas estas cuestiones anteriores, y sin minusvalorar la influencia del sistema de valores o de los sistemas de valores prevalentes en cada país.

Además en todos los sistemas sanitarios podemos identificar cuatro elementos actores principales:

- La población.
- Los proveedores de servicios.
- Las agencias aseguradoras.
- El gobierno.

Y están relacionados funcionalmente de cuatro maneras:

- Por la regulación.
- La financiación.
- La gestión.
- La provisión de servicios.

Las características de los elementos y de sus relaciones funcionales determinan en cada país los resultados del sistema, siempre dependiendo del entorno político, social, cultural y económico en que se desenvuelve.

Las peculiaridades básicas de los tres principales modelos de sistemas sanitarios son:

#### A) MODELO LIBERAL:

También llamado modelo libre mercado. Es el modelo que impera en los Estados Unidos y tiene las siguientes características:

- La salud es considerada como un bien de consumo, que no necesariamente tiene que estar protegida por los poderes públicos en toda su amplitud. Hay problemas de salud claramente objetivos, como traumatismos, infartos, etc. y hay una gran cantidad de problemas de salud que son definidos y priorizados por los propios pacientes, que demandan servicios en función de sus deseos y disponibilidades económicas.
- El estado (o los diferentes estados en USA) realiza una contribución a la asistencia sanitaria comparativamente muy pequeña. Prácticamente lo invierte todo en atender a grupos desfavorecidos y/o marginales sin recursos; las clases medias y altas se pagan íntegramente sus asistencias, mediante el pago directo o a través de seguros con primas muy altas.
- El usuario realiza directamente el pago al proveedor, sin intermediarios de ningún tipo o más frecuentemente a través de compañías privadas de seguros. La regulación se limita a establecer unas condiciones para el ejercicio (licencias profesionales y otras) y la utilización de los servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda.

El modelo sanitario liberal, cuyo ejemplo más parecido como hemos dicho es el de USA, a nuestro juicio tiene una serie de ventajas:

- 1º La alta competitividad existente entre los diferentes proveedores para captar clientes hace que la tecnología, y la investigación científico-médica avancen notablemente.



Con todas las críticas que hacemos a este sistema desde Europa, es innegable que la medicina americana está a la cabeza del mundo, aunque no así la salud de la población, que como decíamos antes responde en un alto porcentaje a otras variables (hábitos alimenticios, formas de vida, etc.) que no se contemplan como componentes de actuación en los sistemas sanitarios que responden al modelo liberal.

- 2º La existencia de usuarios muy exigentes y que "pagan" lo que haga falta por recibir buenos servicios ha hecho que las compañías de seguros voluntarios afinen al máximo en el coste por proceso, con objeto de que los médicos no las arruinen utilizando desmedidamente pruebas complementarias, exceso de medicamentos, prolongadas estancias, etc. En este sentido los sistemas de análisis de costes, (como los grupos de diagnósticos relacionados GDR y otros) de los americanos, están siendo aplicados en el resto de sistemas sanitarios para hacerlos más eficientes.
- 3º El sistema liberal USA capta a los mejores cerebros médicos de todo el mundo, porque ofrece más dinero; se puede decir que todos los demás sistemas son "discípulos" de él y parasitan de sus conocimientos y técnicas.

Tiene también una serie de inconvenientes:

- 1º Alto coste para la sociedad, en USA están por encima del 12% de gasto sanitario del total del PIB nacional.
- 2º Necesariamente deben tener redes de beneficencia que atiendan a los que no pueden pagar directamente o no tienen seguros que les cubran ampliamente; esto genera situaciones graves de falta de equidad y discriminación.
- 3º El estado o más bien la sociedad en su conjunto, gasta prácticamente todo el dinero dedicado a la salud, en sanidad asistencial olvidándose de la prevención y de la educación sanitaria para obtener hábitos saludables. No obstante, hay que decir que en nuestro medio también se exagera sobre este punto, ya que, precisamente por ser ciudadanos muy exigentes los americanos, cuando evidencian y se sensibilizan ante un problema que ellos entienden puede afectar a su salud presionan a sus políticos y obtienen medidas que aborden este asunto; ya nos gustaría tener en España legislaciones medioambientales o antitabaco tan estrictas como por ejemplo las del Estado de California.

Una variante del Modelo Liberal es el Modelo Singapur, que ha introducido en los sistemas sanitarios el concepto de capitalización individual. La financiación se genera en una Central Provisora de Fondos (20% salario del trabajador + 20 % empresarios). El 6-8% va a una cuenta Medisave. Cada individuo puede retirar dinero de esa cuenta para cubrir gastos sanitarios.

#### B) MODELO SOCIALISTA:

El modelo sanitario socialista o estatalista se caracteriza por propugnar una financiación en su totalidad por los presupuestos generales del Estado, por ofrecer cobertura universal y gratuita a la población, así como la completa gama de prestaciones sanitarias sin

excepción. Todo lo que está en la cartera de servicios del sistema se presta en condiciones de equidad gratuidad y universalidad a la población. El modelo socialista puro es incompatible con ninguna estructura sanitaria de tipo privado o de seguros. El modelo socialista puro solo se ha dado en los países comunistas, de los que los únicos ejemplos que quedan en la actualidad son Cuba y Corea del Norte.

Ventajas del modelo socialista puro:

- 1º La búsqueda de la eficiencia hace que el estado apueste por la medicina preventiva y la educación sanitaria para incrementar los niveles de salud en detrimento de la creación de servicios asistenciales y medicaciones costosas. Esta estrategia, de hecho funciona, pues los niveles de salud, al menos en sus parámetros básicos como mortalidad en sus diferentes variedades (infantil, absoluta, etc.), morbilidad de enfermedades infecto-contagiosas vacunables, enfermedades hídricas, etc. de por ejemplo Cuba, son comparables a los de cualquier país occidental, cuando no claramente superiores.
- 2º El estado hace hincapié en la salud pública: abastecimientos de agua a poblaciones, depuración y eliminación de residuales, salud laboral, atención a grupos vulnerables, etc.

Inconvenientes:

- 1º Alcanzado un determinado nivel de salud, los ciudadanos quieren acceder a medicinas y métodos diagnósticos y terapéuticos más sofisticados, que no sólo los curen, sino que lo hagan en breve tiempo, con comodidad y con garantías. Esto no se consiguió en los sistemas socialistas puros, ya que los procesos con índices pequeños de incidencia no son adecuadamente atendidos, como tampoco los de difícil diagnóstico, lo que, aunque no incide en el global de salud de la población, afecta notablemente a los individuos: "Yo quiero que intenten curarme y/o rehabilitarme, sea cual sea mi proceso y sea cual sea el precio".
- 2º Los ciudadanos, al obtener todo gratis, no valoran realmente lo que cuesta la sanidad y el lema "La salud no tiene precio pero es tremendamente cara" no lo entienden, perdiéndose entonces el factor más apreciado a priori, la eficiencia. Además son sistemas poco eficaces en lo referente al individuo.

#### MODELO MIXTO:

De alguna forma este modelo es el que está impregnando actualmente a todos los sistemas sanitarios de Europa Occidental, aunque muchos analistas no lo consideran así, pues entienden que los sistemas sanitarios que son "Sistemas Nacionales de Salud" son socialistas y el resto mixtos, al haber desaparecido prácticamente en su totalidad los sistemas políticos comunistas.

Entendemos que en Europa podemos decir que todos los sistemas sanitarios responden al modelo mixto, sobre todo en lo que refiere a su gestión, teniendo diferente participación el sector público y privado según los países, en su financiación y provisión y diferentes formas de funcionamiento en su globalidad y en sus diferentes niveles.

Los sistemas del modelo mixto tienen dos componentes:

1º Componentes estructurales, que a su vez contienen cuatro elementos:

- La atención primaria (del médico de cabecera al centro de salud).
- La atención especializada (hospitales y centros de diagnóstico y tratamiento).
- La salud pública (salubridad, higiene, prevención de la salud, educación sanitaria).
- La planificación y gestión.

2º Componentes socioeconómicos: los ligados a la estructura propia del país (PIB, porcentaje de gastos sanitarios, estructuras, superestructuras, etc.).

Los sistemas sanitarios Europeos derivan de dos modelos mixtos:

- El de Bismark; es el más antiguo, y en su época el más avanzado del mundo; el estado garantiza las prestaciones mediante cuotas obligatorias; La red de salud pública queda en manos del estado, que se constituye asimismo en autoridad sanitaria. En principio este modelo garantizaba la asistencia sólo a los trabajadores que pagaban el seguro obligatorio, teniendo que constituir redes paralelas de beneficencia para los trabajadores que no "cotizaban". Los países que tienen sistemas que derivan de esta variante del modelo mixto son principalmente Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda.

Actualmente todos los ciudadanos de estos países gozan de una sanidad universal, gratuita y en condiciones de equidad.

- El de Beveridge. Es más moderno (desde 1.948) y es el que dio origen al Sistema Nacional de Salud en diferentes países, Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal. La financiación de la sanidad pública, procede de los presupuestos generales del Estado y es prestada asimismo en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad. La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado y descentralizadamente en comunidades autónomas y municipios. Estos estados y comunidades hasta el nivel de descentralización que se decida, elaboran planes de salud, con objetivos definidos, claros y evaluables, que son además de obligado cumplimiento.

España, Italia, Portugal, aunque tienen Sistemas Nacionales de Salud, siguen manteniendo una cuota obligatoria en los trabajadores para financiar en parte el Sistema Nacional.

Coexisten compañías privadas que prestan asistencia algunas veces en régimen de concertación con el Sistema Nacional. Toda la normativa sanitaria emana del Estado o de los órganos políticos descentralizados (comunidades autónomas y municipios) en régimen de obligado cumplimiento y revistiéndose la Administración política (en sus diferentes variantes) como la máxima autoridad sanitaria.

El gran debate que se está produciendo en los sistemas sanitarios derivados del modelo mixto es que, el alto coste de las prestaciones (con especial atención a los fármacos y algunos tratamientos) van a hacer inviables económicamente estos sistemas a medio plazo. Para ello, se están poniendo en práctica importantes medidas para mejorar la gestión de las prestaciones, para optimizar recursos (descenso de estancias en los hospitales, control

de prescripciones, etc.), para introducir nuevos modelos de gestión manteniendo la financiación pública, concertar con la privada diferentes formas de provisión de servicios, etc. y sobre todo, una medida, que aunque se presta al ataque demagógico, es esencial: Definir los límites del sistema en cuanto a prestaciones se refiere.

## PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

### Introducción

El sistema sanitario español ha logrado poder ofrecer, a toda la población, acceso a prácticamente todos los servicios que ofrece la medicina moderna, con razonables niveles de equidad, calidad y efectividad. Nuestro sistema sanitario ha sabido incorporar los cambios que han venido produciéndose en la sanidad y en los sistemas sanitarios de los países desarrollados en los últimos treinta años. El sistema sanitario resiste favorablemente cualquier comparación con los de aquellos países con un desarrollo socioeconómico similar y además a un coste muy razonable.

Ahora bien, esto no es suficiente, nuestro sistema, como todos, necesita cambios en las estructuras, mentalidades de todos los profesionales que trabajan en el, adaptándolas a la nueva realidad social. Se solicita no sólo eficacia y eficiencia sino también el derecho a opinar y estar informado, el respeto a la intimidad, un grado razonable de celeridad en la dispensación del servicio. Este cambio supone un esfuerzo importante al tener, por una parte, que adaptar el presupuesto ya limitado y, por otra, preservar el núcleo básico de equidad y solidaridad que constituyen la esencia del sistema sanitario español.

Se han ido introduciendo reformas en algunos organismos centrales y autonómicos, tratando de alcanzar una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles, tanto materiales como humanos, en atención primaria como en especializada.

Se ha intentado crear una conciencia de coste sanitario entre los profesionales sanitarios y entre los ciudadanos. Se pretende, en definitiva, no sólo cambiar el modelo económico, sino también corregir las rémoras burocráticas y las inercias del sistema y transformar la psicología de los protagonistas de la sanidad pública.

### El Sistema Nacional de Salud

La L.G.S crea un sistema sanitario público: El Sistema Nacional de Salud cuyo eje son las Comunidades Autónomas, ya que el título III define el Sistema Nacional de Salud como "el conjunto de los servicios de salud de la administración del Estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas convenientemente coordinados" ..

Los principios del Sistema Nacional de salud son:

- La salud como concepto integral
- La salud para todos como base de solidaridad.
- La participación comunitaria.
- Los derechos de los usuarios.

### Características

Las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud son las siguientes:

- Universalización de los servicios sanitarios para todos los ciudadanos en condiciones de igualdad.
- La financiación mayoritaria por ingresos del Estado.
- La descentralización de las comunidades autónomas.
- La coordinación de todos los recursos asistenciales para asegurar un sistema coherente, armónico y eficaz, con la integración de políticas de promoción de salud junto a prestaciones médicas y farmacéuticas.
- Equidad en el acceso, de forma que no se produzca discriminaciones por razones geográficas.
- Organización territorial de los servicios de salud en áreas de salud y zonas básicas de salud definidas por las comunidades autónomas en sus respectivos mapas sanitarios.
- Universalización de la asistencia.

### Cobertura

En la actualidad el 99.6% de la población española tiene cobertura sanitaria pública a través del sistema de Seguridad Social en sus distintos regímenes.

- El 94.8% de la población por su afiliación obligatoria al régimen de la Seguridad Social.
- El 0.1% por carecer de recursos económicos.
- El 4.7% funcionarios de la Administración General del Estado por su régimen especial (mutualidades) cuya característica fundamental es la opción que tienen de elegir entre la asistencia a través del Sistema Nacional de Salud o la cobertura a través de un seguro privado.
- El 0.4% restante, unas 600.000 personas son ciudadanos con recursos económicos suficientes, que les permiten acceder al sistema asistencial que elijan público o privado.

### Gasto sanitario y financiación

El primer dato de interés es el imparable crecimiento del gasto sanitario en España. Ha pasado de un 3.7% del PIB en 1970 al 7.4% en 1997, siendo la media europea del 8%.

Factores relacionados:

- El factor demográfico, incluyendo tanto el envejecimiento de la población como su crecimiento vegetativo.
- La extensión de la cobertura sanitaria pública con un impacto del 1.6-1.7% cada año.
- La inflación específica del sector con una repercusión interanual estimada en el 1%.
- El factor tecnológico, que comprende los productos farmacéuticos, con un impacto de hasta el 3% cada año, y que es probablemente la principal variable del crecimiento del gasto.

### Financiación General

La financiación de la asistencia prestada se realizaba con cargo a:

- Cotizaciones sociales.
- Transferencias del Estado que abarcarán:
  - a) La participación en la contribución de aquél al sostenimiento de la Seguridad Social.
  - b) La compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos.
  - c) La compensación por la integración, en su caso, de los hospitales de las corporaciones locales en el Sistema Nacional de Salud.
  - d) Tasas por la prestación de determinados servicios.
  - e) Por aportaciones de las comunidades autónomas y de corporaciones locales.

Este proceso se ha completado con un modelo estable de financiación, a través de la aprobación de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre (RCL 2001\3245 y RCL 2002, 1318), por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

### **UN NUEVO ESQUEMA PRESUPUESTARIO EN EL SNS**

El nuevo escenario presupuestario surgido en el año 2002 viene determinado por tres elementos:

- La descentralización plena de las competencias sanitarias
- Un nuevo modelo de financiación de las Comunidades Autónomas establecido en la Ley 21/2001.
- Un entorno de consolidación fiscal marcado por la Ley de Estabilidad Presupuestaria.

### La descentralización de competencias

La culminación del proceso de descentralización del Estado a las Comunidades Autónomas se ha alcanzado de forma prácticamente completa, con los traspasos de la Sanidad, en enero de 2002.

Como consecuencia del traspaso de las funciones y servicios del INSALUD, la participación de las Comunidades Autónomas en el gasto consolidado del sector público administrativo se sitúa al nivel de los países administrativamente más descentralizados.

En efecto, como puede observarse en el Cuadro 3, a partir del año 2002, el peso de la Administración General del Estado y la Seguridad Social en el gasto sanitario público ha pasado a representar del orden de un 9% frente a un 39% aproximadamente en la situación previa al cierre transferencial.

### El nuevo modelo de financiación de las Comunidades Autónomas

La Ley creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador entre las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado, reali-

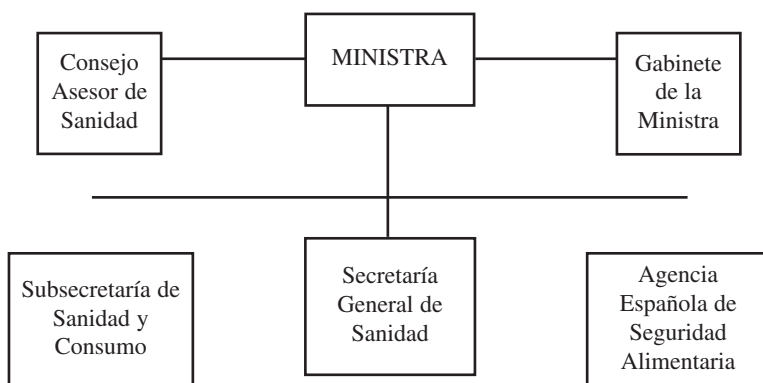
zando hasta la actualidad una importante labor tanto en el fomento del consenso como en la difusión de experiencias y en el aprendizaje mutuo entre niveles de gobierno.

Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas han asumido paulatinamente competencias en materia de sanidad.

Transcurridos más de dieciséis años desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, es evidente observar que se han producido profundos cambios en la sociedad, tanto culturales y tecnológicos como socioeconómicos así como en la manera de vivir y de enfermar.

### Comunidad Valenciana.

#### ORGANIGRAMA MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



Dependen así mismo del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Instituto Carlos III; el Instituto Nacional de Consumo; la Agencia Española del medicamento la Agencia de Seguridad alimentaria y el Instituto de gestión sanitaria.

### Comunidad Valenciana

El artículo 148 de la Constitución Española reconoce a las comunidades autónomas la posibilidad de tener competencias en sanidad e higiene. Sin embargo no va a ser hasta 1987-88 cuando se realicen las transferencias en materia de sanidad a la Comunidad Valenciana. Se hace mediante el Real Decreto 1612/87: Traspaso funciones y servicios INSALUD-Comunidad Valenciana: así se crea del Servicio Valenciano de Salud (Ley 8/87).

Posteriormente, en 1993, mediante Ley 6/93 de Presupuestos de la Generalitat Valenciana, suprimió la figura del Servicio Valenciano de Salud, pasando las competencias en materia de sanidad directamente a la propia Consellería.

### SISTEMA DE INFORMACIÓN POBLACIONAL

Decreto 126/1999, de 16 de agosto, del Gobierno Valenciano, por el que se crea el Sistema de Información Poblacional de la Consellería de Sanidad y la implantación de la

tarjeta sanitaria, con el objetivo de mejorar la relación del ciudadano con la administración a la vez que la planificación y gestión administrativa.

Este Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Conselleria de Sanidad se enmarca dentro del Plan Estratégico de Modernización de la administración Valenciana aprobado por el Gobierno Valenciano.

- El SIP será de aplicación para todos los ciudadanos que tengan, o adquieran, vecindad administrativa en cualquier municipio de la Comunidad Valenciana.
- Como documento acreditativo del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos residentes en la Comunidad Valenciana se habilita la Tarjeta Sanitaria.
- La Tarjeta Sanitaria es el elemento efectivo de identificación de cada ciudadano y de acreditación del tipo de servicios y de prestaciones sanitarias que legalmente e individualmente tengan reconocidas en la Comunidad Valenciana, información que se incorpora de los datos procesados por el Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanidad (SIP).
- La Tarjeta Sanitaria se entregará a todos los ciudadanos incluidos en el SIP.
- Corresponderá a la Conselleria de Sanidad la planificación, implantación, gestión continuada y evaluación del SIP, así como la determinación de las características y contenido de la Tarjeta Sanitaria.

No va a ser hasta el 2001 cuando se establece la obligatoriedad de incluir el número SIP en todos:

- 1.- Los documentos que constituyen el registro de actividades clínicas de los servicios asistenciales y que requieran la identificación del paciente: Historias Clínicas, incluyendo a todos los documentos normalizados que se integran en la misma.

Conjunto mínimo básico de datos (CMBD), Documentos de demanda de asistencia, Derivaciones entre los distintos niveles asistenciales, Consentimientos informados.

- 2.- Programas de salud.
- 3.- Recetas oficiales de farmacia y documentos de solicitud de prestaciones sanitarias complementarias.

Todos los ficheros informatizados de pacientes existentes de la Consellería de Sanidad incluirán como dato determinante de identificación el número SIP en su estructura, siendo obligatorio para los de nueva creación.

Además en el 2001 también se establece que (mediante Orden de 19 de diciembre de 2001):

- La Tarjeta Sanitaria en nuestro ámbito territorial será el único documento válido de identificación y de acreditación del nivel de prestaciones a efectos de asistencia sanitaria para los ciudadanos valencianos.
- Todos los centros sanitarios públicos valencianos y farmacias valencianas exigirán a los ciudadanos valencianos la presentación de la Tarjeta Sanitaria, esta podrá contrastada con otros documentos oficiales de identificación.
- La Consellería de Sanidad se reserva el derecho de reconocer los derechos asistenciales de los ciudadanos valencianos ante la no presentación de la tarjeta sanitaria, cuando esta sea requerida en los centros asistenciales públicos.



## LA AGENCIA VALENCIANA DE SALUD

La Agencia Valenciana de Salud (AGV) surge, en 2003, buscando una sanidad pública eficaz, eficiente y gratuita, solidaria y de gran calidad, fundamentada en la equidad y en la universalidad, que permita e impulse la participación ciudadana y desarrolle la humanización de la sanidad.

Constituye el eje de la organización de los servicios sanitarios públicos. La finalidad de esta Agencia es coordinar todas las entidades administrativas con responsabilidades en el campo de la salud.

A tal efecto, los centros para la prestación de servicios asistenciales, pertenecientes a la Agencia Valenciana de Salud, podrán dotarse de un nuevo modelo organizativo que permita una mayor descentralización y autonomía en la toma de decisiones y en la gestión de sus recursos, mayores cotas de participación y corresponsabilidad por parte de sus profesionales y una mayor orientación hacia el paciente. Todo ello en un entorno organizativo más flexible y horizontal que permita la coordinación ágil y rápida de todos los recursos utilizando las herramientas actuales de la Gestión Clínica.

Con esta Ley el ciudadano se convierte en el auténtico protagonista del sistema sanitario, la mejora del estado de salud es el fin último del sistema, y para ello la Comunidad Valenciana se ha dotado de la Tarjeta Sanitaria (ya explicado anteriormente). El estudio de la información obtenida por las tarjetas nos permite realizar unos presupuestos realistas en los que la base de cálculo la constituye la población a atender. Esta nueva base presupuestaria es especialmente útil en una comunidad como la nuestra, esencialmente turística, máxime cuando en algunos casos constituye una residencia permanente de la población foránea.

### Actuaciones que corresponden al Gobierno Valenciano

1. La misión prioritaria de promocionar la salud fomentando en sus agentes sociales y económicos la adquisición y mantenimiento de hábitos de vida saludable, que protejan la salud eliminando y evitando los factores de riesgo para la misma.
2. Las políticas de salud un enfoque multidisciplinar.
3. Con el fin de incidir en las causas sociales que alteran el estado de salud de la población, el Gobierno Valenciano fomentará la consecución de objetivos comunes, garantizando la fluidez y continuidad de los servicios sanitarios y sociosanitarios prestados a los ciudadanos valencianos por las distintas administraciones públicas.
4. Garantizar la tutela general de la salud pública mediante el establecimiento de medidas preventivas, actuaciones de promoción de la salud y la prestación de atención sanitaria.

### Principios rectores

- Universalización con garantía de igualdad efectiva de acceso a todos los servicios actuaciones sanitarias.
- Concepción integral: promoción, prevención asistencia y rehabilitación.

- Eficacia y eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos.
- Descentralización, desconcentración y autonomía con coordinación y responsabilidad en la gestión.
- Mejora continua de la calidad. Humanización.
- Promoción del interés individual y social por la salud potenciando la solidaridad y la educación sanitaria.
- Participación de la comunidad.
- Integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos.
- Evaluación continua de centros públicos y privados.
- Potenciación y desarrollo de la investigación científica.
- Modernización de los sistemas de información.

El Plan de Salud de la Comunidad Valenciana es el instrumento estratégico de planificación y programación del sistema sanitario valenciano. En él se recogerán la valoración de las necesidades de salud de la población, así como los objetivos básicos de salud y prioridades de la política sanitaria.

El Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana tiene como eje fundamental de actuación a los ciudadanos. Pensando en ellos, se centran la mayoría de actividades que se van a desarrollar y que se van a impulsar desde este Plan de Humanización; actividades, a través de las cuales, se pretenden conseguir:

- Mejorar el nivel de información de los pacientes.
- Aumentar la satisfacción y la confianza de los ciudadanos por la atención sanitaria recibida.
- Mejorar la percepción que tiene el ciudadano de la calidad asistencial que recibe.
- Garantizar los derechos de los ciudadanos.
- Acrecentar el confort de los ciudadanos cuando utilizan los servicios sanitarios.
- Mejorar las vías de comunicación entre la Administración autonómica, los servicios asistenciales y los ciudadanos.
- Acercar la asistencia sanitaria al ciudadano.
- Personalizar e individualizar la asistencia sanitaria que reciben los ciudadanos.
- Incrementar la formación específica de los profesionales en Humanización.
- Contribuir en la educación sanitaria de los ciudadanos.
- Impulsar nuevas formas de Dirección: Dirección por valores.

### **3. PROCESO ADMINISTRATIVO**

#### **EL PROCESO ADMINISTRATIVO**

El proceso administrativo es el instrumento esencial para conducir, orientar y dirigir la organización de los servicios de salud, que implica un conjunto de actividades sistemáticas desarrolladas por un grupo humano que utiliza un conjunto de recursos para lograr una finalidad común, con eficacia (alcanzar los fines propuestos), y eficiencia (utilizar los recursos económicos, materiales y humanos al mejor coste).

El proceso administrativo clásicamente consta de cinco etapas: Planificación, Organización, Dirección, Recursos Humanos y Evaluación, aunque se admite que cada etapa del proceso en sí misma está impregnada de cada uno de los conceptos de las demás.

## ETAPAS DEL PROCESO ADMINISTRATIVO

1. PLANIFICACIÓN
2. ORGANIZACIÓN
3. DIRECCIÓN
4. FORMACIÓN DE PLANTILLA
5. CONTROL-EVALUACIÓN

### 1. PLANIFICACIÓN

#### DEFINICIÓN DE PLANIFICACIÓN

“La planificación es un proceso continuado en el que partiendo de un análisis actual y retrospectivo del contexto donde se pretende llevar a cabo la actividad, define las políticas a seguir, los objetivos, a alcanzar y las actividades que habrán de realizarse en un futuro, estableciendo un orden de prioridad determinado, así como la previsión de recursos y los responsables del programa, con una delimitación del tiempo y el lugar en donde deberán intervenir los equipos de salud”.

Planificar es hacer un análisis de los factores externos e internos que determinan un sistema, identificar los problemas actuales y previsibles, ordenándolos por la prioridad de intervención, diseñar las actividades y métodos para resolver los problemas, definir los instrumentos de evaluación, que abarquen la totalidad del problema y elaborar todas las propuestas y alternativas que surgieran del proceso de planificación.

#### PROCESO DE PLANIFICACIÓN

Existen dos tipos de planificación organizativa: de largo alcance o planificación estratégica, y de corto alcance o planificación operativa. La planificación estratégica cubre un periodo de tiempo de tres a cinco años

#### PROPÓSITO O ESTABLECIMIENTO DE LA MISIÓN

Las organizaciones existen en función de un propósito determinado. La clarificación de ese propósito es la principal prioridad de la planificación

La filosofía articula una visión y reúne una serie de creencias y valores que rigen la conducta de cada persona.

Los objetivos constituyen un elemento central de todo el proceso administrativo. La planificación define los objetivos.

En términos generales podemos decir que los objetivos son la respuesta a aquello que se pretende conseguir, responde a la intención de los que se quiere alcanzar.

#### Clasificación de los objetivos

- Objetivos según su enfoque: están determinados por el área que comprenden en el

conjunto de la organización y que pretende ser planificada, pueden ser, de servicio, sociales y económicos.

- Objetivos determinados por su alcance: están definidos en función del contexto en el que se pretenden aplicar, de ámbito general o en el medio o corto plazo.

## LA PLANIFICACIÓN SEGÚN EL NIVEL DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

La extensión del proceso de planificación puede medirse más específicamente por el nivel de los objetivos que se pretende alcanzar.

### PLANIFICACIÓN NORMATIVA

Desde el más alto nivel de un organismo en donde se pretende orientar la misión general que se tendría que adoptar en la organización, puede abordarse un proceso de planificación estratégica, a éste nivel corresponde definir la idea o lo que llamamos en planificación la "misión", hacia donde dirigirse la organización. Pero cuando la misión ha de ponerse en acción, se traduce en una "política" que determina grandes líneas, que habrán de ser la pauta para la orientación de valores como son la equidad o la igualdad, y aquellas acciones que van a dar significado a los objetivos de la empresa. Se denomina esta planificación "normativa" o "política", y va a estar localizada en el más alto nivel de la organización como puede ser, en el caso del sistema sanitario, lo que se corresponde con el Ministerio de Sanidad y Consumo o en el nivel de competencias que en materia de salud tiene la Comunidad Autónoma.

### PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

En un segundo nivel se encuentran los fines que representan un mayor grado de especificación de la misión, es decir, se trata de integrar la idea (misión) con el fin posible y alcanzable. A este segundo nivel compete establecer prioridades y definir alternativas que se habrán de tomar en un futuro y que tendrán sus consecuencias a largo plazo. Se trata del nivel de la "planificación estratégica" que representa un plan de acción concreto en donde los objetivos habrán de considerar los elementos internos de la organización y los elementos externos que constituyen el entorno de la organización. Este nivel está asociado en una organización con el nivel de gerencia de un hospital o de un área de salud en atención primaria.

### PLANIFICACIÓN TÁCTICA

Un tercer nivel de planificación es aquel en el que se describe el programa de atención estructurado en forma de objetivos generales y específicos en términos de actividades de atención de salud y en términos de recursos económicos asignados para el logro de los objetivos. Este proceso se corresponde con la "planificación Táctica o estructural".

### PLANIFICACIÓN OPERATIVA

Por último, se trata de definir actividades a más corto plazo, que se describen en calendario de ejecución y gestión directa de los recursos. Es el nivel de "planificación operativa", que se da en la acción misma de la prestación del servicio.

Instrumentos de Gestión más utilizados durante la planificación.

Dentro de la función de planificación, debemos familiarizarnos con los instrumentos de gestión:

- Proceso de toma de decisiones y herramientas más utilizadas.
- Administración del tiempo.
- Presupuestos.
- Marketing.

## PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

Consiste en seleccionar una vía de actuación entre varias alternativas, lo que implica una alta responsabilidad del directivo de enfermería.

La toma de decisiones resulta un proceso científico que incluye, la identificación y el tratamiento de los problemas con el fin de seleccionar la opción mas adecuada para resolver cada caso.

## IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA Y ESTUDIO DE ALTERNATIVAS.

Consiste en:

- Identificar el problema.
- Analizar la situación.
- Estudiar las posibles alternativas.
- Ejecutar la decisión.
- Evaluar los resultados.

Un problema es una situación adversa, no deseada, o también el conjunto de circunstancias que dificultan la consecución de un fin.

El problema aparente, puede ser un conflicto puntual que no debe tratarse como tal, sino estudiar sus causas y abordar las mismas. No se puede tratar el problema estudiando exclusivamente el efecto que produce en un momento determinado, sino tratando sus causas, que realmente son el problema en si.

Por ejemplo, si existe conflicto entre dos enfermeras, sobre ¿quién debe realizar una actividad concreta?, no bastará con entenderlo como un conflicto personal puntual, sino que posiblemente al analizar las causas que han provocado el enfrentamiento, encontremos una ausencia de definición explícita de las funciones o responsabilidades de cada cual en la unidad de enfermería. La resolución de las causas, nos resolverá el problema. Para identificar el problema, la responsable de la unidad, se hará las siguientes preguntas: ¿Cuál es la situación deseable? ¿Cuáles son las discrepancias? ¿Que síntomas se presentan? ¿Quién está implicado? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo?. Con las respuestas a estas preguntas en la mano, el responsable puede desarrollar distintas hipótesis y considerarlas en función de los datos que maneja.

Las alternativas pueden ser, rápidas y económicas pero poco eficaces; caras y poco eficaces, o económicas y eficaces. Para poder discriminar alternativas, lo primero que observaremos, es si la solución está incluida en la política del Centro, si no lo está el directivo,

recurrirá a experiencias anteriores y a su propia formación, y por tanto el número de posibles alternativas, irá en función de la experiencia y creatividad del directivo.

No siempre existe una alternativa clara en relación a otras, y en este caso es fundamental preguntarse ¿Qué repercusión tiene sobre el paciente?, ¿Cómo es aceptada por la plantilla? ¿ Esta dentro de los objetivos? ¿ Es aceptable desde un punto de vista ético?.

Una vez tomada la decisión debe ser ejecutada, porque sino resulta inútil. La decisión debe ser comunicada a los interesados, con el fin de obtener una máxima cooperación de todos los empleados El paso final del proceso, es la evaluación de resultados, que realmente nos dirá si la decisión ha sido la correcta.

La IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS y su resolución, enfocados hacia su repercusión sobre el cliente constituyen un método de trabajo cotidiano en los Centros sanitarios donde se trabaja con CALIDAD.

Para identificar problemas sencillos y específicos, se puede emplear la Técnica de Brainstorming o Tormenta de ideas, que consiste en hacer que las ideas sobre problemas de una unidad de enfermería, fluyan libremente en el grupo de trabajo con unas circunstancias favorables en cuanto al clima laboral de la propia unidad. La supervisora animará al equipo a exponer todas las ideas que se les ocurran sin miedo al ridículo.

Cuando el problema es más complejo se puede analizar utilizando el Diagrama Causa-efecto.



En el extremo efecto de la flecha, se sitúa el problema detectado y en cada rama las posibles causas, agrupándolas posteriormente en:

- Máquinas
- Hombres (Man)
- Métodos
- Gestión (Management)
- Materiales

Esta agrupación conocida como la regla de las 5 M engloba todas las posibles causas de los problemas, lo que facilitará al gestor la resolución de los mismos.

En sistemas de calidad la detección y resolución enfocados hacia su repercusión en el cliente debe presidir la cultura de la organización. El Ciclo Evaluativo de Palmer aplicado de manera continua, facilita la obtención continua de datos a la vez que obliga a los responsables de unidades a la revisión sistemática de métodos de trabajo.

## PRESUPUESTOS

El bienestar económico de cualquier empresa, depende de la eficacia de la gestión de sus presupuestos; cuando se trata de empresas de salud, un elemento importante es precisamente la administración del presupuesto de enfermería, ya que estos suponen una parti-

da muy elevada del total de gastos, alrededor de un tercio del total de la mayor parte de los hospitales.

Presupuestar es asignar recursos económicos (dinero, material o personal) en base a necesidades previstas, para unas actividades propuestas en un tiempo determinado. El documento del presupuesto, es la expresión numérica de ingresos esperados y gastos calculados para una organización por un periodo de tiempo definido. Normalmente los presupuestos institucionales se dividen en tres partes: salarios (mano de obra), gastos esenciales (presupuesto de inversiones de capital) y gastos operativos (presupuesto operativo).

El presupuesto de la Consellería de Sanidad crece un 10,4 por ciento en 2007 y supera por primera vez los 5.000 millones de euros para "ofrecer a los ciudadanos más y mejores servicios sanitarios", "ampliar la calidad de la prestación asistencial" y atender a la población inmigrante.

Cada uno de los 22 departamentos tendrá un presupuesto único con una financiación capitativa y la gestión correrá a cargo de una Gerencia única para Primaria y Especializada.

El presupuesto inicial asignado a los centros sanitarios será igual al presupuesto de gasto, logrando así el déficit cero en los gastos de funcionamiento.

Mayor autonomía de gestión en función de las necesidades de cada departamento y la financiación capitativa comportará que el departamento deberá gestionar ese presupuesto para poder satisfacer las necesidades sanitarias de sus pacientes durante el ejercicio correspondiente.

Financiación Caritativa es un sistema de financiación que consiste en asignar al conjunto de proveedores de cuidados de una zona geográfica determinada, un fondo económico por cada persona de dicha zona que está incluida dentro de la población protegida, durante un periodo determinado (un año).

El modelo de financiación capitativa es útil como mecanismo para la distribución de los recursos y control del gasto sanitario.

El modelo de financiación capitativa constituye además un potente motor de cambio de la organización y la oferta asistencial en la Comunidad Valenciana, actuando como palanca para promover el desarrollo de una asistencia integral .

Su puesta en marcha en la Comunidad Valenciana ha supuesto un importante esfuerzo y se apoya en el uso de sistemas de información adecuados y un mecanismo de compensación entre centros (facturación intercentros) por el flujo de pacientes entre departamentos, de manera que "el dinero sigue al paciente".

## ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO

Se entiende cómo Administración del tiempo, el Control del uso del tiempo para que la productividad sea máxima.

## DELEGACIÓN

Delegar es controlar a través de otros.

**Responsabilidad:** Se refiere a lo que debe ser hecho para completar una tarea y la obligación creada a través de la asignación. Directivo y empleado deben tener claro de que actividades es responsable cada cual, que resultados se esperan y como se van a evaluar esto.

**Autoridad:** Es el poder de tomar las decisiones finales.

**Compromiso:** Se refiere a la obligatoriedad. dar órdenes.

## MARKETING

El Marketing es el análisis, la planificación, la ejecución y el control de programas formulados cuidadosamente y diseñados para provocar intercambios voluntarios de valores con el mercado objetivo con el propósito de alcanzar objetivos organizativos.

### Conceptos de Marketing

**Intercambio:** El Marketing, se basa en una dependencia de recurso o intercambio. Las organizaciones ofrecen satisfacciones tales como bienes, servicios o beneficios al mercado que en contrapartida proporciona a la organización recursos necesarios como bienes, servicios, tiempo, dinero o energía.

**Público:** Un público lo constituye un grupo diferenciado de personas y/o de organizaciones que tiene un interés real potencial y/o un impacto sobre una organización

**Mercado:** Un mercado es un escenario potencial para el comercio de recursos.

**Imagen:** Una imagen es la suma de creencias, ideas e impresiones que una persona tiene de un objeto u otra persona.

## 2. ORGANIZACIÓN

### DEFINICIÓN

“El proceso de relacionar o combinar los grupos que deben llevar a cabo las acciones que se hayan previsto, con los medios necesarios para su ejecución, de forma que el trabajo se realice de manera consciente, racional y coordinada, para asegurar el logro de los objetivos propuestos en el plan”.

### LAS ETAPAS DE LA ORGANIZACIÓN

La organización es un proceso con etapas, en primer lugar debe decidir cuáles serán los elementos o agrupaciones en las que va a ordenar a su personal y sus medios. Es la etapa de “Estructuración” y comprende las actividades de departamentalización y división de las personas en diversos grupos de trabajo., adecuados a los objetivos que se pretende alcanzar.

Un segundo paso, consiste en dotar a las personas y medios de unos sistemas de trabajo apropiados a los resultados que se pretenden conseguir de manera que las acciones se produzcan de una forma similar, uniforme y coherente con los medios y los resultados previstos. Es la llamada etapa de “Sistematización”, y que incluye la elaboración de políticas, normas, procesos, protocolos y guías de actuación.



Finalmente la etapa última del proceso dota de los recursos necesarios, de personal y medios materiales, adecuados y pertinentes a los procesos, estructura y resultados. Es la etapa de "Instalación" y determina la plantilla de personal, los horarios de trabajo y la distribución de actividades.

#### ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Aunque la planificación es la clave de una dirección efectiva, la estructura organizativa dispone el marco formal en el cual tiene lugar el proceso de dirección. La estructura organizativa debe proporcionar un sistema de trabajo efectivo, una red de comunicaciones, una identidad a los individuos y a la organización, y debe en consecuencia fomentar la satisfacción laboral.

#### ESTRUCTURA BUROCRÁTICA.

Una jerarquía u ordenación burocrática es un diseño organizativo dirigido a facilitar la administración a gran escala, por medio de la coordinación del trabajo, de un personal muy extenso. Está asociado a la subdivisión, la especialización, las cualificaciones técnicas, las reglas y estándares, la impersonalidad y la eficiencia técnica.

#### MODELOS ORGANIZATIVOS ADAPTABLES

Los modelos adaptables constituyen unos marcos organizativos novedosos que ofrecen una forma más libre, flexible y fluida que los viejos modelos burocráticos, sus premisas subyacentes, los propósitos y las estructuras son distintas. Estos nuevos modelos resultan de una investigación de conducta orientada a facilitar la satisfacción y la creatividad laboral, al igual que la eficiencia .

Forma Libre. El diseño organizativo de forma libre se estructura de tal manera que las partes pueden operar de un modo flexible.

Dirección Colegiada. Restringe la autoridad monocromática manteniendo una división y un equilibrio de poder entre el grupo de alta dirección a través de la responsabilidad colectiva.

Dirección de proyecto. El diseño organizativo de proyecto se aplica en proyectos grandes y a largo plazo en los cuales se desarrollan y administran una serie de grupos de proyecto a través de las distintas fases de su existencia.

Agrupaciones de fuerzas. Las agrupaciones de fuerza se emplean en ocasiones para proyectos especiales. Las agrupaciones cuentan con una misión, un líder y una fecha límite para la finalización del proyecto.

Matriz. Los diseños organizativos de matriz tratan de combinar las ventajas del proyecto con las estructuras funcionales

Modelo corporativo. Una corporación es cualquier grupo de gente que actúa como un todo.

## ORGANIGRAMAS

Un organigrama es un gráfico que muestra el modo en que las partes de una organización se unen. Describe las relaciones formales, las áreas de responsabilidad, las personas ante las cuales uno es responsable y los canales de comunicación.

## CULTURA ORGANIZATIVA

La cultura organizativa es la forma acostumbrada de pensar y de comportarse que comparten todos los miembros de la organización y debe ser aprendida y adoptada por las personas que se incorporen al servicio de enfermería antes de que sean aceptados en el mismo. La cultura se aprende, se comparte y se transmite

## POLÍTICAS

Las políticas y los procedimientos constituyen los medios para alcanzar las metas y los objetivos. Las políticas explican el modo en que se conseguirán las metas y sirven como guías que definen el curso y ámbito general de las actividades permisibles para la consecución de las metas.

## PROCEDIMIENTOS

Los procedimientos proporcionan una guía más específica para la acción que la que aporta la política. Ayudan a alcanzar un alto grado de regularidad enumerando las secuencias cronológicas de pasos a seguir.

## CAMBIOS ORGANIZATIVOS

Es inevitable que en la vida de una organización se produzcan cambios en cualquier nivel, que impliquen un posicionamiento entre los directivos que les obligue a adoptar nuevos métodos o reconversiones de puestos de trabajo, para los que deben estar preparados ellos mismos y además realizar dichos cambios entre el personal, de manera responsable y con el menor número de consecuencias negativas para la propia organización.

El proceso de cambio implica tres etapas: deshielo, movimiento y recongelación.

## 3. DIRECCIÓN

Una vez que los directivos han planificado, organizado y programado la plantilla deben dirigir al personal y sus actividades para alcanzar las metas de la organización. Dirigir se puede definir como marcar el camino, guiar el curso. El conocimiento de dirección, de la filosofía de dirección, de las fuentes de poder y autoridad resulta importante.

## LIDERAZGO

La gestión es el proceso de conseguir que un trabajo sea realizado a través de otros e incluye las funciones de Planificación, Organización, Recursos humanos, Dirección, Comunicación, Motivación y control o Evaluación.

Las enfermeras situadas en cada nivel de la jerarquía institucional realicen funciones de liderazgo sobre las situadas en niveles más bajos de la misma.

Un líder eficaz es un catalizador que debe facilitar interacciones eficaces entre el capital humano, el material y el tiempo. Es un sinergista que ensambla los esfuerzos de numerosos trabajadores con diferentes habilidades.

El liderazgo es necesario para aunar la acción de los empleados sobre la base de los objetivos de la organización, orientar las actividades del grupo hacia los fines deseados y combinar y apoyar los esfuerzos de los diversos especialistas.

#### ACTIVIDADES DEL LIDERAZGO.

El liderazgo incluye las siguientes actividades:

- Dirección o diseño del plan.
- Supervisión o Control de las actividades.
- Coordinación o sintetización del esfuerzo de los diferentes individuos.

Un líder debe tener en su mente un claro concepto del objetivo, estar familiarizado con las aptitudes y motivaciones de los subordinados y valorar el coste en tiempo y esfuerzo del seguimiento del plan prescrito.

Dirigir a otros en una transacción complicada porque sitúa al líder en un papel autoritario o paternalista, contra el que un subordinado suele reaccionar con resistencia. La vigilancia es la más fácil de las tres actividades, porque las responsabilidades del trabajo específico de la supervisora provocan interés y tienen relación con las aportaciones de los subordinados. La coordinación es la actividad de liderazgo más crítica, porque, a menos que los esfuerzos de todos los empleados están unificados claramente según las metas de la organización, los diversos especialistas pueden trabajar con ellos con propósitos cruzados.

#### TEORÍAS DE LIDERAZGO

Las teorías de liderazgo son numerosas. Vamos a comentar distintas alternativas, comenzando por la noción más antigua hasta llegar a las ideas actualmente en boga:

1. Teoría del gran hombre.
2. Teoría del Carisma.
3. Teoría del Rasgo.
4. Teoría de Situación.
5. Teoría de Contingencia.
6. Teoría del camino hacia la meta.
7. Teoría del liderazgo situacional.
8. Liderazgo de Transformación.
9. Módulo de liderazgo integrante.

##### 1. TEORIA DEL GRAN HOMBRE

Esta teoría establece que sólo unas pocas personas nacen con las características necesarias para ser grandes directivos. Los líderes se encuentran bien rodeados y simultáneamente muestran un comportamiento de liderazgo tanto instrumental como de apoyo.

Entre las actividades instrumentales se incluyen la planificación, la organización, y el control de las actividades de los subordinados encaminados a alcanzar las metas de la organización.

Y el liderazgo de apoyo tiene una orientación social y permite la participación y la consulta de los subordinados respecto a decisiones que les afecten. Las personas que aglutinan comportamientos de liderazgo tanto instrumental como de apoyo son considerados "grandes hombres". Muchos encuentran que esta teoría no resulta atractiva, dada su premisa de que los líderes nacen y no se hacen, lo que sugiere que el liderazgo es algo que no pueda ser desarrollado.

## 2. TEORÍA DEL CARISMA

Las personas pueden llegar a ser líderes debido a que son carismáticas. ¿Qué constituye el carisma? El carisma es una cualidad de la inspiración que alguien posee y que hace que los otros se sientan mejor en su presencia. El líder carismático inspira a otros obteniendo de ellos un compromiso emocional y provocando fuertes sentimientos de lealtad y entusiasmo. Sin embargo, y dado que el carisma es algo tan elusivo, mientras unos lo sienten puede que a otros no les afecte.

House halló que los seguidores de líderes carismáticos confían en las creencias e ideas de su líder, tienen creencias similares, exhiben su afecto y obediencia a él, lo aceptan y se encuentran implicados emocionalmente. House descubrió que los líderes carismáticos tenían una fuerte convicción en sus propias creencias, una alta autoconfianza y una necesidad de poder y suelen establecer un ejemplo en su comportamiento.

Conger y Kanungo descubrieron que el carisma suele atribuirse a un líder que presenta una visión discrepante del status quo, que emerge durante una crisis, que analiza la situación con agudeza, que transmite autoconfianza, y que es capaz de hacer autosacrificios y emplear estrategias no convencionales.

Bass propuso la idea de que los líderes carismáticos se perciben a sí mismos como personas con un propósito y un destino sobrenatural y sus seguidores pueden convertirlos en ídolos, figuras espirituales o superhombres.

## 3. TEORÍA DEL RASGO

Hasta mediados de los años 40, la teoría del rasgo ó la característica fue la base de los estudios del liderazgo. Al principio se mantenía que las características o rasgos eran hereditarios, pero teorías posteriores apuntaron que podían ser obtenidas a través del aprendizaje y la experiencia. Los investigadores identificaron las siguientes características propias del liderazgo:

- Energía.
- Vigor.
- Entusiasmo.
- Ambición.
- Agresividad.
- Decisión.
- Autoaseguración.
- Autoconfianza.

- Afecto.
- Amistad.
- Honestidad.
- Justicia.
- Lealtad.
- Dependencia.
- Maestría técnica.
- Capacidad de Enseñanza.

Siendo los rasgos o características comunes los siguientes:

1. Los líderes necesitan ser más inteligentes que el grupo al que lideran.
2. Los líderes deben poseer iniciativa, la capacidad de percibir e iniciar cursos de acción no considerados por otros.
3. La creatividad es un capital. La originalidad.- la capacidad de idear nuevas soluciones a los problemas y de encontrar nuevas formas de ser productivos-resulta de gran utilidad.
4. La madurez emocional con integridad.- un sentido de propósito y dirección, persistencia, dependencia y objetividad.- es otro de los rasgos importantes. Los líderes maduros anuncian lo que van a hacer y ser coherentes con sus acciones. La energía, el vigor y la buena salud junto con la autoseguridad son condiciones necesarias estos líderes.
5. La capacidad de comunicación es importante. El líder necesita comprender a los otros y hablar y escribir con claridad.
6. La persuasión es empleada con frecuencia por los líderes para obtener el consentimiento de sus seguidores. El líder puede hacer sugerencias, aportar datos que le apoyan, realizan preguntas incisivas, contraer compromisos y solicitar la acción para convencer a otros.
7. Los líderes necesitan ser perceptivos para distinguir a sus aliados de sus oponentes y para colocar a sus subordinados en las puertas donde mayor encajen.
8. Los líderes participan en actividades sociales. Ser accesibles, amistosos y dispuestos a ayudar, obtienen la confianza y la lealtad de otros de un modo que hace que la gente esté dispuesta a cooperar.

La teoría del rasgo no contempla la personalidad como un todo integrado, no contempla a los subordinados y evita las influencias del entorno y los factores situacionales.

Los investigadores del Centro de Estudios sobre liderazgo del Estado de Ohio recogieron 180 ejemplos de comportamiento de liderazgo que dividieron en dos dimensiones: Consideración y estructura de iniciación. La consideración se refiere a la conducta amistosa de apoyo, la preocupación del bienestar del otro, la muestra de preocupación por los demás, el empleo del tiempo para escuchar, la predisposición a aceptar sugerencias y la realización de favores personales.

La estructura de iniciación es la manera en que un líder estructura los roles para alcanzar las metas. Incluye asignación de tareas, la definición de procedimientos, las sanciones, el mantenimiento de los modelos, la sugerencia de nuevos enfoques y la coordinación de nuevas actividades.

#### 4. TEORIA DE SITUACIÓN

Se hizo popular durante los años 50. Sugerían estas teorías que los rasgos requeridos por un líder variaban en función de la efectividad del estilo de liderazgo se encuentran factores como la personalidad del líder, los requerimientos de actuación, las actitudes, necesidades y expectativas del líder y de sus seguidores, el grado de contacto interpersonal, las presiones de tiempo, el entorno físico, la estructura organizativa, la naturaleza de la organización, el desarrollo de la misma y la influencia del líder fuera del grupo. Una persona puede convertirse en líder en una situación dada y en seguidor en otra y viceversa al depender de la situación.

#### 5. TEORIA DE LA CONTINGENCIA

Durante los años 60, Fred Fiedler introdujo este modelo. Argumentó que un estilo de liderazgo podría ser efectivo o no dependiendo de la situación. Identificó tres aspectos de una situación que estructuran el rol del líder: 1) las relaciones líder-miembro; 2) la estructura de las tareas, 3) el poder de posición.

Las relaciones líder-miembro se refieren al grado de confianza y lealtad que los seguidores sienten hacia su líder. El liderazgo se evalúa por medio de una escala de atmósfera de grupo.

La estructura de tarea es alta si resulta fácil definir y medir una tarea. La estructura es baja si es difícil (la tarea y medir su progreso hacia su cumplimiento. Fiedler usó cuatro criterios para determinar el grado de estructura de tarea: 1) claridad de meta, 2) Saber quién es responsable de qué; 3) multiplicidad de las vías para alcanzar una meta y 4) especificidad de la solución.

El poder de posición se refiere a la autoridad inherente a un puesto, el poder conceder recompensas y aplicar castigos, y el apoyo de la organización a las propias decisiones.

El estilo de liderazgo más productivo depende de las variables situaciones. Este modelo es principalmente académico, en cuanto que no ha sido empleado en el desarrollo de dirección.

#### 6. TEORÍA DEL CAMINO HACIA LA META

Robert J. House derivó la teoría del camino hacia la meta a partir de la teoría de la expectativa, la cual define que las personas actúan como lo hacen porque esperan que su comportamiento les produzca resultados satisfactorios. El líder facilita el cumplimiento de la tarea, minimizando las obstrucciones hacia las metas y recompensando a sus seguidores por la terminación de las tareas. El líder ayuda a sus subordinados a evaluar sus necesidades, estudia las alternativas, les ayuda a buscar las decisiones más beneficiosas, recompensa al personal y proporciona oportunidades adicionales.

House señaló que los líderes que estructuraban las actividades a sus subordinados tenían por lo general grupos de trabajo más productivos y con mejores evaluaciones de su rendimiento. La estructura incluye la planificación, la organización, la dirección y el control. La actividad estructurada incrementa la motivación, reduciendo la ambigüedad del rol. Además los líderes considerados consiguen que sus trabajadores se encuentren más satisfechos, crean un ambiente amistoso, cálido y de apoyo buscando el bienestar de sus subordinados.

La teoría del camino hacia la meta introdujo a los subordinados de la plantilla como una variable más.

### 7. TEORÍA DEL LIDERAZGO SITUACIONAL

Esta teoría predice el estilo de liderazgo más apropiado a partir del nivel de madurez de los seguidores. Paul Hersey y Kenneth H. Blanchard ilustran esta teoría en un modelo de 4 cuadrantes, y en su base se representa con una línea el grado de madurez.

El mejor estilo de liderazgo para cada nivel de madurez se muestra a través de una línea curvilínea en los cuatro cuadrantes y para determinar el estilo más apropiado debe hallarse primero el nivel de madurez del grupo o individuo.

Cuanto mayor sea la madurez, menos será la necesidad de estructura y apoyo emocional, y cuando el nivel de madurez esté por debajo de la media el estilo estará orientado hacia la tarea y poco a la relación.

Esta teoría de liderazgo situacional pone así el énfasis en la importancia del nivel de madurez del grupo, y el líder necesita adaptar los estilos de liderazgo de acuerdo con ese nivel.

### 8. LIDERAZGO DE TRANSFORMACIÓN

Los líderes de transacción organizan grupos en torno a sus metas personales y consideran que los otros están motivados por metas personales. Suelen emplear una política de coacción y recompensas. Los líderes de transformación motivan a las otras personas a través de los valores, la visión y la delegación del poder.

Bass ha descrito a los líderes de transformación en términos de carismas, de liderazgo de inspiración, de consideración individualizada y de estímulo intelectual.

Bennis y Nanus indican que los líderes hacen lo correcto, mientras que los directivos hacen las cosas correctamente. Los líderes se centran en la efectividad, mientras que los directivos ponen el acento en la eficiencia.

### 9. MODELO DE LIDERAZGO INTEGRANTE

Dentro de la revisión de las teorías de liderazgo, obviamente no se encuentra un estilo de liderazgo que sobresalga entre todas las demás. Rara vez los líderes están orientados totalmente hacia las personas o hacia las tareas. El líder, los seguidores o la situación son factores que influyen en la efectividad del liderazgo. Los líderes necesitan ser conscientes de su propio comportamiento y de su influencia sobre los otros, de las diferencias indivi-

duales que se dan entre sus seguidores, de las características del grupo, de la motivación, de las estructuras de tarea, de los factores ambientales y de las variables situacionales, y ajustar su estilo de liderazgo de acuerdo a estos aspectos. El comportamiento de liderazgo requiere adaptabilidad.

## ESTILOS DE LIDERAZGO

El estilo es definido como una forma de actuación o característica. Con estilo el fin es alcanzado sin problemas secundarios (Follet).

Por lo tanto, el estilo implica una elegancia y una economía de esfuerzo que deberían ser buscadas por cada gestora profesional.

Los investigadores han identificado los cuatro estilos siguientes de liderazgo: Autocrático, democrático, participativo y “dejar hacer”.

El estilo Autocrático es aquel en que el jefe orientado predominantemente hacia las tareas emplea su poder personal y de posición de manera autoritaria, reteniendo la responsabilidad sobre todos los objetivos marcados y toma de decisiones, y motivando a los subordinados a través de elogios, sanciones y recompensas.

El estilo de mando Democrático es aquel en el que el jefe valora las características y aptitudes individuales de cada subordinada. El jefe democrático usa el poder personal y de posición para recoger ideas de las empleadas y motivar a los miembros del grupo de trabajo a establecer sus propias metas, desarrollar sus propios planes y controlar sus propias actuaciones.

El estilo de liderazgo participativo es un compromiso entre los estilos de liderazgo autocrático y democrático. En el liderazgo participativo el director presenta sus propios análisis de problemas y propuestas de actuación a los miembros del grupo de trabajo, invitándolas a realizar críticas y comentarios. Después de haber sopesado las respuestas de los subordinados a sus propuestas, el director toma la decisión final sobre las acciones que hay que realizar por el grupo.

El estilo de liderazgo de Dejar Hacer o “dejar en paz”, es aquel en el que el gestor renuncia a su responsabilidad de mando, dejando a los trabajadores sin dirección, supervisión, ni coordinación, y forzándolas a planificar, ejecutar y evaluar su trabajo de manera que ellas crean más adecuada.

La claridad de las relaciones de poder y autoridad que caracteriza el liderazgo autocrático facilita la rápida toma de decisiones y una eficiente organización del trabajo. Por eso es eficaz el estilo autoritario en situaciones de crisis.

Los estudios de Lewin, Lipper y White han demostrado que los grupos producen una mayor cantidad de trabajo con un liderazgo autocrático, pero mejor calidad de trabajo si el liderazgo es democrático. Los estudios de Wroon han demostrado que el liderazgo participativo tiene unos efectos más positivos en empleados con gran necesidad de independencia y con fuertes valores autoritarios. El estilo de liderazgo participativo es preferible cuando la implicación de los empleados en la planificación es necesaria para vencer la resistencia e incrementar la motivación.



A medida que las instituciones sanitarias aumentan en complejidad y los profesionales están cada vez más especializados, los gestores se verán forzados a renunciar al liderazgo autoritario y a cambiarlo por el participativo.

El liderazgo democrático mejora a menudo la moral de los empleados a costa de una disminución en su productividad.

Las investigaciones recientes indican que cada estilo de liderazgo es eficaz en ciertos tipos de situaciones, pero ineficaz en otros. Los factores que determinan el mejor estilo de liderazgo para una situación concreta incluyen la dificultad y complejidad de las funciones asignadas; cantidad de tiempo disponible para la consecución de la tarea, tamaño del grupo de trabajo: pautas de comunicación del grupo, antecedentes de formación y experiencia de los empleados; necesidades de independencia, información y logros de los subordinados, y personalidad y experiencia del líder.

## LA COMUNICACIÓN

Todas las funciones de los directivos implican comunicación.

La comunicación es el proceso de desarrollar mensajes y enviarlos a un público concreto. Se logra cuando el mensaje que el emisor quiere transmitir llega al receptor deseado, se entiende y causa una acción. Es el proceso de intercambio de información con el fin de conseguir un objetivo. Información y Comunicación son diferentes: la primera es unidireccional; la segunda supone la interacción entre el emisor y el receptor.

## PROCESO DE LA COMUNICACIÓN

A fin de que la comunicación tenga lugar, no sólo hay que transmitir un mensaje, es necesario que éste se reciba y tenga para el receptor el mismo significado que para el transmisor.

El proceso de la comunicación es el siguiente:

1. El Emisor es el conformador del mensaje. Decide qué información hay que suministrar, a quién hay que enviársela y qué objetivo se pretende alcanzar. El propósito de la comunicación puede ser el de informar, convencer, mandar, inquirir o entretener.
2. La Codificación, es el proceso mediante el cual la información se transforma en símbolos, imágenes, lenguaje y formas utilizadas para transmitirla, (hablados, escritos o no verbales).
3. El Mensaje es el conjunto de símbolos transmitidos por el emisor.
4. El Canal o medio es el soporte elegido para hacer llegar el mensaje al receptor. La transmisión del mensaje debe ser capaz de superar las interferencias, tales como la distorsión asociada a aparatos grabadores, el ruido y la escritura ilegible.
5. La Decodificación es la forma en que el receptor recibe el mensaje, la aplicación de un significado a los símbolos emitidos por el emisor. El receptor define las palabras e interpreta los gestos durante la transmisión del discurso. Los mensajes escritos permiten más tiempo para la decodificación. Los símbolos están sujetos a una interpretación basada en los prejuicios personales, culturales y profesionales de cada uno,

por lo que pueden no tener el mismo significado para el emisor que para el receptor.

6. El Receptor es el público a quien se destina el mensaje.
7. La Respuesta es la conducta desarrollada por el receptor tras recibir el
8. La Retroalimentación es la parte de la respuesta del receptor comunicada al emisor. También es aquello que el emisor aprende del resultado de la comunicación del mensaje. Es el cierre del proceso comunicativo y permite evaluar la eficacia de la comunicación.

## SISTEMAS DE COMUNICACIÓN

Existen diversos canales de comunicación. El sistema de cadena es rápido y eficaz para problemas sencillos. La persona situada en el medio de la cadena se constituye como líder, la posición de liderazgo es estable. El líder emerge en la localización del punto central más alto, que en la Y lo constituye la horquilla y en el círculo su centro. Ambos sistemas proporcionan una vía rápida y fiable de resolución de problemas. El líder está satisfecho y menos los miembros periféricos. La rueda es una estructura eficiente de comunicación para problemas sencillos.

La estructura circular es lenta e inexacta, carece de liderazgo, sin embargo la moral es alta y posee una flexibilidad considerable para la resolución de problemas

Cuando tienen libertad, los grupos tienden a evolucionar hacia una estructura de red con todos los canales abiertos para los problemas más complejos, volviendo a estructura de rueda para problemas sencillos.

## COMUNICACIÓN EN SENTIDO DESCENDENTE

La línea tradicional de acción es la que sigue un sentido descendente desde la dirección a través de los distintos niveles de dirección. Esta comunicación es directiva y ayuda a coordinar las actividades de los distintos niveles de jerarquía por medio de la comunicación a los subordinados de lo que deben hacer y proporcionando la información necesaria para conseguir las metas de la organización. Incluye la enseñanza oral y escrita, la formación y cualquier otra información necesaria para incluir en los comportamientos y aptitudes de los subordinados.

Entre las formas más comunes de comunicaciones en sentido descendente se encuentran los manuales del trabajador, las hojas de descripción laboral, las entrevistas de evaluación del rendimiento, los sistemas de megafonía, las cartas, las memorias, los carteles, tableros de anuncios, los mostradores de información, los rumores y los sindicatos.

Este tipo de comunicación contribuye a generar una mayor insatisfacción laboral en los subordinados.

## COMUNICACIÓN EN SENTIDO ASCENDENTE

Las nuevas técnicas de dirección defienden la delegación de autoridad y una implicación más personal en la toma de decisiones, creando así una necesidad de establecer una comunicación en sentido ascendente más perfecta. Este tipo de comunicación proporciona

un medio de motivación y satisfacción personal permitiendo la participación del empleado. Al ascender el contenido se va depurando y permite que el conocimiento del subordinado sobre soluciones de problemas sean utilizadas, para ello deben sentirse libres para comunicar en sentido ascendente la información solicitada y la que no se les solicita. Los medios comunes empleados en este tipo de comunicación son las discusiones cara a cara, las políticas de puertas abiertas, las reuniones con la plantilla, las agrupaciones de fuerzas para la realización de tareas, los informes escritos, las evaluaciones de actuación, los buzones de sugerencias, los informadores, los rumores, los sindicatos y la dirección participativa, consultiva y democrática en general.

### COMUNICACIÓN LATERAL

La comunicación lateral u horizontal, se establece entre departamentos o personal del mismo nivel dentro de la jerarquía de una organización y se usa con frecuencia para la coordinación de actividades. Los comités, las conferencias y las reuniones son con frecuencia empleados para facilitar la comunicación horizontal.

### COMUNICACIÓN DIAGONAL

Se produce entre individuos o departamentos que no se encuentran en el mismo nivel de jerarquía. De naturaleza informal y frecuentemente usada entre grupos de plantilla, funciones lineales y constituye otra forma de comunicación multidireccional, común cuando las comunicaciones suelen fluir en todas las direcciones al mismo tiempo.

### EL RUMOR

Los métodos de comunicación informales coexisten con los canales formales y reciben el nombre de rumores. La comunicación informal es con frecuencia rápida y está sujeta a una considerable distorsión.

El rumor transmite la información de un modo más rápido que los canales formales debido a que utiliza como vías de transmisión a grupos integrados por tres o cuatro individuos al mismo tiempo. La información se extiende a través del rumor con más velocidad cuando esta es reciente afecta al trabajo personal e implica a personas conocidas.

Mediante este sistema la información se distorsiona por un variado número de razones. La información del rumor suele venir fragmentada e incompleta y algunas personas aprovechan esta oportunidad para liberar sus sentimientos de autoestima, compensando así sus sentimientos de inseguridad, aunque para ello tengan que distorsionar el mensaje.

Los directivos pueden aprender mucho escuchando los rumores y pueden remediar las distorsiones a través del uso de los canales informales para transmitir información correcta.

### LOS OBSTACULOS A LA COMUNICACIÓN

En toda comunicación pueden aparecer unos factores que alteren parte del contenido del mensaje y que dificulten la consecución de los objetivos. Las dos circunstancias que modifican el poder comunicativo del mensaje más importantes son el ruido y la ambigüedad.

- El ruido es la perturbación del proceso comunicador que interfiere con los efectos buscados. Puede ser :
  - El ruido mecánico ocasionado por deficiencias técnicas del transmisor, del canal o del receptor o por interferencias de sus funciones.
  - El ruido de comunicación causado por los defectos en el mensaje, Las imperfecciones del mensaje pueden darse en los significantes (elementos materiales expresivos), en los contenidos informativos (significados) o en el uso del código (diferencias morfológicas o sintácticas).
- La ambigüedad: es la incapacidad de los significantes (elementos materiales expresivos) del mensaje de transmitir con exactitud los contenidos ( significados) del mismo.
- La sobrecarga de información es un tercer factor que debe tenerse en cuenta.

Puede dar lugar a siete tipos de reacciones: Dejar de advertir la información; incurrir en errores; demorar las actuaciones; omitir, intensificar o ignorar parte de la información; generalizar las categorías de información; transferir la responsabilidad de la recepción de la información; y por último, evitar deliberadamente la información.

Estos tres elementos que obstaculizan la comunicación, deben contrarrestarse con objeto de restablecer y mantener la exactitud de los mensajes mediante mecanismos como:

- La redundancia. Repetir un mensaje de forma distinta por uno o varios canales.
- La verificación. Consiste en solicitar nueva información y compararla con la recibida previamente.
- La simplificación del proceso comunicativo. Se basa en eliminar intermediarios en el proceso de transmisión del mensaje.
- La sintonía. Es el factor de la comunicación interpersonal más importante dado que el receptor codifica y descodifica según sus experiencias.

En resumen el objetivo de un sistema de comunicación es el transmitir todo lo necesario, sólo lo necesario y en el tiempo óptimo.

## REQUISITOS DE LA COMUNICACIÓN

La comunicación para ser eficaz, tiene que cumplir unas condiciones:

- 1.- El público objetivo y la respuesta deben determinarse.
- 2.- El mensaje se debe codificar según la tendencia de descodificación del receptor.
- 3.- El mensaje debe transmitirse a través de los medios de comunicación que mejor alcancen los objetivos deseados.
- 4.- El emisor tiene que evaluar los efectos de la comunicación con el fin de conocer la reacción del público diana a sus mensajes.

## RESUMEN:

La principal actividad del gestor de los servicios de enfermería es comunicar información, ideas, opiniones, actitudes y sentimientos a otras personas con finalidades tan diver-

sas como facilitar el trabajo, aumentar la motivación, efectuar cambios, optimizar los cuidados, aumentar la satisfacción y facilitar la coordinación. Dado que la comunicación eficaz requiere tanto una correcta percepción como una interpretación clara de los mensajes emitidos, el gestor debe tener una gran capacidad para escuchar, así como una gran facilidad en la expresión hablada y escrita.

#### 4. FORMACIÓN DE PLANTILLA

La creación de la plantilla es otra de las funciones directivas. Una vez que se ha planificado y organizado, el directivo debe en ese momento formar una plantilla a través de la cual puedan alcanzarse las metas de la organización. El trabajo con la plantilla incluye la selección de personal y de sistemas de asignación, así como la determinación de calendarios de plantilla. Cuanto más exactos sean estos aspectos, mayores serán las posibilidades de contener costos y proporcionar una asistencia de calidad.

#### 5. CONTROL DE EVALUACIÓN

La evaluación es la última etapa de proceso administrativo. Implica el establecimiento de parámetros, la medición del rendimiento en relación con esos parámetros, la evaluación de los resultados y la adopción de medidas correctoras.

Los sistemas de control adecuados descubren las desviaciones, identifican quién es el responsable de las mismas y recomienda las correspondientes correcciones.

### 4. NORMALIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL: PROTOCOLOS

#### NORMALIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

Un proceso es una combinación de máquinas, herramientas, métodos, materiales y hombres para obtener productos o servicios de calidad deseada. El término en su definición genérica se refiere a una serie de acciones sistemáticas dirigidas al logro de un objetivo.

El control de calidad del proceso de atención médica se basa en comparar la asistencia prestada con un modelo, el protocolo o proceso médico asistencial normalizado, en el que se especifican las actividades necesarias para que con los recursos disponibles, la asistencia sea óptima.

La normalización y formalización de los procesos de trabajo son un mecanismo empleado por las organizaciones burocráticas para coordinar diferentes actividades pero no exento de repercusiones negativas cuando los procesos son de índole profesional.

#### NORMALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE TRABAJO

Las organizaciones hospitalarias pueden recurrir a varios mecanismos diferentes para coordinar sus actividades:

- Adaptación mutua. Se basa en la comunicación informal.
- Supervisión directa. Una jerarquía formal supervisa los procesos.
- Normalización de las habilidades y conocimientos del trabajador.

- Normalización de los procesos de trabajo. Los hospitales tienen gran número de reglas y normas que ordenan muchas de las actividades, pero no siempre están formalizadas.
- Normalización de los resultados. El hospital está sometido a control de rendimientos tanto externo como interno.

#### LA FORMALIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Es el parámetro de diseño mediante el cual se normalizan los procesos de trabajo de la organización. Se realiza de tres modos distintos:

- Formalización según el puesto. El trabajador recibe instrucciones de los pasos que debe dar en el trabajo, la secuencia en que debe darlos y cuando y dónde debe ejecutarlos.
- Formalización según el flujo de trabajo. Las características de comportamiento se introducen en el mismo trabajo.
- Formalización según las reglas. La organización insta reglas para todo tipo de situaciones (de puestos, de flujos de trabajo, y de trabajadores).

En las normas se especifica quién puede y no puede hacer una determinada cosa, cuando, donde, a quién y con permiso de quién. Suelen formularse por escrito y recopilarse en el manual de políticas, manual de normas y procedimientos, o manual de la organización.

#### UTILIDAD DE LA FORMALIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Las organizaciones emplean la formalización del comportamiento con el fin de reducir su variabilidad, con la intención de predecirlo y controlarlo. Entre los motivos para implantarla se encuentran:

- Es un mecanismo de gran utilidad cuando las tareas requieren una coordinación minuciosamente predeterminado. Algunas tareas hospitalarias que requieren un alto grado de formalización son los planes de emergencia, de catástrofes, de evaluación, de autoprotección y los programas de transplantes.
- Se considera que la formalización da consistencia a la producción de bienes o servicios. Las tareas se especializan horizontalmente, lográndose la repetición y después se formalizan para imponer los procedimientos más eficientes.
- Se utilizan con objeto de conseguir la imparcialidad ante los clientes y así se establecen reglas que protegen a los clientes y a los empleados.

#### REPERCUSIONES DE LA FORMALIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Sea cual fuere la formalización, las repercusiones sobre el individuo que desempeña el trabajo son las mismas: se ejerce un control del comportamiento.

Los procesos de trabajo están normalizados cuando su contenido queda especificado, es decir, programar. Los puestos más limitados y de menor cualificación son los susceptibles de un alto grado de formalización.

Una rígida normalización de procesos de trabajo sólo se puede implantar en empresas en las que el trabajo es rutinario, sencillo y reiterativo. Una empresa compleja como un hos-

pital debe tender a normalizar todo aquello que facilite el alcance de sus objetivos y tener presente que, ante situaciones imprevistas la adaptación mutua es el mejor sistema de coordinación.

### EL HOSPITAL: UNA ORGANIZACIÓN BUROCRÁTICA

Las organizaciones que se basan en la normalización del comportamiento como principal mecanismo de coordinación de denominan burocracias. En esta clase de organizaciones se han definido tres dimensiones:

- La especialización. Se ocupa de la división del trabajo dentro de la organización de distribuir las obligaciones entre un conjunto de puestos.
- La normalización. Está relacionada con los procedimientos, con acontecimientos que suceden con regularidad y legitimados por la organización.
- La formalización. Es la medida en que quedan escritas las reglas los procedimientos, las instrucciones y las comunicaciones.

De acuerdo con esta definición de burocracia, el hospital es una organización burocrática por cuanto está sometida a múltiples normas internas y externas reguladoras de su comportamiento y de los trabajadores y directivos.

### NORMALIZACIÓN Y FORMALIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

La formalización de los procesos en el medio hospitalario es necesaria si se pretende aumentar la cantidad de los servicios, y desde luego, si se quiere evaluar y controlar esta calidad.

El proceso asistencial es la serie completa de actuaciones que el cliente recibe desde el inicio de su contrato con el hospital hasta que se interrumpe dicha relación. Incorpora procesos de cuatro categorías: de asistencia médica, de enfermería, de hostelería y de naturaleza administrativa, que se corresponde con los procesos según la naturaleza del producto.

### PROCESOS DE ASISTENCIA MÉDICA

Comprenden los procesos generales de asistencia médica, los de diagnósticos y tratamiento, y los procesos de atención médica integrada.

- Los procesos generales de asistencia médica. Atienden a aspectos organizativos. No son, específicamente, procesos de asistencia médica, como la visita a los pacientes hospitalizados y en consulta externa, la elaboración de informes de alta o de petición de interconsulta.
- Los procesos de diagnóstico. Son las actuaciones escalonadas dirigidas a establecer los distintos procesos diagnósticos. (Por la imagen, el proceso diagnóstico propio de servicios centrales- Anatomía patológica, análisis cénicos, Laboratorios ).
- Los procesos de tratamiento. Contemplan aspectos organizativos y hacen referencia a tratamientos específicos con tecnología muy definida y diferenciada. (Radioterapia, citostáticos, el proceso quirúrgico).

- Los procesos de atención médica. Son los que definen los comportamientos adecuados de los médicos ante un paciente con un diagnóstico concreto. (Procesos oncológicos específicos, el I.A.M., la úlcera gastroduodenal, la TBC.)

#### PROCESOS DE ASISTENCIA DE ENFERMERIA

El proceso de asistencia de enfermería es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza la enfermera para proporcionar atención de enfermería al individuo, familia y la comunidad. Consta de 5 etapas: Recogida y selección de datos, diagnóstico de enfermería, planificación de cuidados, ejecución del plan y evaluación de resultados.

Los procesos de enfermería se clasifican en dos categorías: Interdependientes y diagnósticos de enfermería.

- Los procesos interdependientes de actuación de enfermería son aquellos procesos asistenciales que ejecuta el personal de enfermería por orden o como consecuencia de decisiones médicas. Deben de estar recogidas en el manual de técnicas de enfermería, donde se describe la actuación de las enfermeras ante la aplicación de las distintas técnicas terapéuticas y diagnósticas: Técnicas diagnósticas (preparación pruebas radiológicas y de laboratorio) , Técnicas de vigilancia (Constantes vitales) y Técnicas terapéuticas (administración de medicamentos, sondajes, nutrición parenteral y por S.N.G., curas, aspiraciones y drenajes, enemas).
- Los procesos de cuidados de enfermería son aquellos procesos asistenciales que las enfermeras llevan a cabo con autonomía. (Recepción del paciente en la Unidad, arreglo de la cama, la higiene diaria, los cuidados posturales y respiratorios, la prevención de úlceras por presión).

Los procesos de enfermería pueden clasificarse en otras categorías:

- Procedimientos generales. Enfocados a valorar la situación del usuario, facilitar su integración en el hospital y garantizar la continuidad de sus cuidados (el ingreso programado y urgente, el traslado a otro centro o unidad, el alta hospitalaria y el éxitus).
- Cuidados básicos. Atienden las necesidades básicas de los clientes hospitalizados. (la higiene y los cuidados de la piel, el arreglo de la cama, la alimentación, la movilización y el control de productos de desecho).
- Cuidados terapéuticos. Responde a las exigencias del diagnóstico y tratamiento. (Control de parámetros, cuidados respiratorios, los cateterismos, la administración de medicamentos, la recogida de muestras, los cuidados pre y postquirúrgicos, la prevención y el control de infecciones).

Estos procesos se normalizan atendiendo a estos epígrafes básicos:

1. Título: Breve enunciado de lo que se va a describir.
2. Definición: Descripción técnica y teórica del procedimiento, clara y sencilla.
3. Objetivos: Metas que se pretenden alcanzar con la realización del procedimiento.



4. Precauciones: Actuaciones a considerar antes de la realización.
5. Recursos: Enumeración del material (fungible, no fungible, inventariable)
6. Procedimiento. Criterios: Explicación secuencial de los pasos a seguir en el procedimiento, expresada en forma de criterios (Las acciones expresadas en infinitivo, y de forma que permitan su evaluación y medición). Atendiendo a la estructura general de:
  - Descripción de la preparación del material y del profesional de enfermería.
  - Descripción de la preparación necesaria del paciente para llevar a cabo el procedimiento.
  - Descripción del desarrollo de la técnica.
  - Registro del procedimiento en la documentación de enfermería.
7. Fecha: Nos marcará la conveniencia de revisión.
8. Bibliografía: Las fuentes documentales que han servido de base para la elaboración.
9. Autores: Grupo de expertos.

#### PROCESOS DE ASISTENCIA DE HOSTELERIA

Tienen una gran repercusión en la calidad asistencial recibida y hacen referencia a la ambientación de la habitación, la limpieza, la lencería y la comida.

#### PROCESOS DE ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

Son procesos hospitalarios de naturaleza administrativa, como el proceso de gestión de reclamaciones y sugerencias; de admisión; de programación de Consultas Externas; quirófanos y exploraciones; de traslado interno o externo.

Un análisis de los componentes del proceso de asistencia integrada, revela que, a excepción de los procesos de asistencia médica, el resto de los descritos se pueden normalizar y formalizar e incluir en el manual de la organización hospitalaria. Los profesionales hospitalarios, médicos y enfermeras, que poseen la autoridad y práctica profesional y conocen perfectamente las dificultades y problemas de la actividad que desarrollan, integradas en los diferentes grupos de trabajo para la calidad, pueden normalizar los procesos. La Dirección, una vez coordinados todos los procesos, sólo tiene que sancionarlos e incorporarlos al manual de la organización, con la seguridad de que, salvo excepciones, la mayoría de los trabajadores va a aceptar y cumplir las normas elaboradas por ellos mismos.

#### FORMALIZACIÓN DEL PROCESO CLÍNICO: LAS GUÍAS CLÍNICAS

La Guía Clínica es una consecuencia ordenada de conductas que se aplican a un enfermo con objeto de mejorar su curso clínico. Es un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos utilizables ante todo individuo con un determinado cuadro clínico o problema de salud.

Debido al aumento de la capacidad tecnológica, el trabajo protocolizado es una práctica cada vez más extendida en el trabajo asistencial, y que la generalización de protocolos se acompaña de una mejora de la calidad asistencial.

Una dificultad en la implantación de los protocolos es la creencia de que limitan la actuación del profesional. El protocolo tiene la suficiente flexibilidad para que el profesional lo adopte o modifique a fin de adecuarlo a las necesidades de un enfermo concreto.

Cuando se formula un protocolo, debe exigirse su cumplimiento ya que si no es así, su formulación carece de sentido y constituye una pérdida de tiempo considerable y un coste de calidad. Las condiciones necesarias para que se cumplan son que los elaboren los propios profesionales sanitarios y que existan los recursos necesarios para su ejecución.

Las bases para formular y utilizar los protocolos son un acuerdo previo de los profesionales sobre cuáles son los pasos mínimos que deben darse ante un problema determinado con objeto de prestar una asistencia sanitaria correcta y la asunción de los mismos por parte de la Dirección del centro. A fin de lograr la ejecución de los protocolos, estos deben ser difundidos, aceptados por los profesionales sanitarios, recibir los recursos necesarios y por último ser evaluados. Los protocolos no se llevan a cabo bien porque después de formularlos los profesionales no los aceptan bien porque la Dirección no los asume.

#### VENTAJAS DE LA UTILIZACIÓN DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

La formulación de los procesos médicos y de enfermería por los propios profesionales consigue:

- Producir un importante ahorro económico y de tiempo. Un requisito previo para implantarlos es su efectividad y eficacia.
- Donar a los profesionales de una normalización elegida por ellos mismos.
- Diseñar el proceso de trabajo a partir de diferentes niveles de habilidades y conocimientos.
- Diseñar un modelo de asistencia acordes con los recursos humanos y materiales disponibles, y revisable y adaptable cuando cambien los recursos.
- Asegurar que el proceso que se ejecuta tenga una semejanza y uniformidad con el prototipo diseñado.
- Normalizar las actuaciones, de modo que los profesionales sanitarios, en todo el hospital, actúen con los mismos criterios ante las mismas contingencias.
- Propiciar la labor de equipo al romper los esquemas de comportamiento individualista.
- Facilitar la autoevaluación y la evaluación de la calidad.
- Garantizar la calidad de todos los servicios prestados.
- Propiciar la transparencia de la información de unos profesionales a otros.
- Facilitar la práctica profesional.
- Adaptar mejor al profesional de nueva incorporación.
- Mejorar la formación del profesional postgraduado.
- Permitir a los médicos el aprendizaje de la patología y el seguimiento de la enfermedad.
- Ofrecer a las enfermeras mayor participación en el seguimiento y valoración de las enfermedades por estar los pasos pautados.
- Posibilitar un mayor desarrollo de las tareas del personal de enfermería dándoles mayor contenido científico.

- Evitar la incertidumbre en el proceso asistencial al incorporar en el protocolo módulos referidos al ciclo completo de la asistencia hospitalaria.
- Paliar tres hechos constatados: los profesionales no mantienen el mismo grado de calidad en todas sus actuaciones, la práctica y los conocimientos puede declinar con la edad y con el paso del tiempo, los conocimientos profesionales sanitarios se vuelven obsoletos si no se actualizan.

A todos estos motivos hay que sumar que estas acciones, enmarcadas en una gestión inspirada por los principios de calidad total, contribuyen a que los profesionales sanitarios se identifiquen con la organización, ya que esta utiliza procesos asistenciales, de organización y administrativos, en cuyo diseño los trabajadores han participado de una forma real, efectiva y satisfactoria.

#### PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

Adoptar la filosofía de la calidad total conlleva la puesta en práctica de un conjunto de actividades dirigidas a que las organizaciones participen en el proceso de mejora continua de la calidad.

Dentro del mundo sanitario, uno de los principales pilares en que se sustenta este concepto es la gestión y mejora de los procesos asistenciales. A través de esta metodología de trabajo podemos analizar de formas sistemática la secuencia de actividades realizadas, los recursos que se emplean y las personas que intervienen en los mismos.

Es evidente que cualquier decisión tomada por un profesional respecto a su paciente tiene un reflejo inmediato en los costes de la asistencia y en los estándares de calidad de la misma. De ahí que sea tan importante identificar en qué enfermos y en qué circunstancias clínicas se pueden obtener los mejores resultados asistenciales y con una relación coste-efectividad más adecuada para el sistema sanitario.

Fue a principios de los 90 cuando para hacer frente a la amplia variabilidad existente en los procedimientos diagnósticos y en los recursos sanitarios que se empleaban para afrontar las diferentes entidades patológicas, comienzan a establecerse directrices para orientar al profesional y al paciente en la toma de decisiones. Estas directrices fueron recogidas en las denominadas Guías de Actuación Clínica (GAC). Estas guías se han elaborado con el objeto de reducir la variabilidad en la práctica clínica y para que todos los profesionales dispongan de una herramienta que les ayude a la toma de decisiones basadas en la evidencia científica.

La Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana editó en el año 2.002 las Guías de Actuación Clínica de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana.

A medida que las enfermeras han ido ganando en experiencia en la investigación y el uso del proceso de enfermería, han empezado a elaborar planes de cuidados estandarizados que sirven como guía para identificar los resultados del paciente y las actividades de enfermería en ciertas situaciones. En general estos planes de cuidado estandarizados identifican los problemas habituales que suelen acompañar a un diagnóstico dado.

Todos los planes de cuidados mencionados pueden ser instrumentos valiosos a fin de establecer un plan de cuidados de enfermería individualizado e integral, que describa claramente las evaluaciones del paciente y las actividades de enfermería pertinentes. Sin embargo, debe asegurarse de utilizar estos planes estandarizados de acuerdo con el propósito para el que han sido confeccionados. Han de servir como guía, no como puntal. Si se emplean correctamente, estas guías sugeridas de planes de cuidados pueden proporcionar a la enfermera una información inicial básica para emprender el proceso de planificación de cuidados. El uso de estos planes de cuidado estandarizados facilita el trabajo inicial de planificación., lo que a su vez permite a la enfermera dedique su tiempo y energía creadora a elaborar un plan de cuidados individualizado. Conviene que analice cuidadosamente los planes sugeridos para determinar qué aspectos de los mismos son adecuados para un paciente en concreto .Los planes de cuidados estandarizados deberían ser siempre utilizados como punto de partida, nunca como conclusión.

Las enfermeras aprecian este tipo de planes de cuidados porque disminuyen las repeticiones que comporta escribir planes de cuidados individualizados, ayudan a las profesionales poco experimentadas a aprender sobre el cuidado del paciente y a las más experimentadas les recuerda los aspectos de los cuidados que pueden haber olvidado

Hay importantes diferencias de opinión en enfermería respecto a los planes estandarizados e individualizados. Los oponentes de la estandarización arguyen que está es igual a la despersonalización en la prestación de cuidados. Sus defensores argumentan que la estandarización es eficiente porque limita el tiempo de la planificación de cuidados sin sacrificar la calidad y que refuerza el control de calidad.

La estandarización es más eficaz en ciertas áreas de la planificación de cuidados que en otras: los problemas, prioridades y actividades normalmente pueden estandarizarse, pero los criterios de resultado, momento de las actividades y criterios del alta requieren una cantidad significativa de individualización.

Cualquier plan de cuidados sólo es bueno (y beneficioso para el paciente) en la medida en que lo es la enfermera que lo pone en práctica prestando cuidados.

Relacionado con los cuidados estandarizados se encuentra el coste sanitario.

La enfermera es un instrumento para asegurar tanto la calidad de los cuidados, como el éxito económico del hospital. Algunas de las formas como la enfermera puede mantener la calidad de la atención e incluso afectar espectacularmente el presupuesto del hospital incluyen:

- Planificación de los cuidados. La enfermera debe ser capaz de priorizar y administrar cuidados que se correlacionen realísticamente con la estancia proyectada, lo que significa establecer y seguir un plan de cuidados explicitado. La planificación de los cuidados proporciona los medios esenciales para determinar los objetivos y resultados deseados de los cuidados prestados. Sólo de esta manera la atención puede gestionarse de modo eficaz y eficiente.
- Planificación anticipada del alta. La enfermera debe verse implicada en el proceso de planificación del alta desde el momento del ingreso del paciente, siempre que esto sea posible. Iniciando pronto el proceso, la enfermera puede ayudar a asegurar los ade-

cuados cuidados posthospitalarios. Por ejemplo, puede remarcar la educación sanitaria del paciente y la familia, potenciar las habilidades de autocuidado y hacer los arreglos necesarios para que reciba cuidados continuados después del alta.

- Educación sanitaria del paciente. La educación sanitaria del paciente y familia es un elemento clave en la prevención de reingresos. También se aumenta la percepción del paciente de recibir una atención de calidad cuando la enfermera fomenta el autocuidado y le enseña cómo hacer frente posthospitalariamente a los problemas de salud.
- Registros. Una documentación exacta promueve la comunicación entre los profesionales de la salud aumentando los beneficios de la hospitalización mientras reduce la estancia. Los registros también son cruciales para asignar el reembolso adecuado por los servicios.
- Control de calidad. Este elemento obligatorio debe incluir estándares específicos e enfermería y el control de su seguimiento.

La enfermera debe concienciarse del impacto de los nuevos sistemas económicos en el nivel profesional de enfermería, y de la repercusión de su trabajo en la viabilidad económica del hospital. Ahora puede calcularse y facturarse por separado el coste de los servicios de enfermería, basándose en el uso que de ellos hacen los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Mompert, M.P.: Administración de servicios de enfermería. Masson, S.A, Barcelona, 2003.
- Lopez Montesinos, M.J.: Administrar en enfermería, hoy. Servicio de publicaciones, Universidad de Murcia, 1998.
- Temes, J.L.: Gestión Hospitalaria. McGRAW-HILL. Interamericana, Madrid, 2002.
- Lamata, F.: Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Díaz de Santos, Madrid, 1998.
- Maciá Soler, L.; Lagna, A.: Contenidos asignatura "Administración de servicios de enfermería". E.U.E. Alicante 2.007.
- "Los Sistemas sanitarios, comentarios acerca de su organización". Muñoz Machado, Andres. FISS 1983.
- "Gestión de Servicios de Enfermería." Una aproximación a los sistemas. Dee Ann Guillies.1993
- "Administración y liderazgo en enfermería." Marriner Tomey Ann Ed. Mosby.5ª edición 1996..
- Mochon Morcillo, Francisco. "Economía básica". Ed. McGraw Hill, 1991.
- Dirección y Liderazgo en enfermería. E. La Mónica.Ed,. Mosby – Doyma.
- Figueras. J., Musgrove. P.: Retos para los Sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?.Gaceta Sanitaria. V.16n.1. Barcelona 2002
- Manual de procedimientos de enfermería. Servicio Valenciano de Salud 1991.
- Guía de actuación de enfermería: manual de procedimientos. Generalitat Valenciana, 2003.
- Guías de actuación clínica: atención primaria de la Comunidad Valenciana. Generalitat Valenciana, 2002.
- Holloway, Nancy M. Planes de cuidados de enfermería medico-quirúrgica. Doyma, 1990.
- Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería. Doyma, 1988.
- Carpenito, J. L. Planes de cuidados y documentación de enfermería.



## **TEMA 4**

LA CALIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO.  
LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA





## 1.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD SANITARIA

En 1948 la OMS cambia la concepción del término salud como la ausencia de enfermedad, pasando desde entonces al estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. Esta dimensión del concepto se traduce de inmediato en un cambio en la forma de trabajar de la enfermería que, a partir de entonces, se centra cada vez más en el paciente y no tanto en las técnicas.

La aplicación del PA (proceso de enfermería) es, quizás, el mayor avance en cuanto a la mejora de la calidad de los servicios enfermeros al incluir, su última etapa de evaluación, la medición de los resultados obtenidos, siempre en relación con los objetos marcados en la etapa de planificación.

Según la propuesta de Donabedian (1966) es dividir la atención sanitaria en tres elementos, estructura, proceso y resultado ha sido universalmente aceptada y se ha convertido en un modelo de uso común en las actividades de evaluación. La aplicación de los métodos científicos al estudio de la calidad de los servicios permite obtener unos parámetros comunes a todos los profesionales, continúan vigentes en la actualidad.

Es difícil encontrar una definición de calidad de la atención sanitaria que satisfaga a todos los protagonistas del sistema, y esto es porque cada uno de ellos centra su atención en esta o aquella dimensión de la calidad, minimizando otros aspectos. Para resaltar esta idea se presenta la siguiente figura que representa la visión de Vuori, con ligeras modificaciones. *Figura 1.*

DIMENSIONES DE LA CALIDAD	USUARIOS	PROFESIONALES SANITARIOS	ADMINISTRACION
EFFECTIVIDAD			
EFICIENCIA			
ACCESIBILIDAD			
COMPETENCIA PROFESIONAL			

Figura 1



De no interés para el protagonista al que se refiere



De poco interés.



De moderado interés.



De mucho interés

En España las primeras experiencias de control de calidad surgen en la década de los ochenta en Cataluña. La ley general de sanidad permite la creación de un sistema de acreditaciones que autoriza como docentes a los centros que cumplan los requisitos establecidos.

Ejemplos de los mismos nos referimos por ejemplo al proyecto comac que tiene como objetivo la comparación entre las diferentes estrategias que, en diferentes campos de la salud, se emplean para mejorar la calidad de la atención.

Es de especial mención, por la participación de personal de enfermería los proyectos Ibérico Comac y Contrato Programa; el primero (Proyecto ibérico) comienza en España y Portugal y trata de evaluar la calidad en atención primaria, el proyecto comac que tiene como objetivo la comparación entre las diferentes estrategias que, en diferentes campos de la salud, se emplean para mejorar la calidad de la atención; y el contrato Programa es una nueva forma de gestión, que comienza en 1993 en el Insalud, se ha extendido a la totalidad de las comunidades autónomas. La autoridad autonómica pertinente, pacta con cada centro unos servicios determinados por un volumen de dinero. En este acuerdo final se fijan unos objetivos de calidad concretos y medibles.

Son muchas las propuestas para interpretar lo que sería un servicio sanitario de calidad aunque Donabedian, estableció un marco conceptual según el cual el análisis habría que realizarlo contemplando los tres aspectos (estructura, proceso, y los resultados), dependiendo del esquema que sigamos podemos hablar de determinadas características atributos, dimensiones de la calidad. Figura II.

## 2.- LA CALIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO

La evaluación y control de la calidad de las prestaciones y de los servicios sanitarios despierta cada vez mayor interés en la mayoría de los países desarrollados; y este interés es compartido no solo por los profesionales sanitarios sino también por los administradores y responsables de la política sanitaria, así como por los propios usuarios del sistema, la población general.

Entre los motivos de este creciente interés en la evaluación y control de calidad destacan razones profesionales, políticas y sociales. El afán por mejorar su práctica y competencia mediante la identificación y corrección de sus deficiencias ha hecho que los profesionales sanitarios impulsen y participen en actividades de control de calidad, convirtiéndose en pioneros de este movimiento por la mejora de la calidad de servicios y prestaciones sanitarias.

Determinados sectores empresariales, prueban desde hace décadas, métodos de control de calidad que les permitan elaborar productos cada vez más competitivos al menor coste posible. Estos métodos tratan de extrapolarse al campo de la salud con toda la complejidad que ello conlleva, pues si ya es una tarea complicada definir la calidad con respecto a un objeto preciso, mucho más lo es si hablamos de la atención sanitaria, en la que la opinión del gestor, del profesional y del paciente no son siempre coincidentes.

La gestión de la calidad es un aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de la calidad. O dicho de otra manera, es la acción, el arte o la manera de mane-

jar, controlar o dirigir la totalidad de los medios por los cuales logramos la calidad que nos permitirá:

- Satisfacer las necesidades de nuestros clientes.
- La satisfacción del personal de la empresa.
- Ser competitivos.

La gestión de la calidad conlleva seguir una serie de pasos a seguir:

#### PLANIFICAR

- Determinar objetivos:

Si no se fijan políticas no se pueden establecer objetivos. La determinación de las políticas corresponde a la alta gerencia, aunque esto no significa que los directores de departamento o los jefes de unidad no puedan tener políticas. Todo el que tenga una arte de responsabilidad debe tener sus propias políticas, enmarcadas y coincidentes con las políticas de rango superior. Determinada en una política los objetivos se hacen evidentes por si mismo. Estos objetivos deben:

- Expresarse en términos medibles.
- Tener un plazo de cumplimiento muy claro y definido.
- Fijarse con base en problemas que la organización desee resolver.

- Determinar métodos para alcanzar los objetivos; normalización del trabajo

Esta normalización es fundamental la participación de quien tiene que aplicar lo normalizado. Sin ello se llega al fracaso.

#### HACER

- Dar formación y capacitación.

El ser humano es bueno por naturaleza. Si se le forma, puede convertirse en una persona confiable en quien se puede delegar autoridad. Si uno no confía en su personal sino que impone controles estrictos e inspecciones frecuentes, no puede ser un buen gerente.

- Realizar el trabajo.

Las normas y los reglamentos siempre son inadecuados y aunque se cumplan estrictamente habrá defectos. La experiencia y la destreza son los factores que compensan la imperfección de las normas debe ser lo suficientemente flexible para que permita la actualización de las mismas cuando sea necesario.

#### VERIFICAR

- Verificar los efectos de la realización.

Lo más importantes en la gerencia es el principio de excepción. Si las cosas se desarrollan de acuerdo con los objetivos y las normas fijadas, entonces se debe dejar que sigan así. Pero si surgen hechos inesperados o situaciones que se apartan de lo normal, el gerente deberá intervenir. El objeto de verificar es descubrir tales excepciones.

- Verificar las causas:

Verificar si todos los factores causales están bajo control Superviores de Dirección, Supervisores de Área, Supervisores de Planta, etc.

- Verificar por medio de los efectos:

Si los efectos varían ampliamente, aun cuando una misma persona utilice los mismos materiales y equipos y aplique el mismo método los efectos seguirán variando.

#### ACTUAR

- Tomar la acción apropiada.

La revisión de los efectos para encontrar excepciones o situaciones extrañas no sirve en si a los intereses la organización. Es necesario encontrar los factores causales de las excepciones y tomar las acciones apropiadas.

GESTION DE LA CALIDAD = GESTION DE EMPRESA

### 3.- PROPIEDADES DE LA CALIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO

- A.- Motivos del interés de la calidad.
- B.- Tipos de calidad.
- C.- Forma de asegurar la calidad.
- D.- Concepto de calidad.
- E.- Objetivos.
- F.- Tipos de satisfacción.
- G.- Atributos.
- H.- Medición de la calidad.
- I.- Garantía, enfoques y criterios de calidad.

#### A.- Motivos del interés por la calidad de sistema sanitario

Incremento de los costes sanitarios, lo que hace que obligan a asegurar que estos cumplan criterios de eficacia y eficiencia.

Desarrollo del conocimiento y de la tecnología.

Utilización de fondos públicos, y como cliente lo sabe demanda que la asistencia sea de efectiva y de calidad.

Aspectos Eticos-legales, como la ley de sanidad.

#### B.-Tipos de calidad

Calidad realizada.

Calidad necesaria.

Calidad programada.

#### C.- Forma de asegurar la calidad

Definiéndola, para que todos los sectores lo entiendan y utilicen de igual manera.

Midiendo y controlando.

Garantizando unos medios que la posibiliten en todas las condiciones.

Con una mejora continua.

#### **D.- Concepto Calidad**

No es un concepto simple, si no que esta formada por muchos conceptos diferentes, cubriendo, cada concepto, da aspecto, o atributo de la calidad.

No hay una simple medida de la calidad que abarque todos los aspectos, pro eso existen estudios centrados en uno solo.

#### **E.- Objetivo**

Fundamental de un sistema de garantía de calidad será el de hacer más efectiva la asistencia sanitaria, mejorando el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a la asistencia sanitaria.

El sistema de garantía de calidad implica tener un sistema organizado para valorar la calidad.

Asistencia sanitaria y nivel de salud: implica a todos los niveles de asistencia y a todos los que trabajan en ella. El nivel de salud no solo es responsabilidad de la asistencia sanitaria y ésta deberá centrarse en aquellos parámetros susceptibles de mejora por ella.

#### **F.- Tipos de satisfacción que se busca con la calidad**

Satisfacción con la asistencia.

Satisfacción con los resultados.

Satisfacción de los profesionales.

Satisfacción de los clientes.

#### **G.- Atributos de la calidad**

Efectividad o poder de un determinado procedimiento para mejorar el nivel de salud.

Eficiencia: prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos.

Accesibilidad: la facilidad con que se puede obtener la asistencia sanitaria.

Aceptabilidad: grado de satisfacción de los clientes con la asistencia sanitaria.

Competencia profesional: capacidad, elaciones o funcionamiento.

#### **H.- Medición de la calidad**

La calidad se mide en la efectividad (resultados), la aceptabilidad (satisfacción) y accesibilidad (impacto sobre la población) pudiendo medirse de las siguientes formas:

Directa: cuando los cambios en el nivel de salud observados con objetivos y pueden comprobarse.

Indirecta: cuando se aborda la medida en cuestiones que influyen o condicionan la obtención de salud.

#### **I.- La garantía de la calidad**

No es solo detectar los errores, No es represión.

No es una investigación, es una búsqueda de la solución.

No es un objetivo de la administración, es un objetivo de todas las profesiones.

Relajándose comparando con protocolos y procedimientos.

Sobre los resultados, en lo que se evalúa las consecuencias de la actividad, realizada por instituciones profesionales, en grupo o individualmente. Se observan 3 áreas (rendimiento/indicadores; Situación/opinión del cliente; Costes producidos)

Indicador: se define como la característica, parámetro o situación de la asistencia sanitaria enfermera que reviste la suficiente importancia como para ser determinante de esa calidad.

Estándar: se define el nivel deseable que se quiere o debe alcanzar de calidad.

Criterios de calidad es una condición presente en una situación claramente definida y Medible con precisión, que informa de grado de calidad obtenido. Sus características son Valido, Pertinente, Medible, Objetivo, Específico, Practico, Sensible, Económico.

#### 4.- LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

Para medir las dimensiones de la calidad de los servicios de enfermería y aunque existen matices que hacen que la enumeración de las dimensiones o elementos de la calidad y su importancia relativa no sean exactamente coincidentes según los distintos autores o instituciones, existe un consenso en considerar las siguientes:

##### EFICACIA

Se define como el grado de consecución de los objetivos propuestos sin tener en cuenta el coste empleado. Un procedimiento, programa, servicio. Será eficaz cuando cumpla objetivo para el que ha sido diseñado. Lo que valoramos en este caso es lo adecuado del procedimiento que se presta.

##### EFFECTIVIDAD

Es la medida en que una determinada práctica o atención sanitaria mejora el estado de salud del individuo o de la población concreta que es atendida. Este elemento de la definición resalta que el objeto del sistema de atención de salud no es solo generar servicios sino mejorar la salud de la población. Aunque efectividad y eficacia son términos relacionados, deben ser empelados de una manera apropiada.

##### EFICIENCIA

Se identifica con la provisión de un nivel determinado de calidad al menor coste posible, o a la consecución del más alto nivel de calidad posible con una cantidad de recursos fija y predeterminada. Relaciona los resultados de un servicio con los costes de producción.

Para que una prestación sanitaria sea de calidad se requiere que los recursos no sean malgastados. Una provisión excesiva de servicios sanitarios no esta asociada con una buena calidad.

## SATISFACCIÓN

Se refiere a la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptados por los propios pacientes y por la población.

Al hablar de satisfacción, nos podemos referir a dos aspectos bien diferenciados, la satisfacción de los usuarios que algunos autores denomina aceptabilidad y la satisfacción de los propios profesionales.

La satisfacción de los profesionales tiene que ver con cuestiones organizativas laborales, retributivas, de relación.

## COMPETENCIA PROFESIONAL

Este es el término que emplea Palmer para referirse a la capacidad de utilización por parte de los profesionales del más avanzado nivel de conocimiento existente para producir salud y satisfacción en la población atendida. Implica la capacidad profesional de coordinación de juicios, habilidades y conocimientos para la aplicación de los procedimientos más apropiados.

## ACCESIBILIDAD

Se refiere a la posibilidad real de disponer del personal o del servicio que se precise en cualquier momento en el que se precise. Un servicio sanitario tendría una elevada accesibilidad si durante 24 horas al día, los 365 días del año, pudiesen acceder a él los usuarios.

## CONTINUIDAD

Hace referencia al seguimiento de las necesidades sanitarias del individuo o la población. Es una característica propia de la Atención Primaria que, entre otras funciones, cumple con la misión de prestar servicios sanitarios de forma interrumpida a la población.

## PATICIPACIÓN

Indica el nivel que se implica a los mismos usuarios en el cuidado de su salud.

## ACEPTABILIDAD

Es una característica que nos indicaría el nivel de aprobación que tiene la atención sanitaria que se presta. Algunos autores denomina a esta característica como "satisfacción del usuario" observando que no tiene por que estar relacionada directamente con la calidad técnica de los servicios ofrecidos.

## EQUIDAD

Esta característica hace referencia a la capacidad del sistema sanitario de ofrecer al ciudadano o conjunto de ellos, una atención según sus propias necesidades. Este es un concepto cercano al de justicia e igualdad, que pretende volcar el máximo de sus recursos aquellos individuos o grupos poblacionales que, por diferentes circunstancias mas puedan necesitarlo.

## NIVEL CIENTÍFICO – TÉCNICO

Tiene una doble vertiente. Por un lado podemos considerar la calidad de las propias instalaciones en donde se presta la atención sanitaria y por otro el nivel de conocimientos de los profesionales que la aplican, que debe estar regulado académicamente.

Vuori, siguiendo la línea iniciada por la OMS 1981, emplea el término calidad científico-técnica, que identifica como el nivel de aplicación a la atención sanitaria de los avances disponibles tanto en el campo tecnológico como del conocimiento médico.

Shaw 1986 se refiere a esta dimensión con el término idoneidad, que se da cuando el servicio o procedimiento que se emplea es el que la población o el individuo necesita en ese momento.

Conceptos	H VUORI	DONABEDIAN
Accesibilidad		
Efectividad	X	X
Eficiencia	X	X
Eficacia		X
Aceptabilidad		X
Equidad		X
Nivel científico	X	
Satisfacción.	X	
Participación	X	
Continuidad	X	
Adecuación	X	

Figura II

## LA CALIDAD MÁXIMA, EFICIENTE ÓPTIMA Y LÓGICA

Calidad máxima: equivale a la asistencia basada en la eficacia, con independencia del coste que suponga.

Calidad Eficiente: persigue el equilibrio entre el coste y la calidad, es decir, que el gasto del tratamiento más eficiente no supere el valor del grado de salud obtenida.

Calidad Lógica: se relaciona con su información, su relevancia, uso y coste. La realización de pruebas diagnósticas que aportan muy poco y que no se traducen en cambios en la actitud terapéutica, origina un aumento de costes y de riesgos y un detrimento de la calidad; para ello existen dos parámetros.

- 1.- Suficiencia: valora hasta que punto se ha hecho todo lo necesario para una buena asistencia.  $\text{N}^\circ \text{ de actuaciones necesarias realizadas} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ Total de actuaciones necesarias}$ .
- 2.- Eficiencia: Hace referencia al uso adecuado de la información, e indica hasta que punto se han evitado las actuaciones innecesarias.  $\text{. N}^\circ \text{ de actuaciones necesarias que se han realizado} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ total de actuaciones que se han realizado}$ .

### Las calidades de la calidad:

Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario.



**CALIDAD DEMANDADA:** es la calidad que pide el cliente.

**CALIDAD DISEÑADA:** es la calidad que se considera necesaria, la calidad que se planifica en la estrategia del sistema sanitario, determinándose los criterios y las especificaciones que debe cumplir un servicio concreto.

**CALIDAD REALIZADA:** es la adecuación de la actuación de los profesionales a dichos criterios y especificaciones, en el momento de realizar el servicio.

## 5.- MÉTODOS DE EVALUACIÓN, CONTROL Y GARANTÍA DE CALIDAD

Son tres conceptos distintos e interrelacionados:

**Evaluación de la calidad;** Es la medida de la calidad. Al igual que cualquier método evaluativo, identifica problemas y los dimensiona al comparar los efectos con las previsiones, emite un juicio y propone acciones para su corrección.

**Garantía de Calidad,** es la medida de la calidad y la corrección de las deficiencias observadas mediante propuestas concretas, seguidas de una nueva medición de la calidad para determinar si las deficiencias se han corregido. El primer paso de la garantía de calidad es la evaluación y su objetivo mejorar la calidad de la asistencia.

**Control de la calidad,** es la comprobación continua del cumplimiento de estándares preestablecidos. No juzga el nivel de la calidad ni, por consiguiente identifica problemas diferentes a los relacionados con los estándares cuyo cumplimiento controla.

La LGS 14/1986, de 25 de abril, dice en referencia a la calidad:

- “Todos los hospitales deberán posibilitar o facilitar a las unidades de control de calidad externo el cumplimiento de sus cometidos. Asimismo, establecerán los mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidad asistencial”.
- “La administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de la calidad asistencial, oídas las sociedades Científicas sanitarias”.
- “La evolución compara la situación real del centro, con los estándares previamente fijados, y, dependiendo de quién las realice, pueden ser internas, realizadas por la propia institución sanitaria o externas, realizadas por organismos ajenos al centro.”

### 5.-1 MÉTODOS EXTERNOS, ACREDITACIÓN Y AUDITORIAS

La evaluación externa se realiza por expertos ajenos a la institución. El centro a valorar esta obligado, por la ley general de sanidad a facilitar a las unidades de control de calidad externo el cumplimiento de sus cometidos.

Las acreditaciones son procesos de verificación externa a los que se someten voluntariamente los centros. Se realizan por órganos independientes que poseen criterios y estándares prefijados, y que otorgan, en el caso de que el resultado se ajuste al baremo, la certificación correspondiente durante un determinado periodo de tiempo, pasado el cual habrá que volver a solicitarlo.

La acreditación se solicita básicamente con objetivos asistenciales o docentes. La acreditación asistencial presupone un reconocimiento, público y profesional, de que los servicios sanitarios que se prestan en esa institución son de calidad. Mientras que la acreditación docente reconoce la capacidad para la enseñanza del centro evaluado.

## 6.- NORMAS DE CALIDAD SISTEMAS DE CALIDAD Y CERTIFICACION EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

Conjunto de acciones planificadas implantadas dentro del sistema de la calidad y demostrables si es necesario para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio cumplirá los requisitos para la calidad.

Anteriormente deberíamos entender concretos de Normalización, certificación autorización y acreditación.

**NORMALIZACIÓN:** Es toda actividad que aporta soluciones para aplicaciones repetitivas que se desarrollan, fundamentalmente, en el ámbito de la ciencia, la tecnología y la economía, con el fin de conseguir una ordenación óptima en un determinado contexto.

**AUTORIZACIÓN:** Es el hecho que supone el caso en que hay un reconocimiento de una institución, persona jurídico o actividad en el sentido de que reúne una serie de características de tipo administrativo de carácter obligatorio ante un organismo o autoridad gubernamental según una norma que esta regulada por una ley, secreto, orden o reglamento. Es un requisito obligatorio para ejercer una actividad determinada

**CERTIFICACIÓN:** Es la determinación independiente de la conformidad de un producto, proceso o servicio, respecto de una cierta norma, reglamentaria o profesional. Es la acción llevada a cabo por una entidad reconocida como independiente de las partes interesadas, manifestando que se dispone de la confianza adecuada de que un producto, proceso o servicio, debidamente identificado es conforme con una norma específica u otro documento normativo.

AENOR organismo nacional autorizado por el ministerio de industria para desarrollar tareas de certificación.

En la terminología de calidad y certificación nos encontramos con Calidad Total, EFQM, ISO 9000.

**CALIDAD TOTAL:** La filosofía en la que se busca la excelencia en los resultados de las organizaciones.

**EFQM:** Organización que se ha dedicado a "tangibilizar" los principios de la calidad total para que sean aplicables a las organizaciones. Para ello ha desarrollado un modelo de gestión de la calidad total o Excelencia.

El Modelo EFQM de Excelencia es una herramienta práctica de auto evaluación que facilita un diagnóstico sistemático en todas las áreas de la organización a partir del cual es posible elaborar un plan de mejora y que posibilita una comparativa ("benchmarking") sobre bases homogéneas.

**ISO 9000 NORMA ISO 9001**, Es un método de trabajo, que se considera tan bueno, Que es el mejor para mejorar la calidad y satisfacción de cara al consumidor. La versión actual, es del año 2000 ISO 9001, que ha sido adoptada como modelo a seguir para obtener

ner la certificación de calidad. Y es a lo que tiende, y debe de aspirar toda empresa competitiva, que quiera permanecer y sobrevivir en el exigente mercado actual.

Estos principios básicos de la gestión de la calidad, son reglas de carácter social encaminadas a mejorar la marcha y funcionamiento de una organización mediante la mejora de sus relaciones internas. Estas normas, han de combinarse con los principios técnicos para conseguir una mejora de la satisfacción del consumido.

La finalidad de las normas ISO es la coordinación de las normas nacionales, en consonancia con el Acta Final de la Organización Mundial del comercio que los propósitos de facilitar el comercio, intercambio de información y contribuir a la transferencia de tecnología.

La organización ISO esta compuesta por tres tipos de miembros:

- Miembros Natos, uno por país, recayendo la representación en el organismo nacional más representativo.
- Miembros correspondientes, de los organismos de países en vías de desarrollo y que todavía no poseen un comité nacional de normalización. No toman parte activa en el proceso de normalización pero están puntualmente informados acerca de los trabajos que les interesen.
- Miembros suscritos, países con reducidas economías a los que se les exige el pago de tasas menores que a los correspondientes.

La finalidad principal de las normas ISO es orientar, coordinar, simplificar y unificar los usos para conseguir menores costes y efectividad.

Las normas pueden ser cuantitativas (normas de dimensión, por Ej. Las DIN\_A etc) y cualitativas (las de cualidad, etc)

## 7.- COMISIONES CLINICAS Y COMITES ASESORES

Las comisiones clínicas son unas de las herramientas de las gestiones. Constituida por un grupo de profesionales expertos que aportan sus conocimientos para establecer los criterios necesarios para aplicar la evidencia científica existente.

Funcionamiento de las Comisiones Clínicas.

- Establecer indicadores, criterios y estándares.
- Especificar las líneas necesarias para el control y mejora de la calidad en la asistencia.
- Realizar protocolos y recomendaciones clínicas.
- Detectar y jerarquizar los problemas.
- Realizar el seguimiento de los aspectos más importantes y destacados de la atención sanitaria.
- Proponer recomendaciones.
- Realizar el seguimiento de las medidas propuestas.
- Incluir a las unidades asistenciales en los estudios de evaluación.

- Proponer auditorias.
- Dar a conocer entre los profesionales del centro los resultados que puedan ser destacados para mejorar la calidad de su trabajo.
- Colaborar con la formación continua.
- Realizar memoria anual de las actividades realizadas.

Fundamentos básicos de las Unidades Clínicas de Gestión.

Las unidades de gestión clínica deben disponer de una cartera de servicios, que es el conjunto de prestaciones que van a ofertar a la sociedad y a la administración y cartera de clientes, que son los usuarios potenciales que pueden ser atendidos en dicha unidad.

La orientación al proceso asistencial mediante:

- La protocolización de los procesos asistenciales basados en la mejor evidencia científica existente en la actualidad.
- La atención integral.
- Sistemas de información basado en el “conjunto mínimo Básico de datos” (CMBD).
- La clasificación de pacientes “Grupos relacionados de Diagnósticos” (GRD).

#### 7.1.- GESTIÓN DE LA CALIDAD,

##### DECRETO 74/2007 DE 18 DE MAYO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Las actuaciones de los profesionales de los centros sanitarios en cada departamento de salud se orientaran a la mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales.

La gestión de la mejora de la calidad deberá contemplar entre otras las siguientes herramientas:

- Guías y vías de prácticas clínica y asistencial para la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica, protocolos de actuación y derivación que disminuyan la variabilidad en la práctica clínica.
- Normas de calidad y seguridad para los centros y servicios sanitarios con el objetivo de garantizar la seguridad en la atención sanitaria.
- Sistemas de información que aporten indicadores que permitan, medir comparar y evaluar la calidad de los centros y servicios sanitarios de forma homologada.

En cada departamento se constituirán una Comisión de calidad que dependerá del gerente del departamento cuyas funciones principales son:

- Asesorar a la gerencia del departamento en materia de calidad.
- Apoyar y evaluar todas las acciones relativas a la mejora de la calidad tanto asistencial como de la gestión y administración de los servicios y unidades.
- Coordinar los grupos de mejora de la calidad establecidos en los centros.
- Elaborar informes periódicos sobre la situación de la calidad.

Se adjunta el decreto 47/3007 de 18 de mayo en donde se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria de la comunidad valenciana.

## BIBLIOGRAFÍA

- Técnica Avanzadas de Marketing y Planificación Sanitaria, ediciones Doyma 1991
- Mira JJ. La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados. *Todo Hospital*. 2006;224:90-97.
- Donabedian A, Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de la Atención. *Salud Pública de México*. Enero-Febrero 1993. Volumen 35. Número 1.
- Camarena M.L. El proceso de calidad en los Servicios de Salud, Sistema Nacional de Salud de México 1996.
- Torres O., Cavero N., Estrada M., Miranda P. Satisfacción del usuario en la atención ambulatoria del Hospital de Apoyo N° 1 - Cusco. *Revista Universitaria* No 136. Cusco Diciembre 1996
- Corella JM. *La Gestión de Servicios de Salud*. Díaz de Santos. Madrid, 1996.
- Corbella A, Saturno P. La garantía de calidad en Atención Primaria. Ministerio de sanidad Comunitaria Madrid 1993
- Vuori HV . El control de calidad en los servicios sanitarios. *Conceptos y metodología* Editorial Masson, 1998
- Norma ISO 9001:2000. *Sistemas de Gestión de la Calidad, Requisitos*
- Decreto 47/2007 de 18 de Mayo del Consell, por el que se regula el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la comunidad valenciana.
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*2000;114(Supl 3):26-33.
- Rodríguez-Legido Cl. La medida de la satisfacción con la atención en salud: Andalucía 1984-1992. *Gac Sanit* 1995;9: 311-5
- Vuori H. Patient satisfaction-An attribute or indicator of the quality of care? *QRB* 1987;March:106-8.
- Blanco Prieto, Antonio, "Atención al cliente", Pirámide (ISBN: 978-84-368-2088-1)
- Rodríguez P, García J (Eds.) *Calidad en la atención sanitaria. Conceptos teóricos y\*\* aplicaciones prácticas*. MSD, Madrid 2001.
- Rodríguez-Marín J, Mira JJ. La organización sanitaria y su influencia en la calidad. En: Aranaz J, Vitaller J (Eds) *La Calidad: un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria*. Estudios para la salud. EVES, Generalitat Valenciana. Valencia 2002 (2ª edición).
- Saturno J, Gascón JJ, Parra P (Eds.) *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Tomo I, II y III. Du Pont Pharma, Madrid 1997.



## **TEMA 5**

INVESTIGACIÓN Y SUS MÉTODOS. TÉCNICAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS.  
FUENTES DE DATOS DOCUMENTALES.  
CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMAS DE INVESTIGACION EN ENFERMERÍA

*Cesar Rico Beltrán  
Manuela Domingo Pozo*





## INTRODUCCIÓN

A lo largo del presente capítulo, desarrollaremos de manera didáctica las distintas formas y métodos de investigación. Pero resultaría difícilmente entendible hablar de los distintos modos de investigar, sin dejar clara previamente la idea de lo que es investigar.

Investigar, es un proceso de indagación sistemática que tiene como finalidad la búsqueda de respuestas. La aportación de la ciencia a la investigación y que hace que esta adquiera el calificativo de investigación científica, es el método. Cuando una investigación indaga mediante el método científico esta se convierte en científica. Así pues, lo que hace que una investigación sea científica, no es el tema que se esté investigando ni la pregunta a la que se trate de dar respuesta sino el método que se utilice. Dicho esto, la cuestión para poder decir si una investigación es científica o no es comprobar si ha empleado el método científico.

El método científico, se sustenta sobre dos supuestos previos de los fenómenos naturales:

1. La realidad: Es objetiva, independiente de que sea o no observada o descubierta por el hombre. Así mismo la naturaleza es ordenada y regular.
2. El determinismo: Todos los fenómenos naturales están determinados es decir se pueden identificar relaciones de causa efecto

En síntesis, el método científico consta de: observación, hipótesis, predicción, verificación y replicación

Observación: Al contemplar la naturaleza se detectan enigmas o problemas para los que se busca respuesta.

Hipótesis: Tras la observación analítica de la naturaleza, se elabora una explicación provisional que describa de la manera más simple posible el objeto de estudio.

Predicción: A partir de la hipótesis, se realizan predicciones de lo que se tendría que encontrar bajo determinadas condiciones.

Verificación: Se somete a prueba la hipótesis para tratar de demostrar que es falsa para acabar confirmando o desechando la hipótesis.

Replicación: Se han de dejar lo suficientemente claras las condiciones en las que se realizó el estudio para que puedan ser repetidas por otros investigadores.

Para la realización del método científico, se alternan o combinan dos formas de pensamiento el inductivo y el deductivo:

Pensamiento inductivo: Trata de llegar a afirmaciones generales desde observaciones particulares.

Pensamiento deductivo: Parte de afirmaciones generales para explicar observaciones particulares.

La característica básica del conocimiento científico es que la provisionalidad de sus afirmaciones, es decir toda afirmación se mantendrá como cierta siempre que no se encuentren nuevas pruebas que indiquen lo contrario.

Dentro la corriente filosófica del pensamiento positivista, el conocimiento científico se sustenta en grandes teorías que dan explicación a lo observable, Kuhn denomina a este periodo ciencia normal, pero llega un momento que las teorías vigentes no son capaces de explicar las observaciones. En este momento se entra en un proceso de crisis en el que se deben de formular nuevas teorías que lleguen a nuevas explicaciones. Cada vez que se cambia de teoría, se reinterpreta la realidad y por tanto los conocimientos adquiridos desde la teoría anterior se consideran equivocados y hay que generar nuevos conocimientos. Este modo de entender el conocimiento científico, sólo es aplicable desde el modelo positivista y en las ciencias experimentales, ya que en las ciencias sociales el periodo de ciencia normal no existe como tal y por tanto varias teorías conviven simultáneamente.

## PARADIGMAS DE LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

La aproximación científica a la realidad ha dado lugar a desarrollo de múltiples enfoques teóricos y paradigmas de la investigación.

Por paradigma se entiende el conjunto de creencias y actitudes, la visión del mundo que comparten un grupo de científicos y que les lleva a realizar su investigación con unas características peculiares. Cada uno de ellos refleja un cuerpo de conocimientos y un posicionamiento teórico-filosófico en el que se apoyan las investigaciones.

Según Pérez Serrano (1994) clasifica los paradigmas de investigación en:

1. Paradigma racionalista cuantitativo: se basa en la teoría positivista del conocimiento. Busca hechos o causas con independencia del estado subjetivo de los individuos. Defiende que el conocimiento científico obedece a principios metodológicos únicos. La suposición ontológica de los positivistas es que existe una realidad allá afuera que puede ser estudiada y conocida.
2. Paradigma naturalista cualitativo: surge como alternativa al paradigma racionalista, originado por la constatación de que en las disciplinas del ámbito social existen diferentes problemáticas, cuestiones y restricciones que no se pueden explicar ni comprender en toda su extensión sin tener en cuenta la propia experiencia del individuo. Este paradigma recibe el nombre también de fenomenológico o constructivista. La realidad no es una entidad fija, más bien es una construcción de los individuos, la realidad existe dentro de un contexto y son posibles muchos constructor.
3. Modelo socio-crítico o racionalidad emancipadora: el supuesto básico en el que se sustenta este paradigma es en que la investigación no es neutral.

Lincoln y Guba (2000) proponen una clasificación alternativa de los paradigmas de investigación, en las que usan como criterios las posiciones ontológicas, epistemológicas y metodológicas en relación al conocimiento. Identifican 5 paradigmas de investigación: positivismo, postpositivismo, teoría crítica, constructivismo y paradigma participativo.

Es importante distinguir en la investigación científica que significa enfoque teórico metodológico, métodos y técnicas.

Enfoque teórico-metodológico: es el cuerpo teórico o teoría del conocimiento que se dota al investigador para la aproximación general al estudio de un concepto. Designa el modo en el que se definen los problemas y se buscan las respuestas con unos fines definidos.

El método se refiere a los caminos y formas específicas en que se pautan y describe el acercamiento al objeto. Engloba todos los aspectos operativos y las actividades que posibilitan el acercamiento del fenómeno a estudio.

Las técnicas de recogida de información son los procedimientos de producción de la información que el investigador utiliza para obtener los datos del estudio. Las técnicas cualitativas por excelencia son la entrevista, la observación y el análisis documental.

En la actualidad, dentro de las disciplinas socio – sanitarias existe un debate intenso respecto de la metodología más adecuada de investigación. En este debate, existen dos posiciones claramente diferenciadas:

Metodología cuantitativa: Realizan diseños experimentales y cuasi experimentales, utilizan encuestas, cuestionarios estandarizados, registros estructurados de observación y técnicas estadísticas de análisis de los datos.

Metodología cualitativa: incluyen la teoría fundamentada en la realidad, la fenomenología, la investigación histórica, investigación acción, las historias de vidas.

Diversos autores, clarifican la distinción entre estudio cuantitativos y cualitativos. Entre ellos cabe destacar:

Straus (1987) los estudios cuantitativos se centran en la relación entre variables cuantificadas y los cualitativos se centran en contextos estructurales y situacionales.

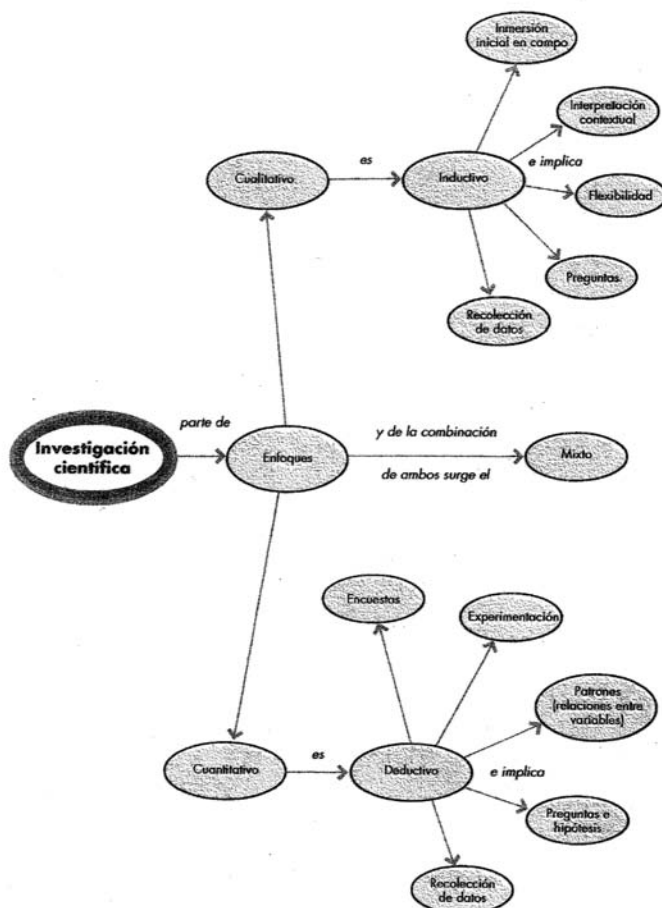
Abdellah y Levine (1994) La investigación cuantitativa, es aquella que recoge y analiza datos cuantitativos sobre variables y la investigación cualitativa, evita la cuantificación, es una investigación sin medición en su lugar, hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados.

Entrado en este punto nos encontramos con la disyuntiva acerca de cual es el método que debemos emplear en la investigación o si existen criterios para evaluar cual es mejor la tabla nos resume las características de cada uno de los métodos. No obstante, lo conveniente es que los investigadores encaren los problemas de investigación con la prioridad de adecuar los métodos a los problemas y no viceversa lo que implica un gran esfuerzo formativo por parte de los mismos y una falta de filiación a técnicas de investigación paradigmas o modas.

## CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

CARACTERÍSTICAS	INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA	INVESTIGACIÓN CUALITATIVA
Origen filosófico	Positivismo lógico	Naturalismo interpretativo humanista
Centro de atención	Conciso objetivo reduccionista	Extenso subjetivo holístico
Razonamiento base del conocimiento	Lógico deductivo relaciones causa efecto	Dialéctico inductivo significado descubrimiento y comprensión
Foco teórico	Teoría de los test	Teoría del desarrollo

La controversia y los enfrentamientos entre ambos métodos de investigación con el paso del tiempo se han ido suavizando y en la actualidad se habla del empleo combinado de ambos métodos para tratar de corregir los sesgos propios de cada método. Esto se ha realizado bien de manera secuencial investigando primero con un método y después con el otro o bien buscando la convergencia entre ambos es lo que se denomina triangulación. Esta se caracteriza por ser una investigación muy útil cuando se exploren campos nuevos en los que no se conocen cuales vana ser los factores que interviene y de que manera se relacionan, en este caso la ausencia de una regla de oro para medir la realidad no existe. Su característica principal es que se centra en saber en que punto los resultados obtenidos con mas de un método confluyen (entonces entienden que están midiendo lo mismo) o divergen (están midiendo realidades distintas).



En la investigación cualitativa la intención es penetrar profundamente en la complejidad del hecho social a investigar y trabajar con pocos casos para profundizar el significado del objeto en estudio. Comprender la realidad a través de métodos y técnicas que producen datos narrativos.

En la investigación cuantitativa se busca la explicación causal del hecho y que los resultados tengan validez estadística para un universo mayor. Se utilizan técnicas que permiten la medición de las dimensiones de un fenómeno y el establecimiento de relaciones causales.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### Tipos de estudios

El diseño de la investigación es una fase imprescindible para obtener respuestas válidas a las cuestiones de investigación planteadas o las hipótesis formuladas. El diseño es un conjunto de directivas asociadas al tipo de estudio elegido.

La elección del tipo de estudio viene delimitada por el problema o pregunta de investigación y del nivel de conocimientos del campo de estudio a investigar.

En la tabla 1 podemos observar cuál ha de ser nuestra elección dependiendo de la cuestión esencial de investigación.

Marjory Gordon estableció una clasificación de los estudios de investigación en enfermería:

- Estudios de identificación.
- Estudios de depuración.
- Estudios epidemiológicos.
- Estudios de proceso diagnóstico.
- Estudios de diagnósticos de proceso y resultados.
- Estudios de la ética del diagnóstico y tratamiento.

Tabla 1

Nivel	Cuestión esencial	Base de los conocimientos	Finalidad	Características del diseño	Métodos	Análisis
I	¿Qué? ¿Quién? ¿Cuál es? ¿Cuáles son los factores, las percepciones?	Campo de estudio con escasa base teórica o conceptual	Reconocer Denominar Descubrir Describir	Exploración de factores: exploratorio, de formulación, descriptivo.	Métodos cualitativos o cuantitativos o mixtos	Análisis de contenido. Análisis descriptivos.
II	¿Existen relaciones entre los factores?	Escritos variados en el campo de estudio elegido. Variables determinadas. Marco conceptual.	Describir las variables y las relaciones descubiertas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptivo.</li> <li>• Descriptivo-correlacional</li> <li>• Encuesta.</li> <li>• Estudio de casos.</li> </ul>	Métodos cuantitativos, cualitativos o ambos.	Análisis descriptivo. Enumeración. Descripción. Comparación. Búsqueda de relaciones entre los factores.
III	¿Qué sucede si existe tal relación?	Estudios que permiten suponer una relación entre variables. Marco teórico.	Explicar la fuerza y la dirección de las relaciones.	Verificación de hipótesis de asociación entre variables: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Correlacional</li> <li>• Predictivo</li> </ul>	Métodos cuantitativos. Fiabilidad y validez de los instrumentos de medida.	Análisis de correlación o de asociación.
IV	¿Por qué? ¿Qué sucede si se aplica tal tratamiento?	Numerosos estudios en el campo de estudio. Marco teórico.	Predecir una relación causal. Explicar Controlar	Verificación de hipótesis causales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experimental.</li> <li>• Cuasi-experimental.</li> </ul>	Métodos cuantitativos. Fiabilidad y validez de los instrumentos de medida.	Diferencia entre los grupos, los conjuntos. Verificación de la teoría.

## MÉTODO CUALITATIVO

Decidir el método: tipos de métodos cualitativos:

El enfoque de la investigación cualitativa, se basa en una visión del mundo que parte de los siguientes posicionamientos:

1. No existe una realidad única
2. La realidad se basa en percepciones, por tanto es diferente para cada persona y cambia con el tiempo.
3. Aquello que conocemos tiene significado solamente en una situación o contexto dado.

Cada tipo de investigación cualitativa, está enmarcado en una corriente filosófica particular. Por tanto la filosofía dirige las preguntas que deben ser contestadas, las observaciones que deben realizarse y el método que debe emplearse en la utilización de los datos.

Los datos de las investigaciones cualitativas, son subjetivos e incorporan las percepciones y creencias del investigador y de los participantes. Son muy útiles para entender los significados del fenómeno a estudio aunque difícilmente son generalizables.

El tipo de método cualitativo que se elija está íntimamente relacionado con el tipo de estudio y por supuesto con el tipo de análisis de datos. Se pueden clasificar los métodos cualitativos en tres métodos básicos:

- a) Métodos etnográficos o naturalistas, también llamados descriptivos. Se caracterizan por la participación del investigador en la vida cotidiana de la gente para saber como actúan y se comportan en determinadas situaciones. Cuando el método utilizado en la investigación es muy poco interpretativo y lo que pretende es revelar fielmente los significados de las personas estudiadas o de sus discursos se habla de métodos de corte etnográfico. Estas investigaciones tratan de responder al que está sucediendo y cómo.
- b) Métodos interpretativistas: se basan en la idea filosófica de que entender la acción humana es siempre interpretar y que es en el encuentro dialógico entre los actores y el investigador donde éste puede desarrollar o verificar teoría a través de la interpretación que hace de los significados de los actores. Dentro de los métodos interpretativos resaltamos, la teoría fundamentada (Grounded Theory) † genera teoría inductivamente a partir de datos, surge del análisis de contenido de los datos. La inducción analítica ‡ trata de verificar una teoría previa con el contenido de los datos y los estudios que realizan análisis de discurso tanto los de orientación sociolingüística (el discurso se entiende como lenguaje en uso y se interpreta a través de la estructura interna, gramatical y lingüística) como los que realizan análisis sociológico del discurso (que entienden el lenguaje como práctica y producción social e interpretan y reconstruyen las entidades sociales a partir del significado y usos del lenguaje)
- c) Métodos participativos: los supuestos básicos de estos métodos son que las personas construyen la realidad en la que viven. El conocimiento científico (de los investigadores) y el conocimiento no formal (de los investigados) se articulan para llevar a cabo la acción y transformación social. La investigación y la acción se realizan simultáneamente.

amente y son los actores los que marcan la continuidad de la investigación y las acciones.

A continuación describimos los posicionamientos metodológicos cualitativos más importantes o usados en enfermería:

### **INVESTIGACIÓN FENOMENOLÓGICA:**

La fenomenología parte de la idea de que los hechos no son realidades independientes de nosotros.

El nacimiento de la fenomenología está basado en la refutación de la corriente más extendida en el final del siglo XIX y principios de XX, el psicologismo. Según esta teoría la fundamentación de las ciencias (sobre todo de las matemáticas) era una cuestión de la psicología, se esperaba que un mejor conocimiento del funcionamiento de la mente humana y en última instancia del cerebro humano, nos iba a dar la clave de los conceptos matemáticos y de los conceptos lógicos por lo tanto nos ayudaría a comprender lo más peculiar del ser humano. Se pensaba que las matemáticas y la lógica eran consecuencia del modo en el que estaba construido el cerebro humano, de manera que otro cerebro tendría otra lógica y otra matemática sometida a principios distintos.

Husserl (Padre de la fenomenología) refuta radicalmente esta opinión sobre todo reivindicando la imposibilidad de pensar los principios matemáticos y lógicos como reducibles a hechos psicológicos, probando por tanto, la autonomía de la esfera matemática y lógica; ya que el sentido mismo de las verdades matemáticas y lógicas es el de ser independientes de la construcción de nuestro cerebro o del funcionamiento de nuestra mente. La argumentación principal de Husserl es mostrar que cualquier intento de explicación psicologista es una forma solapada de relativismo que lleva al escepticismo, en sus formas más extremas, en aquellas que se basarían en una afirmación que es en sí misma contradictoria "no hay ninguna verdad pensando que esa proposición misma es verdad".

La intencionalidad de la conciencia. La característica primera de los actos de la conciencia (de las vivencias) es que se refieren a algo, que siempre son una conciencia-de, si tomamos cualquier palabra que designe actos de nuestra vida, en que está implicada una vivencia (ver, oír, decir, pensar, amar, querer...) siempre implican un sentido, un objeto algo a lo que se refieren, que tienen o encierran una intención. Nosotros no podemos tener algo si no es a través de una conciencia, de una vivencia, de una experiencia. Cada objeto, cada esfera tiene su peculiaridad, su modo de darse y su evidencia y es un error básico el tratar unos objetos con el modo de darse de otros.

"El sujeto de la ciencia, de la razón, de la verdad no es el ser humano sometido a los azares históricos, sino el yo trascendental, la conciencia trascendental. Un acto no es algo dado o completo desde el principio, sino que es un momento de un movimiento mucho más amplio que en última instancia es la vida misma del ser humano. Ejemplo si en este momento me detengo a ver la hoja, es porque previamente he decidido entrar en una actividad concreta que implica este acto. Mas si he decidido iniciar esta actividad, por ejemplo corre-



gir unas pruebas, es porque quiero publicar un artículo, y eso se debe a que estoy desarrollando un proyecto de investigación, lo que a su vez se debe a que es parte de mi profesión, la que yo he decidido por una serie de motivos...

La actitud natural es la unidad global de la vida o de un momento de ella en la que tomamos por referencia un mundo concreto o determinado. Podemos desarrollar otras muchas actitudes referentes a distintos mundos del individuo, la actitud comerciante es la que ve las cosas como posibles objetos de venta o la actitud artística es la que las ve como posibles objetos de inspiración estética.

### **INVESTIGACIÓN A PARTIR DE LA TEORÍA FUNDAMENTADA**

Los orígenes de la teoría fundamentada se encuentran a principios del siglo XX en la escuela de sociología de Chicago y en el desarrollo del interaccionismo simbólico que comprendía que son las personas las que actúan en la sociedad y por tanto son actores sociales que están en un proceso continuo de dar forma a su entorno. Este enfoque contrastaba con el del funcionalismo que dominaba en la sociología de la época que entendía que era la sociedad la que actuaba sobre el individuo. El interaccionismo, se desarrolla como una perspectiva que se preocupa por la creación, mantenimiento y transformación del significado. La esencia del interaccionismo se define en tres premisas:

1. Los seres humanos actúan ante las cosas basándose en el significado que tienen estas para ellos.
2. Las cosas no tienen un significado por si mismas, el significado de las cosas emerge de la relación social que se tiene con los otros.
3. Los significados se usan y transforman por medio de los procesos interpretativos que la persona emplea a medida que se enfrenta a distintas situaciones.

Glaser y Strauss desarrollaron la teoría fundamentada en 1967 (en estudios sobre el cuidado a moribundos) como un método de investigación que provenía del interaccionismo simbólico y como un método para derivar sistemáticamente teorías sobre el comportamiento humano y el mundo social, con una base empírica.

Charmaz define la teoría fundamentada como unas directrices analíticas que permiten a los investigadores focalizar su recolección de datos y construir teorías de rango medio a través de sucesivas recolecciones de datos y desarrollos conceptuales. Es decir, a través de los procedimientos analíticos, se construyen teorías que están fundamentadas en los datos de ahí su nombre.

Un estudio de teoría fundamentada, se inicia con una pregunta general, no con una hipótesis, las variables, no se definen al inicio del estudio, han de surgir del análisis. Por tanto la recolección de los datos y el análisis de los mismos transcurre de manera concurrente son los datos los que determinan los procesos y productos de investigación y no marcos teóricos preconcebidos ya que los procesos analíticos deben suscitar el desarrollo y el descubrimiento teórico y no la verificación de teorías ya conocidas. La muestra no se selecciona al principio del estudio, el muestreo se realiza según emergen los datos, es decir, se



comienza a recoger datos de una población y se sigue recogiendo mientras sigan surgiendo nuevos datos finalizando el muestreo en el momento en que los nuevos datos sean reiterativos a este tipo de muestreo se le denomina teórico.

La teoría fundamentada, se utiliza mas frecuentemente en el estudio de áreas en las cuales se han realizado pequeñas investigaciones previas y para aportar un nuevo punto de vista en áreas conocidas de la investigación

## INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA

La investigación etnográfica, fue desarrollada por los antropólogos como un mecanismo para el estudio de las culturas. El término etnográfico, significa retrato de un pueblo. También proporciona un método de entender a las personas incluyendo sus estilos de vida creencias y adaptación a los cambios del entorno

El objeto de estudio de la etnografía es la cultura entendiendo esta como el modo de vida de un grupo de personas en sus distintos aspectos y manifestaciones: lenguaje, vestido, comida, tradiciones, costumbres acumuladas etc.

Con el término etnografía se hace alusión tanto a una forma de actuar en la investigación de campo, como al producto final de la actividad investigativa. Rockwell considera que la etnografía es mucho más que una herramienta para recolectar datos y no debe ser considerada como un método, sino más bien como un enfoque en el que se encuentran método y teoría, pero sin agotar la problemática de ambos.

A la etnografía se le considera una teoría descriptiva

La etnografía desde una perspectiva clásica es "el estudio descriptivo y clasificatorio de las civilizaciones (costumbres, creencias, prácticas religiosas, instituciones, estructuras políticas y económicas, técnicas, artes, etc), en particular en las arcaicas, lo que supone trabajo y observación 'sobre el terreno'

Posiblemente la sistematización más difundida del trabajo de campo antropológico sea el uso de las guías de campo para orientar la observación y clasificar los datos obtenidos. La intención de las guías es proporcionar una serie de categorías universales, transculturales y teóricamente neutras que permitan abordar con el supuesto de objetividad el estudio de los fenómenos educativos en cualquier sociedad. Sin embargo, la selección (y exclusión) y el agrupamiento de categorías reflejan sesgos teóricos explícitos e implícitos. La educación aparece en las guías clásicas del campo de la Antropología como un aspecto constante de cualquier sociedad, con múltiples expresiones culturales.

Una corriente de investigación enfermera muy relacionadas con este método de investigación es el de la teoría de la enfermería transcultural liderada por Leininger

## INVESTIGACIÓN HISTÓRICA

La investigación histórica, estudia los acontecimientos del pasado, una de las asunciones de la filosofía histórica es que no hay nada nuevo bajo el sol. Partiendo de esa asunción, los historiadores pueden buscar a través de la historia para realizar generalizaciones. Otra de las asunciones de la filosofía histórica es que se puede aprender del pasado por tanto investigar en historia es la búsqueda de la sabiduría.

Las preguntas de investigación en este tipo de estudios tienden a ser más generales y analíticas que las que se plantea en los estudios cuantitativos. Las fuentes de datos necesarias para la investigación histórica, se encuentran en archivos (públicos o privados), bibliotecas o son de propiedad privada por lo que es necesario obtener los permisos necesarios por escrito para acceder a ellos.

Dentro del paradigma cualitativo, según R. Tesh, las estrategias de investigación serían:

1. Estudios del lenguaje:

- a. Análisis de contenido (descripción sistemática del contenido de la comunicación).
- b. Análisis etnográfico de contenido (análisis reflexivo de documentos).
- c. Análisis del discurso (análisis lingüístico de sus formas y mecanismos).
- d. Estudio de documentos (historias de vida)(enfoque no estructurado y no cuantitativo de documentos personales).

2. Estudios descriptivos / Interpretativos:

- a. Etnografía clásica (descripción de una cultura, de sus valores, normas...).
- b. Etnografía estructural: (descripción de la organización social y su distribución de significados).
- c. Etnografía de la comunicación (estudio de los patrones de interacción social).
- d. Etnometodología (estudio de los procesos de organización de la convivencia social y de la construcción de significados compartidos).
- e. Etnoscienza comprensión de las categorías culturales y de los principios que las rigen).
- f. Análisis estructural de eventos (búsqueda de las estructuras lógicas que relacionan los eventos unos con otros).

3. Estudios de orientación teórica:

- a. Construcción de teoría fundamentada (descubrir teoría a partir de datos comparativos).
- b. Interaccionismo simbólico (estudio de la empatía, creación y participación en significados comunes).

**Tipos de estudios cualitativos:**

La estrategia de investigación no viene dada únicamente por elegir una metodología cualitativa y aplicar determinadas técnicas de recogida de datos. Es muy importante tener en cuenta el tipo de fenómeno estudiado, que acercamiento al objeto de estudio se pretende y cuál es el propósito del estudio (Tabla 1).

**Tabla 1. Tipos de estudios**

<b>Tipo de estudio</b>	<b>Propósito del estudio</b>	<b>Preguntas de la investigación</b>
Exploratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar un fenómeno poco conocido</li> <li>• Identificar-descubrir aspectos importantes de un fenómeno</li> <li>• Generar hipótesis para futuras investigaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué pasa en A?</li> <li>• ¿Cuáles son los temas, patrones y categorías emergentes?</li> <li>• ¿Cuáles son las relaciones emergentes entre estas?</li> </ul>
Descriptivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentar el fenómeno objeto de estudio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cómo sucede en A?</li> <li>• ¿Cuáles son los eventos, comportamientos, creencias, actitudes, procesos y estructuras más sobresalientes que ocurren en este fenómeno?</li> </ul>
Interpretativo-explicativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar las causas que conforman el fenómeno</li> <li>• Identificar cómo interactúan estas causas para producir este fenómeno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué significa A?</li> <li>• ¿Qué eventos, creencias, actitudes y políticas conforman este fenómeno?</li> <li>• ¿Cómo interactúan estas fuerzas para dar lugar al fenómeno?</li> </ul>
Predictivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predecir cómo pueden evolucionar los procesos sociales</li> <li>• Identificar causalidades, y condiciones predicativas de la evolución</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Qué sucederá en B si modifico A?</li> <li>• ¿Qué ocurrirá en un futuro como resultado de este fenómeno?</li> <li>• ¿Quién se verá afectado?</li> <li>• ¿En qué sentido?</li> </ul>

Fuente: Modificada de Marshall y Rossman (1990).

### **Diseño y fases de una investigación cualitativa:**

Los principios básicos del diseño en las investigaciones cualitativas son: la flexibilidad y circularidad del proceso, y la reflexividad permanente del investigador. En los estudios cualitativos el diseño es flexible, abierto y cambiante. Se pueden señalar 3 momentos para la sistematización del diseño: antes, durante y después de la inmersión en el trabajo de campo. En la tabla 2 pueden verse las diferentes actividades de la investigación en relación con el trabajo de campo, situando cuáles son previas, aquellas a realizar durante el trabajo de campo y las tareas a realizar después de abandonar el trabajo de campo.

A modo de resumen en la tabla 3 se pueden ver las diferentes fases de una investigación cualitativa. El proceso es circular y de una fase a otra se puede ir a la anterior o a las dos siguientes, ya que todas ellas están interrelacionadas entre sí y abiertas a lo emergente.

**Tabla 2. Decisiones de diseño en investigación cualitativa**

<b>Antes de entrar al campo</b>	<b>Durante el trabajo de campo</b>	<b>Al final del estudio</b>
1. Formulación de las preguntas de investigación	1. Realización de los primeros análisis	1. Decisiones sobre el momento y manera de abandonar del campo
2. Relación con teoría y perspectivas metodológicas	2. Reformulación de las preguntas de investigación	2. Decisiones finales de análisis. Análisis definitivo
3. Selección del tipo de estudio y método	3. Modificación y ajuste de estrategias y técnicas de recogida de datos	3. Decisiones de presentación y escritura del estudio
4. Diseño muestral. Selección de informantes y contextos	4. Añadir o anular informantes y/o fuentes de datos	
5. Elección de las técnicas de recogida de datos	5. Reajuste del cronograma de actividades	
6. Estrategia de análisis		
7. Preparación del investigador para la entrada en el campo	6. Análisis preliminar. Generación y comprobación de hipótesis	
8. Planificación de la diseminación de los resultados		
9. Cronograma, marco temporal		

Fuente: Modificada de Valles (1997).

**Tabla 3. Fases de una investigación cualitativa**

- 
- Fase 1: Transformación de la idea inicial en problema investigable**  
Recogida de la información existente  
Cuestionamiento y problematización de lo que se conoce  
Delimitación del objeto de estudio.
- Fase 2: Contextualización y aproximación al objeto de estudio**  
Análisis de documentos específicos  
Familiarización del investigador con el campo  
Entrevistas con informadores clave.
- Fase 3: Elaboración del diseño proyectado**  
Formulación de las preguntas-objetivos del estudio  
Decisiones sobre la metodología, método y tipo de estudio  
Diseño muestral y selección de contextos e informantes  
Elección de las técnicas de recogida de datos  
Identificación de dimensiones de estudio y elaboración de las guías para la recogida de datos  
Decisiones sobre la estrategia de análisis  
Preparación del investigador para la entrada en el campo: aspectos éticos, tipo de aproximación investigador-investigados  
Planificación de la diseminación de los resultados: audiencias y fines  
Cronograma de la investigación.
- Fase 4: Desarrollo del trabajo de campo**  
Prueba de las guías  
Convocatoria de los informantes  
Planificación de la recogida de datos  
Recogida de datos utilizando las técnicas definidas.
- Fase 5: Reformulación de la investigación: diseño emergente**  
Realización de los primeros análisis  
Reformulación de las preguntas de la investigación  
Modificación-ajuste de los métodos y estrategias  
Ampliación de las técnicas de datos a contextos específicos  
Reajuste del cronograma
- Fase 6: Generación de resultados**  
Transcripción de los datos  
Análisis de la información  
Redacción del informe preliminar.
- Fase 7: Establecimiento de resultados y conclusiones**  
Elaboración del informe definitivo  
Conclusiones del estudio.
- Fase 8: Difusión de los resultados**  
Preparación de diferentes informes según audiencias y fines  
Presentación del estudio a las diferentes audiencias.
-

### **Características del muestreo en la investigación cualitativa:**

La muestra en los estudios cualitativos es una de las claves de la investigación y de ella depende en gran medida la validez de los resultados. La lógica del muestreo en los estudios cualitativos es totalmente diferente a los estudios cuantitativos. El muestreo ha de ser:

- Intencionado y razonado: las unidades de muestreo se eligen con criterios de representatividad del discurso de los significados.
- Acumulativo y secuencial: hasta llegar a tener la información suficiente (alcanzar la saturación de la información).
- Flexible y reflexivo: las decisiones muestrales iniciales pueden llevar a descubrir nuevos aspectos que deben ser estudiados o a comprobar por otros informantes más adecuados.

### **Tipos de muestreo:**

Básicamente podemos distinguir dos tipos de muestreo: teórico y opinático. El muestreo teórico, el diseño de la muestra se realiza según un constructo teórico que acompaña el cuerpo del estudio y la selección de las unidades de muestreo se lleva a cabo siguiendo las tipologías o perfiles definidos conceptualmente. En el muestro opinático la selección de los contextos y informantes se realiza siguiendo criterios más pragmáticos y de factibilidad como la facilidad de los contactos, la accesibilidad y el constructo teórico previo es más débil. Tanto si se opta por un muestreo teórico u opinático se puede hacer siguiendo diferentes estrategias. En la tabla 4, adaptada de Miles y Huberman (1994) se describen diferentes estrategias de muestro.



Tabla 4. Diferentes estrategias de muestreo en investigación cualitativa

Estrategia	Descripción y fines	Adecuación al tipo de muestreo
Caso típico	Busca y destaca el discurso que constituye la norma.	MT
Caso extremo	Analiza el fenómeno a partir de las manifestaciones inusuales del mismo. Busca las variantes discursivas extremas respecto de la norma.	MT
Casos confirmatorios y no confirmatorios	Elabora un análisis inicial con el discurso más normativo y busca después las excepciones y la variación.	MT
Máxima variación	Documenta las diversas variaciones discursivas del fenómeno identificando los patrones comunes más importantes.	MT
De intensidad	Busca informantes que manifiestan-vivan el fenómeno intensamente, con gran experiencia en lo estudiado. No se interesa por los significados extremos.	MO o MT
Homogénea	Busca un discurso focalizado en un aspecto del tema estudiado. Es una estrategia que reduce y simplifica la comprensión del fenómeno.	MT o MO
Caso paradigmático	Busca casos que ejemplaricen o prueben los hallazgos principales. Permite la generalización lógica y la máxima aplicación de la información a otros casos.	MT o MO
Estratificado	Estratifica por subgrupos y busca los significados de cada uno de ellos. Ilustra subgrupos y facilita las comparaciones.	MT
Por criterio*	Todas las unidades de muestreo han de cumplir unos perfiles definidos en el diseño muestral, que en general representan variantes discursivas del fenómeno.	MT
De conveniencia**	La selección de la muestra responde a criterios de conveniencia. Ahorra tiempo, dinero y esfuerzo, pero a expensas de la credibilidad de los resultados.	MO
Oportunista	Sin planificación previa, sigue los temas nuevos que emergen. Saca ventaja de lo inesperado y enfatiza lo inductivo.	MO
Nominado - bola de nieve	Selecciona a informantes de interés para el objetivo del estudio a partir de personas que conocen-nominan a otras que las identifican como buenos informantes.	MO o MT
Aleatorio	Busca los informantes al azar. Añade credibilidad a la muestra cuando la base de muestreo es grande.	MT o MO
Combinado o mixto	Muestreo que utiliza estrategias combinadas. Se caracteriza por la flexibilidad, la triangulación de informantes y la búsqueda de múltiples intereses y necesidades.	MT o MO

MT: muestreo teórico; MO: muestreo opinático.

\*\* Obsérvese que la descripción de esta estrategia de muestreo responde a la definición del muestreo teórico.

\*\* Obsérvese que la descripción de esta estrategia de muestreo responde a la definición del muestreo opinático.

Fuente: Modificada y traducida de Miles y Huberman (1994).

### **Técnicas cualitativas aplicadas a la salud:**

Existen cuatro tipos básicos de técnicas cualitativas: la entrevista, la observación, el análisis documental y las técnicas participativas incluyendo las de consenso.

La entrevista: las entrevistas cualitativas también llamadas entrevistas abiertas o en profundidad, pueden llevarse a cabo de diversas maneras:

- Según el grado de estructuración:
  - Semiestructurada (semidirectiva, focalizada): utilizan una guía que recoge los temas que serán abordados durante la entrevista.
  - No estructurada (no directiva, abierta o informal): al entrevistado se le explican los propósitos de la entrevista pero no existen temas predefinidos. Las preguntas van emergiendo según los temas predefinidos.
- Según el nº de participantes:
  - Individuales.
  - Grupales: La entrevista de grupo no estructurada también se conoce como grupo de discusión. El grupo focal es un grupo de discusión especial que consiste en discusiones abiertas, guiadas que son desarrolladas con grupos de informantes pequeños y homogéneos
- Entrevistas especiales:
  - Historias de vida: consiste en el relato de la experiencia vital o la descripción de los acontecimientos y experiencias más importantes de la vida de una persona.
  - Autopsia verbal: consiste en la reconstrucción de una muerte.

La observación: La observación consiste en el proceso de contemplar sistemáticamente y detenidamente el desarrollo de la vida social, sin manipularla ni modificarla permitiendo que siga su curso de acción. La observación se lleva a cabo mediante un proceso sistemático de registro, descripción detallada e interpretación de un acontecimiento de interés.

Tipos de observación:

- Según el instrumento utilizado o grado de estructuración:
  - Semidirigida o semiestructurada: se establecen unos criterios previos o elementos que serán objeto de observación.
  - La observación no dirigida o libre: el observador no utiliza un instrumento ni se han definido las categorías de la observación. Busca aproximarse al contexto y se utiliza en fases exploratorias.
- El nº de observadores:
  - Individual.
  - Grupal.
- La transparencia del proceso:
  - Oculta: en la que los sujetos desconocen que están siendo observados.
  - Abierta: los sujetos de estudio conocen los propósitos de la investigación y la situación en la que serán analizados.



- Participación del observador:
  - Participante: en la que el investigador se integra en la realidad que pretende observar convirtiéndose en uno más.
  - No participante: se desarrolla sin que el observador participe de la acción.

Técnicas participativas:

- Técnicas creativas: lluvia de ideas (brainstorming): buscan la generación rápida de ideas. se basa en una discusión grupal que se genera a partir de una pregunta planteada que se ha de responder.
- Técnicas de consenso: son técnicas de carácter participativo, se utiliza para alcanzar el consenso de los expertos en la elaboración por ejemplo de guías de práctica clínica. La técnica más representativa es el grupo nominal. También la técnica Delphi.
- Técnicas visuales o proyectivas: buscan obtener opiniones y actitudes sobre diversos temas mediante el uso de elementos que provocan la reflexión, dibujos, mapas conceptuales, corporales, vídeos, fotografías...

**Los criterios de calidad en la investigación cualitativa:**

- Adecuación metodológica: correspondencia adecuada entre el problema a investigar y la teoría que se utiliza para comprender dicho problema, ya que la teoría aporta los elementos clave para conceptualizar los procesos y para ordenar el proceso de investigación.
- Credibilidad: se refiere al valor verdad de los resultados desde el consenso de los actores involucrados.
- Transferibilidad: grado de aplicación de los resultados obtenidos a otros contextos o escenarios.
- Dependencia o consistencia: estabilidad de los datos. Si al repetir la investigación se obtienen datos semejantes. Esto se logra mediante estrategias de triangulación.
- Confirmabilidad: de tener en cuenta cómo el proceso y el investigador han influido sobre los resultados.
- Relevancia: es la correspondencia entre la justificación o el porqué de la investigación y las consecuencias o resultados de las mismas. Se refiere también a los aportes de los nuevos hallazgos y la contribución a la configuración de nuevos marcos conceptuales.

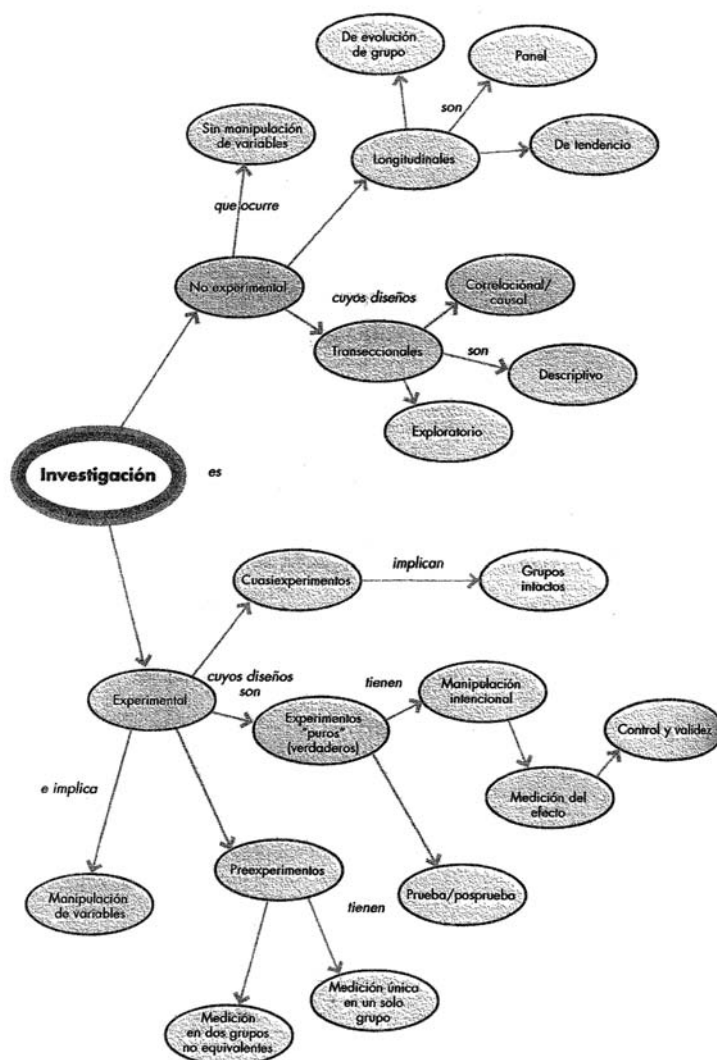
**Tabla 1. Criterios de calidad en las metodologías cuantitativa y cualitativa**

Metodología cuantitativa	Metodología cualitativa
Coherencia epistemológica	Coherencia epistemológica
Validez interna	Credibilidad
Validez externa	Transferibilidad
Fiabilidad	Dependencia o consistencia
Objetividad	Confirmabilidad o reflexividad
Relevancia	Relevancia

Fuente: Modificada de Ruiz Olabuénaga, 1999.

## METODOLOGÍA CUANTITATIVA

Dentro del paradigma cuantitativo los tipos de estudios clásicamente se dividen en Experimentales y no experimentales. En los estudios experimentales se produce una manipulación de una exposición determinada en un grupo de individuos que se compara con otro grupo en el que no se intervino, o al que se expone a otra intervención. Cuando el experimento no es posible se diseñan estudios no experimentales que simulan de alguna forma el experimento que no se ha podido realizar. En la tabla 1 se resumen los principales tipos de estudios epidemiológicos. En la Tabla 3 se pueden ver los diferentes sinónimos utilizados y la denominación en inglés. Los tipos de estudios los podemos ver en el siguiente esquema:



**Tabla 1. Tipos de Estudios Epidemiológicos I**

<b>Experimentales</b>	<b>No Experimentales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensayo clínico</li> <li>• Ensayo de campo</li> <li>• Ensayo comunitario de intervención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios ecológicos</li> <li>• Estudios de prevalencia</li> <li>• Estudios de casos y controles</li> <li>• Estudios de cohortes o de seguimiento</li> </ul>

**Tabla 2a. Tipos de Estudios Epidemiológicos II**

<b>DESCRIPTIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En Poblaciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estudios ecológicos</li> </ul> </li> <li>• <b>En Individuos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A propósito de un caso</li> <li>○ Series de casos</li> <li>○ Transversales / Prevalencia</li> </ul> </li> </ul>
<b>ANALÍTICOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Observacionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estudios de casos y controles</li> <li>○ Estudios de cohortes (retrospectivos y prospectivos)</li> </ul> </li> <li>• <b>Intervención</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ensayo clínico</li> <li>○ Ensayo de campo</li> <li>○ Ensayo comunitario</li> </ul> </li> </ul>

**Tabla 3. Sinónimos y nombre en inglés de los diferentes tipos de estudios.**

<b>Estudio Experimental</b>	<b>(Experimental study)</b>
Ensayo clínico	(Clinical Trial)
Ensayo de campo	(Field trial)
Ensayo comunitario de intervención	(Community intervention trial)
<b>Estudio de Observación</b>	<b>(Observational study)</b>
Estudios de Cohortes	(Cohort study)
Sinónimos : Estudio prospectivo - Prospective study Estudio de Seguimiento - Follow-up study Estudio concurrente - Concurrent study Estudio de incidencia - Incidence study Estudio Longitudinal - Longitudinal study	
Estudio de Cohortes histórico	(Historical cohort study)
Sinónimos : Estudio prospectivo no concurrente - Nonconcurrent prospective study Estudio de seguimiento retrospectivo - Prospective study in retrospect	
Estudios de Casos y Controles	(Case control-study)
Sinónimos : Retrospective study Case comparison study Case history study Case compeer study Case referent study Trohoc study	
<b>Estudio Transversal</b>	<b>(Cross-sectional study)</b>
Sinónimos: Estudio de prevalencia - Prevalence study - Disease frecuenciae study Estudio de morbilidad - Morbidity survey Encuesta de salud - Health survey	

## **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: TIPOS DE MÉTODOS CUANTITATIVOS**

La investigación cuantitativa es un proceso formal, objetivo, riguroso y sistemático de generar información sobre el mundo que nos rodea. La investigación cuantitativa se utiliza para describir nuevas situaciones, sucesos o conceptos, para estudiar relaciones entre conceptos e ideas y para determinar la eficacia de intervenciones o tratamientos.

El objeto de estudio de la investigación cuantitativa es todo aquello que pueda ser medible. Sea cual se la naturaleza del dato, en la investigación cuantitativa se comenzara por establecer el criterio de medición o cuantificación del mismo.

La herramienta principal para el análisis de los datos son las matemáticas. Por tanto el desarrollo de la investigación cuantitativa va parejo al desarrollo de la estadística. Esto es así debido a la naturaleza misma de los datos cuantificados es decir que finalmente se reducen a números.

Existen cuatro tipos de investigación cuantitativa: descriptiva, analítica observacional, experimental y cuasi – experimental. El tipo de investigación a emplear se elige en función del conocimiento actual del que se dispone sobre un problema de investigación. Cuando se dispone poca información.

### **INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA**

La investigación descriptiva, consiste en la exploración y descripción de los fenómenos en las situaciones de la vida real. Por tanto ofrece una descripción detallada de las características de ciertos individuos, situaciones o grupos. A través de los estudios descriptivos los investigadores descubren nuevos significados, describen que existe, determinan la frecuencia con la que sucede algo y categorizan la información.

Los resultados de este tipo de investigación, deben incluir la definición de conceptos, la identificación de relaciones, y el desarrollo de hipótesis que sirvan de base par nuevas investigaciones.

### **Estudios transversales o de prevalencia**

Se trata de estudios en los que en una población se valora una enfermedad y la exposición o no a uno o varios factores de riesgo en un momento determinado, analizándose la prevalencia de la enfermedad en personas expuestas y no expuestas. Su característica principal es que se trata de un estudio de corte en el que la enfermedad y la exposición se observan de forma simultánea e instantánea en un momento de tiempo, es decir que no hay seguimiento.

Los resultados de este tipo de estudios son muy útiles para la planificación de los servicios sanitarios.

Las ventajas de estos estudios son su bajo coste, el corto tiempo de realización y que pueden estudiarse varias enfermedades o factores de riesgo a la vez.

		ENFERMEDAD		TOTAL
		SI	NO	
EXPOSICIÓN	SI	a	b	Y <sub>1</sub>
	NO	c	d	Y <sub>0</sub>
TOTAL		X <sub>1</sub>	X <sub>0</sub>	Y

La prevalencia de la enfermedad de los expuestos al factor de riesgo sería:

$$P_e = a/y_1$$

La prevalencia de la enfermedad en los no expuestos al factor de riesgo sería:

$$P_0 = c/y_0$$

La prevalencia relativa, es el cociente entre ambas prevalencia.

$$PR = P_e/P_0$$

Se considera que hay asociación entre enfermedad y factor de riesgo cuando la PR es mayor que 1 y siempre que esta asociación sea estadísticamente significativa. Para saber la significación, estadística, la prueba mas empleada es la Chi cuadrado \_ que relaciona la discrepancia entre la discrepancia entre la distribución de los datos observados y los teóricos. Cuanto más se aproxima a cero el valor de chi-cuadrado, más ajustadas están ambas distribuciones

### Investigación Correlacional o Ecológica

La investigación correlacional, implica la investigación sistemática de relaciones entre dos o más variables. Para esto, el investigador, mide las variables seleccionadas en una muestra y entonces utiliza las estadísticas correlacionales para determinar las relaciones entre las variables.

La correlación es de tipo positiva si las variables varían en el mismo sentido es decir aumentan y disminuyen de forma paralela. Por tanto si varían en sentidos opuestos, la correlación será de tipo negativo.

La fuerza de una correlación varia desde -1 (correlación negativa perfecta) a +1 (correlación positiva perfecta) pasando por 0 (no existe ninguna relación entre variables).

La principal intención de este tipo de estudios es explicar la naturaleza de de las relaciones del mundo real, no identificar la causa y el efecto. Estos estudios proporcionan un medio para generar hipótesis que guíen los estudios cuasi – experimentales y experimentales.

Son estudios muy útiles cuando no se dispone o resulta difícil obtener información a nivel individual y por tanto se tienen que utilizar los datos de poblaciones. Comparan fre-

cuencia de una enfermedad y una exposición en un mismo momento de tiempo en dos poblaciones distintas o en una población en dos momentos distintos. Por tanto las conclusiones se refieren a poblaciones y no a individuos concretos

### Notificación de casos

La notificación de casos es el tipo de estudio mas sencillos, a veces proporcionan los primeros datos para describir una enfermedad. En ocasiones se examinan series de casos clínicos referidos a la misma enfermedad. Se trata de estudios en los que se describe un caso raro, único o poco conocido y narra las características del mismo.

### ESTUDIOS ANALÍTICOS OBSERVACIONALES

Los estudios analíticos observacionales, tienen como principal objetivo la evaluación de hipótesis etiológicas. La diferencia con los estudios experimentales es que el investigador se limita a observar y documentar sin intervenir en la asignación de los sujetos del estudio a uno u otro grupo.

### Estudios de cohortes

En los estudios de cohortes, una población que no padece la enfermedad a estudio, es seleccionada y clasificada en dos grupos, expuestos y no expuestos en función de que presenten una determinada característica (factor se exposición) o no. Estos sujetos son seguidos durante un periodo de tiempo para observar con qué frecuencia aparece la enfermedad estudiada en cada uno de los grupos.

Estos estudios se caracterizan por:

- Son estudios temporales y prospectivos: la observación parte de un factor de riesgo y avanza en el tiempo hasta el momento en el que se produce la enfermedad.
- Son longitudinales.
- Son útiles para comprobar hipótesis etiológicas y también para determinar la efectividad de medidas preventivas.

Existe un tipo de estudios de cohortes retrospectivo en el que tano la exposición como la enfermedad se produjo antes de comenzar el estudio.

		ENFERMEDAD		TOTAL
		SI	NO	
EXPOSICIÓN	SI	a	b	Y <sub>1</sub>
	NO	c	d	Y <sub>0</sub>
TOTAL		X <sub>1</sub>	X <sub>0</sub>	Y



La información que podemos obtener de este tipo de estudio es:

La medida de frecuentación de la enfermedad en grupos expuestos ( $I_e$ ) y no expuesto ( $I_0$ ).

$$I_e = a/y_1$$

$$I_0 = c/y_0$$

Sin duda, el parámetro mas importante que se puede estimar en estos estudios es el riesgo relativo (RR) que es una medida de la fuerza de la asociación entre el factor de exposición y la enfermedad, cuanto mas cercano esté a 1, quiere decir que no existe asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad. Por el contrario, cuanto mas se aleje mayor es la asociación. El valor se aleja de 1 superándolo, significa que el factor de exposición es de riesgo, por el contrario si es menor de 1 es un factor de protección.

$$RR = I_e/I_0$$

Otro parámetro que también puede estimarse es el riesgo atribuible (RA) que se obtiene mediante la diferencia de entre las incidencias en los grupos expuesto y no expuesto. El RA sólo se aplica a la cohorte expuesta y se estima la cantidad de casos de la enfermedad que pueden atribuirse al factor de exposición que se está estudiando. También sirve para calcular en número de casos nuevos que podría prevenirse si se pudiera evitar o reducir la exposición al factor de riesgo.

$$RA = I_e - I_0$$

El último parámetro que podemos extraer de los estudios de cohortes, es la fracción etiológica del riesgo en los expuestos (FE). Su significado es el del grado de causalidad atribuible directamente al factor de exposición y puede expresarse en un tanto por uno o en un porcentaje si se multiplica por cien.

$$FE = RA/I_e$$

$$FE = (I_e - I_0) / I_e$$

Ventajas de los estudios de cohortes:

1. Los sujetos del estudio se seleccionan a partir de la exposición antes de que se produzca la enfermedad, lo que permite establecer la secuencia temporal entre la exposición y la enfermedad.
2. Permiten describir la historia natural de la enfermedad.
3. Permiten el cálculo directo de la incidencia en el grupo expuesto y no expuesto.
4. Pueden ser estudiados varios efectos (enfermedades) de la exposición a un solo factor.



Inconvenientes de los estudios de cohortes:

1. Suponen un coste muy elevado y una duración muy larga.
2. Son poco útiles en el estudio de enfermedades poco frecuentes.
3. Se trata de estudios difícilmente reproducibles.
4. Están sometido a diversos sesgos, entre ellos destaca la pérdida de sujetos en el seguimiento.

### Estudios de casos controles.

En estos estudios, se selecciona un grupo de individuos que padecen una enfermedad (grupo de casos) y otro en el que la enfermedad está ausente (controles). En ambos se recoge información sobre la exposición previa a un factor que se sospecha que está relacionado con la enfermedad.

		ENFERMOS		TOTAL
		SI (CASOS)	NO (CONTROLES)	
EXPUESTOS	SI	a	b	Y <sub>1</sub>
	NO	c	d	Y <sub>0</sub>
TOTAL		X <sub>e</sub>	X <sub>0</sub>	Y

Estos estudios se caracterizan por:

- Son retrospectivos: la enfermedad ya está presente cuando comienza el estudio y este va hacia atrás en el tiempo.
- Son longitudinales o de seguimiento es decir no se estudia un momento puntual sino un periodo de tiempo.
- Parten del efecto (la enfermedad) y buscan la causa.
- Son útiles para la exploración inicial de hipótesis de causalidad.
- No es posible calcular la incidencia puesto que parten de una población seleccionada que ya padece la enfermedad o que no la padece en el momento de la selección.

No se puede calcular el riesgo relativo, en su lugar se calcula la odds ratio (OR) que será la medida de asociación o de riesgo de padecer un determinado problema de salud asociado a la presencia de una exposición.

$$OR = (a/b) : (c/d)$$

$$OR = (a \times d) / (b \times c)$$

Las ventajas de este tipo de estudios son:

1. Su coste es relativamente bajo
2. Suelen ser de corta duración
3. Son útiles para estudiar enfermedades poco frecuentes o con largos periodos de latencia.

4. Son estudios fácilmente reproducibles.
5. Permiten el estudio de varios factores de riesgo para una misma enfermedad.

Los inconvenientes son:

1. Es fácil que se produzcan sesgos sobretodo en la selección de los grupos de casos y controles. Así como en la recogida de datos.
2. Es difícil establecer la secuencia temporal entre la exposición y la enfermedad.
3. No puede determinarse incidencia o prevalencia de una enfermedad.
4. No son estudios adecuados para comprobar hipótesis de causalidad.

## ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN O EXPERIMENTALES

En los estudios experimentales, el investigador en lugar de limitarse a observar, interviene o modifica las condiciones en que se va a hacer el estudio.

La investigación experimental es una investigación objetiva sistemática y altamente controlada que tiene el propósito de predecir y controlar los fenómenos que estudia.

En un estudio experimental, la causalidad entre las variables independientes y las dependientes es examinada bajo condiciones altamente controladas.

La investigación experimental es considerada como el método cuantitativo más valioso.

Principales características de los estudios experimentales:

1. Manipulación controlada de por lo menos una de las variables del estudio.
2. La exposición de algunos sujetos del estudio al tratamiento (grupo experimental) y la no exposición del resto (grupo control).
3. Asignación aleatoria de los sujetos al grupo experimental y control.

## Ensayos clínicos

Son estudios en los que una vez seleccionada la muestra, los individuos se distribuyen en dos grupos experimental y control en función de que se les realice o no la intervención observándose después los resultados.

La selección de los individuos que participen en el estudio debe de hacerse siguiendo unos criterios que se definirán previamente.

Dado que son estudios en los que produce una intervención y se siguen sus efectos en el tiempo, se trata de estudios longitudinales y prospectivos.

Para la realización de ensayos clínicos, es fundamental contar con los aspectos éticos. Debiendo por tanto ser aprobados por un comité ético que debe ser externo al grupo de investigadores y que velara por que no se vulnere los derechos de las persona estudiadas. Además, las personas que participen en el estudio, han de dar su consentimiento que debe quedar clara mente reflejado y teniendo que haber sido correctamente informado.

La principal característica de los ensayos clínicos, es la asignación aleatoria de los sujetos del estudio a los grupos experimental o control garantizando que cada individuo tenga las mismas posibilidades de ser asignado a cada uno de ellos y tratando que ambos gru-

pos sean lo más parecidos posible entre sí al comienzo de la investigación. A este proceso se le denomina aleatorización o randomización.

Dado que se trata de estudios experimentales en los que se quiere controlar el máximo posible las condiciones del mismo. Hay dos factores importantes que se deben tener en cuenta al principio del mismo para controlarlos y así evitar sesgos que amenacen la validez del estudio. Estos factores, se producen por el efecto psicológico del tratamiento en sí que puede ser independiente del efecto físico del mismo (efecto placebo) y las expectativas del sujeto de estudio o del grupo de investigador. Para controlar estos factores se utilizan técnicas de enmascaramiento o de "ciego"

- Simple ciego: El sujeto, desconoce si pertenece al grupo experimental o de control. Dato que sí conoce el investigador.
- Doble ciego: Ni el sujeto ni el investigador conoce el estatus exposición.
- Triple ciego: Es como el de doble ciego, pero además las personas que realizan el análisis estadístico de los datos desconocen el estatus de exposición.

En el análisis de los resultados de los estudios de ensayo clínico, debe de ponerse especial interés en el papel del azar y los posibles sesgos que justifiquen explicaciones alternativas de los resultados obtenidos.

Ventajas de los estudios de ensayo clínico:

1. Son los que proporcionan la mejor evidencia de una relación de causa y efecto.
2. Controlan el factor de estudio y la posible influencia de los sesgos.
3. Son los más idóneos para poner a prueba la eficacia de un tratamiento.

Inconvenientes de los estudios de ensayo clínico:

1. Suelen ser caros y requerir mucho tiempo para su realización.
2. Los límites éticos impiden que muchas preguntas puedan ser susceptibles del empleo de este tipo de estudio para su investigación.
3. Se realizan en muestras muy reducidas por que su generalización es limitada.
4. Cuando las condiciones de intervención son muy rígidas o estandarizadas se alejan de la práctica habitual por lo que su capacidad generalización disminuye.

## ESTUDIOS CUASI EXPERIMENTALES

La finalidad de la investigación cuasi experimental, es examinar las relaciones causales o determinar el efecto de una variable sobre otra. Se diferencian de los experimentales por el grado de control que el investigador posee. El investigador posee cierto control de la manipulación del tratamiento, el entorno o selección de los sujetos pero no tanto como en los estudios experimentales

### Ensayos comunitarios de intervención

Son ensayos que se diferencian de los clínicos en que la medida de la intervención se lleva a cabo con una comunidad completa y no sobre individuos. Suele hacerse cuando la intervención no puede asignarse de forma individual.

## CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Para conocer las características de la investigación en enfermería, primero deberíamos preguntarnos si existen campos propios de investigación o si por el contrario la investigación en enfermería se realiza ampliando campos de conocimiento que no son propios de enfermería. Este tema es de una transcendencia vital, ya que desde un punto de vista general lo que define una disciplina como tal es que sea capaz de determinar los fenómenos objeto de investigación. Estos fenómenos conforman el denominado metaparadigma. En el caso de enfermería, los fenómenos que conforman el metaparadigma son:

- La persona: En este concepto se incluye al individuo, la familia y la comunidad. Es decir se centra en el receptor o receptores de cuidados
- El entorno: Este concepto hace referencia a las circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que afecta a la persona.
- La salud: Entendida como estado oscilante de bienestar en el que se encuentra el individuo, la familia o la comunidad.
- El cuidado: Este concepto, es la propia definición de enfermería. Se trata de las acciones emprendidas por los profesionales de enfermería en nombre de o de acuerdo con la persona.

En la disciplina enfermera, las relaciones entre los fenómenos de estudio son:

1. Relación proposicional entre los conceptos de persona y salud, que sostiene que la enfermería se ocupa de los principios y leyes que rigen los procesos vitales, el bienestar y las funciones óptimas de los seres humanos.
2. Relación proposicional entre los conceptos de persona y entorno, que argumentan la ocupación de la enfermería en lo que se refiere a las pautas de comportamiento humano en interacción con el entorno en todo tipo de situaciones (normalidad cotidiana o alteración de la salud).
3. Relación proposicional entre los conceptos de salud y cuidados, la cual nos lleva a las acciones necesarias para efectuar cambios positivos en los estados de salud.
4. Relación proposicional entre los conceptos persona, entorno y salud. Entendiendo que la salud de los seres humanos está en continua interacción con el entorno.

Los cuatro conceptos y las cuatro proposiciones identifican el objeto de estudio de la disciplina enfermera.

Para poder entender la situación actual de la investigación en enfermería lo más adecuado es introducirnos a través de la historia.

En su comienzo los conocimientos de los cuidados de enfermería se aprendían por cuatro procedimientos:

1. La costumbre. Los cuidados de enfermería se basaban en prácticas sociales y culturales que estaban tan asentadas que no se ponían en duda.
2. La tradición. El conocimiento se pasaba de generación en generación siendo difícil de averiguar el origen de esas prácticas.

3. Las normas institucionales. Los administradores, los supervisores etc. Establecen unas políticas, procedimientos y protocolos que indican como hay que hacer las cosas.
4. Experiencia y planificación. Las ideas, intuiciones y la experiencia han alumbrado algunas prácticas de enfermería.

La mayoría de publicaciones sitúan a Florence Nightingale como la fundadora de la enfermería profesional. Nightingale, comprendió la importancia del método científico y durante la guerra de Crimea realizó observaciones y registro detallados elaborando tasas de mortalidad de los soldados heridos y enfermos. Demostrando que con mejores cuidados enfermeros se reducía la tasa de mortalidad del 42% al 2,2%.

A finales del siglo XIX los conocimientos de Nightingale fueron divulgados por EE.UU y se pensó que la práctica de enfermería podría mejorarse mediante la formación de enfermeras cualificadas y no mediante la investigación. Sólo las que se dedicaban a la docencia tenían un currículo formativo superior.

Desde principios del siglo XX a los años 50 comienza un desarrollo profesional de la enfermería con movimientos asociativos como al Asociación de Enfermeras Americanas (ANA) y con ello el principio de las publicaciones científicas de la enfermería.

A partir de los años 50 el número de enfermeras con formación avanzada se incrementó significativamente, comienzan a aparecer publicaciones periódicas de enfermería y programas de doctorado. El primer programa de doctorado data de 1954 y lo fue en enfermería materno infantil en la universidad de Pittsburgh.

Con el comienzo de la década de los 60 se reorientan las prioridades de investigación hacia la práctica ya que hasta el momento la prioridad es la investigación sobre la formación de la enfermeras. En 1970 se publica el informe Lysaught y entre sus recomendaciones prioritarias figuran las de incrementar la investigación en la práctica y en la educación de enfermería, desarrollar curriculums basados en la investigación y aumentar el apoyo financiero de la investigación.

Durante la década de los 70 el número de programas de doctorados llega a 21. el incrementote doctores trae consigo el incremento de publicaciones y a partir de ese momento la mayoría de publicaciones son sobre problemas clínicos.

Durante la década de los 80 se establece el National Center for Nursing Reseach (NCNR) institución que tiene una enorme relevancia por que asegura una base estable de financiación de la investigación enfermera, por que aumenta las oportunidades de que los investigadores se desarrollen con otras disciplinas biomédicas y porque promociona que se genere conocimiento multidisciplinario.

Desde la década de los 90 hasta la actualidad, se produce un impulso para cubrir el desfase creado entre la investigación y la utilización práctica de los conocimientos. En este punto hay que hacer especial referencia a la medicina y también la enfermería basada en la evidencia.

En España, la investigación y las publicaciones de enfermería son muy escasas. Se realizaban o se colaboraba sobretodo en investigaciones biomédicas limitándose a tareas mecánicas de obtención y tabulación de datos.

Esta situación, ha ido cambiando gradualmente. En 1987 fue constituido el Grupo de Trabajo de Enfermería del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), publicando un informe según el cual entre los problemas de investigación española de los primeros años de esa década destacaba la insuficiencia s en las publicaciones, documentación escasa, falta de grupos institucionalizados dedicados a la investigación en enfermería, poca participación de enfermería en investigaciones, insuficiente formación metodológica de los profesionales de enfermería marco institucional y medios insuficientes. Mas recientemente y en la línea de impulsar las acciones que paliasen estas circunstancias, constatan mejoras Comcel aumento de los artículos originales y la calidad de los mismos, la existencia de proyectos financiados liderados por profesionales de enfermería y se contempla profesionales de enfermería integrados en las unidades de investigación y no sólo como personal de apoyo. No obstante se siguen observando deficiencias. Se constata que no cuentan con líneas de investigación las investigaciones son pequeñas y discontinuas, pocos son los hallazgos que son difundidos adecuadamente. Ha aumentado l financiación porque el FIS considera que la investigación en enfermería no es una actividad de elite sino una necesidad que forma parte del que hacer cotidiano

## BIBLIOGRAFÍA

- Pita Fernández S. Metodología de la investigación. Tipo de estudios clínico-epidemiológicos. Disponible en: [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com).
- Fortín MF. El proceso de investigación: de la concepción a la realización. Ed. Mc-Graw Hill Interamericana.1999.
- Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la Investigación cualitativa. Universidad Deusto. Bilbao 1999.
- Polit, Hungler. Investigación en ciencias de la salud. Sexta edición. ed. McGraw-Hill Interamericana. 2003
- Vázquez Navarrete ML. et al. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud. Universitat Autònoma de Barcelona 2006.

# **TEMA 6**

ATENCIÓN PRIMARIA. CONCEPTOS GENERALES.

DIAGNÓSTICO DE SALUD, PLANIFICACIÓN E INTERVENCIÓN COMUNITARIA





## INTRODUCCIÓN

- La Atención Primaria de Salud (APS) se convirtió para la OMS en un concepto fundamental a raíz de la Declaración de Alma-Ata (1978), en que se adoptó la meta de la salud para todos. En ella se atribuye a los gobiernos la responsabilidad de la salud de sus poblaciones siendo la Atención Primaria de Salud la clave para conseguir este objetivo.
- Desde la Declaración de Alma-Ata, la situación sanitaria a nivel de países ha cambiado considerablemente. Se han registrado importantes modificaciones en la forma de distribución de las enfermedades, los perfiles demográficos, los niveles de exposición a riesgos importantes y el entorno socioeconómico. Asimismo, han surgido tendencias hacia modelos de atención más integrados y un mayor pluralismo en la financiación y organización de los sistemas de salud. Los gobiernos siguen redefiniendo sus funciones y responsabilidades en relación con la salud de la población y la organización y prestación de la atención de salud, lo que entraña cambios en el contexto en que se enmarcan la elaboración y puesta en práctica de la política sanitaria.
- Los conceptos que se elaboraron en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, 1978), refrescados en los últimos años por nuevas ideas, continúan influyendo en aspectos primordiales de las políticas internacionales de salud. Las recomendaciones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud hacen hincapié en la importancia de invertir en salud para fomentar el desarrollo económico y subrayan la necesidad de avanzar por la senda de las intervenciones intersectoriales de salud y la acción comunitaria. Los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, el Programa 21 o el plan de ejecución resultante de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, Sudáfrica, 2002), requieren el fortalecimiento de los servicios de salud para todos como paso previo esencial para la mejora de la salud, particularmente en los países más pobres.
- En los últimos años se han elaborado, tanto en el plano nacional como internacional, nuevas políticas, estrategias, instrumentos y herramientas para financiar, hacer más costo eficaz y evaluar la atención de salud que, en muchos casos, contribuyen directamente al fortalecimiento de la atención primaria de salud.

## LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL SIGLO XXI

- La OMS acaba de efectuar un examen de la contribución que, según cabe esperar, puede aportar la atención primaria para responder a los problemas de salud del siglo XXI. Las conclusiones de ese estudio indican que dentro de los países existe a todos los niveles una

adhesión genuina a los principios de la atención primaria de salud. Algunos Estados Miembros han demostrado ese compromiso elaborando políticas concretas en materia de atención primaria y asegurando su aplicación a través de las autoridades locales y nacionales competentes y con la aportación de los recursos oportunos. Numerosos países, que siguen considerando la atención primaria de salud al mismo tiempo como piedra angular de la política sanitaria y como marco para la prestación de atención de salud, están revisando ahora ese modelo para adaptarlo a una serie de diferentes factores sanitarios y sociales.

- La equidad en la salud continúa siendo un objetivo importante para los sistemas de salud y la prestación de servicios de atención sanitaria. En el Informe sobre la salud en el mundo 2000 se indica que los objetivos de un sistema de salud no se limitan a la mejora de la salud y a la respuesta a las legítimas expectativas de la población sino que también consisten en asegurar que el grado de satisfacción sea el mismo en todos los segmentos de población y velar por la equidad de las contribuciones financieras. Estos últimos elementos quedan reflejados en los esfuerzos de la OMS por fortalecer la capacidad de los países para conferir, dentro de las estrategias de reducción de la pobreza, mayor importancia al componente de salud y formular y aplicar políticas sanitarias beneficiosas para los pobres.
- Las organizaciones no gubernamentales, que antes ya tenían un papel activo en la prestación de atención primaria de salud, participan ahora cada vez más en su financiación, lo que está añadiendo una nueva dimensión al modo de elaboración de las políticas de salud y a la forma de organización y suministro de los servicios pertinentes. Esto plantea nuevos desafíos, y también nuevas oportunidades, a la función rectora de los gobiernos en el sector sanitario.
- En los Estados Miembros en que la prestación de atención primaria de salud es incompleta o no está a la altura de los resultados esperados, las deficiencias se achacan a la falta de orientación práctica en materia de aplicación, a la falta de liderazgo o voluntad política, a la insuficiencia de recursos y a las expectativas poco realistas que se han puesto en este modelo de atención. Cuando la atención primaria de salud no llega a la población a que va dirigida, en particular, los pobres y otros grupos desfavorecidos, ello se debe también a una serie de complejos factores socioeconómicos y políticos de otra índole.
- En los países desarrollados y de ingresos medios en que la mayor parte de la población tiene acceso a los servicios de salud, la atención primaria se centra en prestar los servicios adecuados en los niveles que corresponda. En los países de ingresos bajos que siguen encarando importantes dificultades, la atención primaria de salud a menudo se emplea como estrategia global tanto para aumentar los servicios como para mejorar el acceso a los mismos. En adelante, una característica clave de cualquier modelo local de atención primaria de salud que pretenda ser eficaz será la adaptabilidad a unas circunstancias en rápida evolución, la capacidad de respuesta ante necesidades determinadas a nivel local y la disponibilidad de recursos suficientes y estables. Por otro lado, habrá que mejorar los sistemas de evaluación, con el fin de poder disponer de los datos requeridos para la formulación de políticas de atención primaria de salud, ya sea a escala nacional o local.

## DEFINICIÓN

La OMS en la Conferencia de Alma-Ata definió la APS como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados 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 todas y en cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

La APS supone el primer contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema de salud, aproximando al máximo la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan, además de constituir el primer nivel del proceso de atención sanitaria continuada.

La Ley General de Sanidad encomienda tanto al Estado como a las Comunidades Autónomas y a las demás administraciones públicas competentes, la organización y desarrollo de todas las acciones sanitarias orientadas a promocionar la salud, a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población, a garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a su curación, a garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud y a promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente, todo ello dentro de una concepción integral del sistema sanitario.

Por otra parte, la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana pretende hacer efectivo, dentro de su ámbito territorial, el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, reconocido en la Constitución Española, en el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana y en la mencionada Ley General de Sanidad. Para ello atribuye a los poderes públicos valencianos, dentro de sus competencias, la misión prioritaria de promocionar la salud, fomentando entre los agentes sociales y económicos la adquisición y el mantenimiento de hábitos de vida saludable, que protejan la salud para eliminar y evitar los factores de riesgo.

## CAMBIOS DE LA ASISTENCIA AMBULATORIA A LA APS

### Objetivo

De: individuo	a:	comunidad
enfermedad		salud
curación		prevención y cuidado

### Contenido

De: tratamiento	a:	promoción salud
trat.episodico		atención y cuidado continua.
probl.especificos.		atención y cuidado global

### Organización

De: médicos especialistas práctica individual	a:	comunidad médicos generales. equipos de salud
---	----	---

### Responsabilidad

De: sector sanitario usuarios pasivos dominio profesional	a:	intersectorial autoresponsabilidad participación comunitaria
---	----	--

## **CONTENIDOS DE LA APS (Según Vuöri)**

1. Como un conjunto de actividades.
  2. Como un nivel de asistencia.
  3. Como una estrategia.
  4. Como una filosofía.
1. Como un conjunto de actividades requiere la inclusión de:
  - Educación sanitaria.
  - Provisión de alimentos.
  - Nutrición adecuada.
  - Salubridad del agua.
  - Saneamiento básico.
  - Cuidados materno infantiles.
  - Inmunización.
  - Prevención y control de enfermedades endémicas.
  - Tratamiento básico.
  - Abastecimiento de fármacos.
2. Como un nivel de asistencia implica su consideración como primer contacto individual y comunitario con el sistema de salud. Esta primera toma de contacto ha de ser interactiva, en el sentido de que no se limite al acceso de la persona enferma a los cuidados proporcionados por el sistema, sino que también sea éste el que promueva los contactos con los componentes sanos y enfermos de la comunidad y potencie el autocuidado y la autoresponsabilización respecto a la propia salud.
3. Como una estrategia de organización de los servicios sanitarios, es necesario que estén diseñados y coordinados para atender a toda la población, ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de la atención primaria.
4. Como una filosofía implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco de los derechos fundamentales de las personas, que garantice su defensa prioritaria y responda en todo momento de justicia e igualdad en el acceso y disfrute.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA APS**

1. Integral: Considera al individuo desde una perspectiva biológica-psicológica y social.
2. Integrada: Interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.
3. Continuada y permanente: A lo largo de la vida en cualquier circunstancia y en los diferentes, ámbitos.
4. Accesible: No solo considerando la situación o distancia geográfica, sino teniendo en cuenta criterios de equidad y justicia social.
5. Basada en el trabajo en equipo: De profesionales sanitarios y no sanitarios.
6. Comunitaria y participativa: La APS se basa en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en marcha.
7. Programada y evaluable: Con objetivos, metas, actividades, recursos de control y evaluación claramente establecidos.
8. Activa: Atendiendo no solo a las demandas de la población, además trabajando activamente resolviendo las necesidades de salud especialmente en los campos de la promoción y de la prevención.
9. Docente e investigadora. Desarrolla actividades de pre y postgrado, así como formación continuada de los profesionales y de investigación básica.

### **APS EN EL SISTEMA SANITARIO NACIONAL Y EN EL SISTEMA SANITARIO VALENCIANO**

La Ley 16/2003, del 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. En el capítulo I, Artículo 12 recoge la prestación de la Atención Primaria.

1. La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador y de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.
2. La atención primaria comprenderá:
  - a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
  - b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
  - c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
  - d) Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
  - e) La rehabilitación básica.
  - f) Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
  - g) La atención paliativa a enfermos terminales.
  - h) La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
  - i) La atención bucodental.

El Sistema Sanitario Valenciano se ordena en Departamentos de salud que equivalen a las Áreas de salud previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

### **DEPARTAMENTO DE SALUD**

El departamento de salud de salud atendiendo a la máxima integración de los recursos asistenciales se divide en zonas básicas de salud.

La zona básica de salud: Es el ámbito territorial básico de actuación de la Atención Primaria de Salud.

En el Departamento de Salud se integran:

- Los centros de salud y consultorios.
- Las unidades de apoyo.
- Centros sanitarios integrados.
- Hospitales y centros de especialidades
- Aquellos dispositivos y/o unidades de carácter docente e investigador que le sean asignados.
- Aquellos dispositivos y/o unidades que por su naturaleza se asignen al Departamento de Salud.

### **EL CENTRO DE SALUD**

Es la estructura física y funcional donde se desarrolla una parte importante de actividades de la APS basada en el trabajo en equipo de los profesionales de forma integral, coordinada, continuada y permanente.

### **FUNCIONES DEL CENTRO DE SALUD**

1. Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica.
2. Albergar los recursos materiales precisos para la realización de las exploraciones complementarias de que se pueda disponer en la zona.
3. Servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios.
4. Facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona.
5. Mejorar la organización administrativa de la atención de salud de su zona de influencia.

### **PRESTACIONES DEL CENTRO DE SALUD**

Los centros de salud y consultorios constituyen el acceso inicial al sistema sanitario, en ellos se utilizan los recursos necesarios para desarrollar las siguientes.

- Atención sanitaria a demanda programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del paciente.
- Realización de programas de salud específicos relativos ,a la mujer, a la infancia, a los adultos, a la tercera edad a los grupos de riesgo, los enfermos crónicos ,los enfermos terminales y todos aquellos que se incorporen a la cartera de servicios en base al plan de salud de la Comunidad Valenciana .

- Promoción y educación para la salud en el individuo, familia, grupo o comunidad mediante actividades integradas en los programas de salud.
- La atención a la salud bucodental.
- La atención a la salud sexual y reproductiva.
- La prevención enfocada fundamentalmente a la realización de actividades dirigidas a la detección precoz de las patologías de mayor incidencia y prevalencia de la zona.
- Atención a problemas de Salud mental y conductas adictivas
- Rehabilitación básica
- Trabajo social
- Cirugía menor
- Aquellas prestaciones de orden jurídico legal derivadas de la legislación vigente.
- Todas aquellas funciones asistenciales de mayor nivel de complejidad que se determinen.

Los responsables de estas prestaciones son los miembros del Equipo de Atención Primaria

(EAP) los profesionales de las unidades de apoyo y el resto de profesionales del departamento que se determinen con el fin de acercar los servicios al usuario actuando todos ellos de forma coordinada e integrada.

### **EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Es la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y las actividades de la APS en una comunidad concreta.

#### FUNCIONES DEL EAP

- Asistencia
- Promoción de la salud
- Prevención de la enfermedad
- Rehabilitación
- Funcionamiento interno y soporte

#### ACTIVIDADES

Visita en el centro y en domicilio  
(Espontánea, programada y urgente)

Educación sanitaria individual y colectiva  
(En el centro, en colegios y otras instituciones)

En procesos agudos y crónicos  
(Vacunaciones, cribados)

En procesos agudos y crónicos  
(Reinserción social)

Docencia e investigación.  
Formación continuada.  
Organización interna.  
Política de calidad y evaluación  
Gestión

CARACTERÍSTICAS del trabajo en equipo:

- Objetivos comunes.
- Clara comprensión de funciones.
- Coordinación de técnicas y conocimientos.
- Organización flexible y consensuada.
- Participación de todos los componentes en la toma de decisiones y responsabilidad final.

VENTAJAS del trabajo en equipo:

- La diversidad de perspectivas aumenta la posibilidad de resolver los problemas.
- Evita el duplicado de esfuerzos.
- Asegura la continuidad de los proyectos.
- Unifica conceptos, criterios, técnicas.
- Fomenta la solidaridad entre los miembros.
- Favorece las relaciones positivas con la comunidad.
- Es un beneficio para los profesionales.

Podemos por tanto definir que un equipo es :Un grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con una metodología compartida, de cara a un objetivo común, donde cada miembro tiene claramente asumidas sus propias funciones y los intereses comunes del colectivo, y todos los miembros comparten la responsabilidad de los resultados.

### **EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL EQUIPO DE SALUD**

El desarrollo de la APS no es viable sin el concurso de profesionales de enfermería capaces de asumir un papel principal en la impartición de cuidados de salud desde una perspectiva integral tanto en el plano individual como en el comunitario.

El profesional de enfermería de APS ha de ser capaz de asumir funciones y actividades en todos los campos propios, con amplios grados de responsabilidad y autonomía, en la medida que tenga la preparación técnica necesaria y no como resultado de una simple delegación por parte del médico.

Los profesionales de enfermería de APS participan en grado creciente en las actividades de docencia y de investigación desarrolladas en los EAP, así como en las tareas de salud comunitaria y de coordinación.

En el terreno de asistencia curativa, los profesionales de enfermería participan en la prestación de cuidados de salud con especial referencia al seguimiento y control de pacientes crónicos y la instrumentación de técnicas diagnosticas y terapeuticas. En la atención domiciliaria programada de pacientes crónicos, el profesional de enfermería debería ser habitualmente el responsable del mayor porcentaje de las actividades desarrolladas ,quedando el medico prácticamente como elemento consultor puntual. En relación directa con este campo esta el de las actividades comunitarias que realizan las enfermeras en el seno de las instituciones y servicios propios de la colectividad, en colaboración con las trabajadoras sociales de los EAP.



Si se analiza la evolución demográfica y la planificación de los servicios de salud en los países desarrollados se advertirá que una de las principales líneas de trabajo de los profesionales de enfermería en el futuro se encuentra en la atención domiciliaria y en la colaboración en las tareas de conexión de los recursos sanitarios y sociales.

### **ATENCIÓN DOMICILIARIA (AD) COMO OBJETIVO DE LA APS**

Las características que definen al equipo de salud permiten desarrollar los elementos básicos que definen la atención domiciliaria. Equipos multidisciplinarios con profesionales sanitarios y no sanitarios así como la atención integral de los mismos, posibilitan en la práctica la atención en el domicilio. En la AD es necesaria la participación además de los miembros del equipo otros elementos del campo social y con dependencia orgánica y funcional diferente.

La AD como actividad clave de la APS está adquiriendo una relevancia creciente en el entorno y debe ser organizada mediante programas integrados.

### **DIAGNÓSTICO DE SALUD**

- Es una aproximación al nivel de salud de una población y los factores que la condicionan, se identifican los principales problemas y necesidades, así como los recursos disponibles, estableciendo prioridades y proponiendo áreas de acción, sirviendo como punto de partida para la elaboración de programas y estrategias locales encaminadas a convertir esa comunidad en un lugar más saludable.
- Estudio exhaustivo de las características de la comunidad, circunstancias que afectan a su salud y el propio estado de la misma. Se estudian todos los factores relacionados directa o indirectamente, con la salud, a través del diseño de instrumentos de medida específicos, y el análisis de los recursos existentes, de las actividades de los servicios y de sus resultados.
- El diagnóstico de salud es un tipo particular de investigación cuyo objetivo es conocer las características de salud-enfermedad de una población en particular. Debido a que existen pocos indicadores de salud, habitualmente se recurre a la búsqueda de indicadores de enfermedad, así como a los indicadores de los factores de riesgo asociados con las enfermedades más frecuentes. El propósito del diagnóstico de salud es el de contar con información que permita implementar acciones de salud para minimizar los daños existentes, prevenirlos y promocionar medidas que mejoren las condiciones de vida y los estilos de vida de la población. Algunos autores consideran que el Diagnóstico de Salud es la primera etapa del proceso de Planeación en Salud.

### **FASES**

- Recogida de la información básica.
- Descartar la información no útil.
- Elaborar indicadores.
- Interpretar los resultados.
- Elaborar un listado de condicionantes o problemas de salud que afectan a la comunidad.

El diagnóstico de salud no es solamente recogida de datos. Su propia elaboración se orienta a seleccionar y filtrar la información relevante, formulando conclusiones que posibiliten valorar la gravedad de los problemas, indicando cuales son los principales. Se trata de un trabajo orientado a la acción no hacia la investigación.

Tampoco se trata de un documento aislado, sino que debe ser planteado como un proceso cíclico, como publicaciones de series de diagnósticos en intervalos regulares de tiempo. La primera de estas publicaciones debería abarcar los problemas más apremiantes e importantes y posteriores documentos servirían para evaluaciones y matizaciones.

Para que un diagnóstico de salud sea relevante siempre tendría que depender de la participación local, y la interpretación de los datos debería en cierto modo reflejar las diferencias sociales y culturales.

Su principal finalidad es estimular la acción para mejorar la salud de una comunidad y esto lo hace:

- Proporcionando información precisa, actualizada e imparcial sobre la salud de la población y sobre sus determinantes
- Analizando la información desde el punto de vista de su impacto sobre la salud
- Fijando objetivos para evaluar el progreso
- Implicando a la comunidad en la planificación de su salud

## OBJETIVOS

- Reunir la información sobre salud relevante.
- Identificar problemas de salud.
- Identificar factores que afectan a la salud.
- Sugerir áreas de acción para mejorar la salud
- Ser un estímulo para que se realicen los cambios necesarios para mejorar el nivel de salud
- Fijar objetivos para conseguir logros relacionados con la salud
- Estimular la acción intersectorial
- Identificar la necesidad de nuevos datos de los indicadores de salud
- Informar a la población y a los políticos sobre las cuestiones que afectan a la salud de una manera sencilla y asequible

Se trata en resumidas cuentas de conocer el nivel de salud de una población y los factores condicionantes.

## Nivel de salud y factores condicionantes

La salud viene determinada por la interacción de cuatro variables:

- 1) Biología humana: genética, envejecimiento.
- 2) Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.
- 3) Estilos de vida: conductas de salud.
- 4) El sistema de asistencia sanitaria.

Excepto el primer punto el resto son modificables y hacia ellos debe dirigirse de forma prioritaria las acciones de salud pública.

### **Nivel de salud**

El nivel de salud de una población viene dado por los indicadores de morbilidad y mortalidad.

La mortalidad puede estimarse para todos o algunos grupos de edad, para uno o ambos sexos y para una, varias o todas las enfermedades

Los indicadores de mortalidad son ampliamente utilizados. Tenemos multitud de indicadores de mortalidad pero hay que seleccionar aquellos que nos sean accesibles y nos proporcionen información útil, entre los que se encuentran:

- Mortalidad general: es el volumen de muertes ocurridas por todas las causas de enfermedad, en todos los grupos de edad y para ambos sexos
- Mortalidad por edad
- Mortalidad por sexo
- Mortalidad por causas: isquemia cardiaca, ACV, cáncer de pulmón, de mama, EPOC...

Respecto a la esperanza de vida y a los años de vida potencialmente perdidos, generalmente no nos los proporcionan, pero suelen ser similares a los extrapolados de áreas próximas.

Los indicadores de morbilidad son indicadores que intentan estimar el riesgo de enfermedad (carga de morbilidad), cuantificar su magnitud e impacto. Los eventos de enfermedad pueden no ser fáciles de definir, y pueden prolongarse y repetirse en el tiempo, lo que plantea dificultades en la elaboración de indicadores de morbilidad. La morbilidad diagnosticada es más factible conocerla. La morbilidad subjetiva es aquella que el individuo siente, pero no solicita asistencia, solo es posible conocerla mediante encuestas de salud.

La enfermedad puede medirse en términos de prevalencia o de incidencia.

### **Factores condicionantes**

Se comienza recogiendo datos cuantitativos, información objetiva, para lo cual se utilizan una serie de indicadores cuantificables, que aportan información sobre el nivel de salud de los ciudadanos, los factores que influyen y los recursos de los que dispone el municipio.

#### 1. Factores sociodemográficos

Las estadísticas sociodemográficas son tan fundamentales en la descripción de un municipio que deben estar incluidas en todo diagnóstico de salud. Normalmente están bien definidas universalmente y son indicadores útiles para comparar ciudades.

El comienzo de todo diagnóstico de salud debería ser siempre el tamaño de la ciudad y la descripción demográfica de la población, disponible en censos regionales o nacionales. Las tendencias futuras también deberían ser registradas.

La forma más empleada de expresar la información es la pirámide de población, o representación de la estructura de población por edad y sexo, desde la que se puede hacer una interpretación directa desde el punto de vista demográfico y una lectura de carácter sanitario.

Dentro de las características geográficas se deben incluir los límites del municipio, el clima, la orografía, la accesibilidad.

En las demográficas: población total, migraciones, distribución por sexo y edad, tasas de dependencia.

- Vivienda: La vivienda es un requisito fundamental para la salud, la información se obtendrá de forma distinta según predomine la vivienda en propiedad o en alquiler. Se debe obtener información del número de personas sin hogar, de las características físicas de la vivienda (dimensiones, instalaciones de agua, calefacción, luz, gas) la densidad de ocupación.
- Desigualdades: Las desigualdades entre los ciudadanos es un punto importante que debe identificarse y a ser posible cuantificarse como determinante de salud. Es muy importante identificar a los distintos grupos de inmigrantes, sobre todo a los grupos mayoritarios y los marginales, investigando su origen para ayudarles a su integración en la comunidad.

## 2. Recursos

Los recursos de la población estudiada, sirven para detectar potenciales carencias en los mismos, que pudieran ocasionar déficit en la atención integral de la salud en la comunidad (no sólo en el aspecto asistencial, sino también en el área social y en la prevención y promoción de la salud). Los recursos básicos que habrá que estudiar son:

- Sanitarios: Es importante ver tanto los recursos para la salud del Ayuntamiento y los servicios de salud (Atención Primaria, Especializada, Salud Mental y Salud Pública), incluyendo personal y medios físicos; como los programas realizados por los mismos y sus resultados.
- Sociales: Igual que en el caso anterior habrá que describir los equipos de trabajo y sus proyectos.
- Educativos: Se describirán los centros educativos y sus medios en la comunidad en cuestión, así como los programas municipales dirigidos a la escuela.
- Otros:
  - Recursos de formación y promoción de empleo.
  - Recursos culturales (centros y actividades).
  - Juventud (programas específicos y sus resultados)
  - Mujer (programas específicos y sus resultados)
  - Deportes (instalaciones, usuarios y actividades específicas).

## 3. Hábitos y estilos de vida.

Es uno de los determinantes de salud más importantes para detectar posibles problemas de salud en la comunidad. Si bien la evaluación de este apartado y el resto, depende de

la información disponible y la inclusión de unos u otros factores se adapta a los criterios de cada grupo de trabajo, de los principales hábitos y estilos de vida a evaluar destacan:

- Hábitos tóxicos: Tabaco, alcohol y drogas.
- Alimentación
- Ejercicio Físico.

#### 4. Medio ambiente

Tiene un efecto muy importante sobre el estado de salud y la percepción de esta por los ciudadanos. Se dispone de varios indicadores y las estadísticas se pueden obtener de los servicios locales de medio ambiente. Los datos más representativos son: la calidad del aire y del agua, los servicios de alcantarillado, las áreas verdes, las radiaciones, las infestaciones, la contaminación acústica y la calidad de la comida.

### **ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Es de vital importancia las fuentes de información empleadas, debiendo ser confiables y rigurosas.

- Fuentes primarias. Las fuentes primarias recogen la información directamente de los individuos.
- Fuentes secundarias. Las denominadas fuentes de información secundaria, engloban entre otras a censos, registros sociodemográficos y de los sistemas de salud, encuestas de salud, registros de salud laboral, archivos locales.

Una vez obtenidos la información con el objetivo de realizar un Plan de Salud lo principal es realizar un análisis de la información obtenida para elaborar una lista de problemas y de ahí extraer los prioritarios, sobre los que se va a actuar preferentemente.

El análisis se realiza desde tres puntos de vista:

- Necesidades sentidas: Conocidas por la comunidad. Es la necesidad percibida por el usuario (para conocer este tipo de necesidades debemos preguntar)
- Necesidades demandas: Cuando las necesidades se expresan, es la necesidad comunicada al profesional por parte del usuario. La toma de conciencia lleva a un aumento de la demanda.
- Necesidades normativas: Definidas por el experto (se basa en la opinión del profesional y no en la de usuario).

### **PLANIFICACIÓN**

Entre los instrumentos de dirección de las organizaciones sanitarias, la planificación desempeña un papel determinante ya que establece la organización de la institución, la distribución de sus recursos físico y humanos, las modalidades de atención, los elementos de coordinación internos y externos y muy especialmente las actividades que se desarrollarán para lograr sus objetivos básicos que son la mejora del estado de salud de los individuos y del conjunto de la población. La planificación es la primera etapa del proceso administrativo siendo la base de todas las actuaciones posteriores.

Entre todas las definiciones de planificación la más utilizada es la de Pineault.

“Proceso continuo de previsión de recursos y servicios necesarios para conseguir unos objetivos determinados, según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre las muchas alternativas. Esta definición toma en consideración el contexto de dificultades internas y externas, conocidas actualmente o previsibles en el futuro.”

Una adecuada planificación ayudará a:

- Conocer las características y el estado de salud de la población para adecuar los servicios a las necesidades.
- Conocer los problemas de la prestación de los servicios sanitarios.
- Estimar el impacto que tiene el servicio de salud y la organización de los servicios de salud de la población.
- Monitorizar el sistema de salud, su organización y los logros de sus actividades y programas.
- Conocer los problemas de la prestación de los servicios sanitarios.
- Reestructurar de forma continuada el sistema de atención de salud, su organización y sus procesos para adecuarlos a los constantes cambios del entorno.
- Desarrollar y evaluar las políticas sanitarias que puedan afectar a la prestación de la atención.
- Afrontar el incremento de servicios generado por el aumento de la población.

La planificación ofrece diversas formas de aproximación dependiendo de cual sea su propósito y de donde se desarrolle en el sistema sanitario.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA PLANIFICACIÓN**

1. La planificación es un proceso que avanza a través de diferentes etapas estrechamente relacionadas.
2. La planificación es previsión de futuro., debe ser de futuro posible, no una situación ideal o inalcanzable debe ser lógica, ajustada y racional, se define cual es la situación ideal a alcanzar a partir de unos recursos y servicios.
3. Es un proceso creativo. Tiende a la innovación.
4. Tiende a la acción. Determina formas de actuación concretas, con unos objetivos determinados y en un plazo de tiempo establecido.  
¿Que se va a hacer? ¿Como se va a hacer? ¿Cuando se va a hacer? ¿Quien lo va a hacer?
5. Pretende unos resultados concretos. A partir de una situación concreta, se realizan unas actuaciones determinadas, con los recursos necesarios, para conseguir los objetivos prefijados.
6. Basada en las necesidades. Conocer previamente el estado de salud de los individuos, grupos o comunidades y a partir de ahí determinar las necesidades de salud para alcanzar los objetivos.

7. Precisa y utiliza información específica. La recogida de la información es una parte de la planificación (análisis y el diagnóstico de la situación), es útil tanto para conocer las necesidades como para evaluar los cambios.
8. La planificación se aplica a los diversos niveles del sistema de Salud, debiendo estar coordinada e interrelacionada en los mismos.

## TIPOS DE PLANIFICACIÓN

1. Siguiendo un esquema tradicional, la planificación puede situarse en la perspectiva de la estructura necesaria, de los procesos a realizar y de los resultados a obtener.

Ejemplo de estructura proceso y resultados en una Zona básica de salud:

- Estructura: - Integración de recursos comunitarios.
- Proceso: - Programas de salud.
  - Protocolos.
  - Actividades.
  - Calidad.
  - Coordinación.
- Resultado: - Indicadores de salud.
  - Satisfacción del cliente externo-interno.

2. Siguiendo una aproximación basada en el territorio, la planificación puede situarse en el ámbito nacional, de área/distrito sanitario y de zona básica de salud.

En España tenemos por una parte, la Ley General de Sanidad establece la obligatoriedad de elaborar un Plan Regional de salud en cada Comunidad Autónoma, que engloba el conjunto de los planes de las áreas de salud (en la Comunidad Valenciana en la actualidad Departamentos de salud) en las que se divide cada una de ellas. Y por otra desde el Ministerio de Sanidad se elaboran una serie de programas que se aplican en todo el territorio nacional.

## PLANIFICACIÓN EN SALUD

Desde la perspectiva de la APS la planificación que se propone es la basada en los resultados en salud y que tiene como base el territorio de una zona básica de salud, la unidad territorial más pequeña del sistema.

## IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE PROBLEMAS

El análisis de salud de una comunidad es un proceso de estudio sistemático del que se obtiene una descripción valorada y proyectada de las necesidades de salud debe discriminar los problemas según su importancia y establecer el orden de prioridades.

## PRIORIZACIÓN

Ante problemas múltiples y recursos limitados es necesario priorizar, ordenar los problemas de salud de acuerdo con su importancia y el grado de factibilidad y eficiencia de las intervenciones propuestas.

Existen diversos métodos para la priorización, los normalmente empleados son:

1. Magnitud y gravedad del problema. Los dos criterios principales para valorar la importancia del problema son: La magnitud (número de personas afectadas) y su gravedad (años de vida perdidos, incapacidad que produce, etc.)
2. Impacto social y económico del problema de salud en la comunidad.
3. Eficacia y eficiencia de los programas de salud comunitarios. Eficacia es el grado en que un determinado programa un resultado beneficioso en condiciones experimentales ¿La eficacia se ha constatado principalmente mediante ensayos clínicos controlados? ¿Se ha mostrado eficaz en poblaciones similares? Eficiencia entendida como la relación entre los resultados producidos por el programa y los costes generados por su aplicación. ¿Cuál es el coste de los diferentes programas que se están considerando y los posibles beneficios de cada uno de ellos?
4. Factibilidad. El hecho de saber que existen posibilidades teóricas de intervención no es suficiente para que una intervención sea aplicable. Su factibilidad estará en relación con la capacidad de resultar operativa en una comunidad concreta.
5. Disponibilidad de recursos.
6. Políticas de salud y valores comunitarios.

## DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

La etapa de priorización sirve para decidir que problemas se enfocaran y la etapa del diagnóstico comunitario de un problema de salud constituye la línea de partida. El diagnóstico de salud puede implicar a un único problema de salud o aun conjunto amplio de problemas relacionados, sus determinantes y sus efectos.

## PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA

La declaración de Alma-Ata señala que APS es la base para alcanzar un nivel adecuado de salud y recomienda la aplicación de programas de salud coherentes con la planificación sanitaria como instrumento para alcanzar el objetivo global.

Programa de salud: Se define como un conjunto de actividades, dirigidas a alcanzar unos objetivos concretos y destinados a una población determinada. En salud Comunitaria se entiende por programa de salud a una serie ordenada, organizada, coherente e integrada de actuaciones dirigidas a alcanzar unos objetivos concretos en una población utilizando los recursos adecuados y con la intención de mejorar el estado de salud.

La concepción de un programa de salud se debe contemplar de forma integral, multidisciplinaria y participativa con la comunidad teniendo en cuenta su posible extensión a los referentes propios de la APS. las escuelas, las empresas, los centros cívicos y las asociaciones de vecinos, entre otros.



La planificación por programas incluye:

1. Formulación de objetivos.
2. Actividades
3. Recursos.
4. Sistemas de información.

Aspectos a tener en cuenta en la planificación de programas.

**1. Formulación de objetivos:** Los objetivos clásicamente se dividen en objetivos de salud o de resultado y de proceso. Entre los objetivos de salud de de resultado se distinguen los generales y los específicos.

Objetivos generales: Se definen como los cambios en el estado de salud que se pretenden alcanzar (por ejemplo disminuir la prevalencia del hábito tabaquico)

Objetivos específicos: Expresan cuantitativamente el resultado que un programa trata de alcanzar especificando el tiempo en el que se quiere lograr y la población diana. (Por ejemplo disminuir el 10% la prevalencia del hábito tabaquico en fumadores que acudan a consulta)

Objetivos de proceso: Grado de cumplimentación de las actividades previstas para conseguir los objetivos de salud (por ejemplo realizar la detección de hábito tabaquico a un 30% de la población diana durante el primer año y aun 60% en el segundo año.

Los objetivos han de ser realistas en cuanto a su factibilidad teniendo en cuenta los recursos disponibles y su aceptabilidad por parte de la comunidad y del equipo que lo desarrolla. No deben ser tan ambiciosos que sean imposibles de alcanzar ni tan conformistas que su logro no entrañe un esfuerzo adicional. Una vez formulados hay que comprobar que sean mensurables, y decidir que indicadores son los adecuados para evaluarlos. Debe haber un equilibrio entre los objetivos propuestos y la capacidad real del equipo para ejecutarlos.

La fijación de objetivos tiene un claro componente directivo, en su formulación han de participar no solo los miembros del equipo, sino también los directivos del servicio de salud, los representantes de las instituciones que puedan tener un estrecho contacto con el programa y los miembros o representantes de la comunidad. La utilidad de los objetivos reside en estimar la cantidad de mejora que se puede lograr en relación con una situación de salud en un plazo de tiempo determinado, y se la base de la vigilancia y la evaluación.

## **2. Actividades**

Son las acciones concretas que se llevan a cabo para conseguir los objetivos planteados.

La decisión sobre el tipo de actividades que se realizarán procede de la fase del diagnóstico y pueden desarrollarse varias para alcanzar un objetivo o bien la realización de una actividad puede servir a distintos objetivos.

Un programa puede incluir actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de curación y rehabilitación, de participación comunitaria, de formación, docencia e investigación.

La planificación de las actividades exige responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué actividades se realizarán?
- ¿A quién va dirigida la actividad?
- ¿Cuál es la cobertura?
- ¿Cómo se ejecuta?
- ¿Cuándo?
- ¿Dónde?
- ¿Quién lo hará?
- ¿Con qué recursos materiales y financieros?
- ¿Cómo se evaluará?

### **3. Recursos**

Con frecuencia el principal recurso de un programa es el tiempo que los miembros del equipo tienen que dedicarle. No obstante también se tienen que tener en cuenta los recursos económicos, materiales y la capacitación del personal para su desarrollo.

### **4. Sistemas de información**

Antes de poner un programa en marcha es indispensable disponer de un documento en el que se describan de forma clara los objetivos, las actividades, el proceso, la información a registrar, los indicadores que se van a utilizar y como se va a evaluar. Teniendo en cuenta que los han de ser sencillos y de fácil cumplimentación. La informatización de los registros puede facilitar enormemente el trabajo.

## **EJECUCIÓN DE UN PROGRAMA**

Es en la fase donde se realiza lo anteriormente planificado. Se han de crear mecanismos que permitan incorporar con facilidad las modificaciones de las actividades previstas.

## **EVALUACIÓN DEL PROGRAMA**

Los indicadores empleados en la evaluación se escogen de acuerdo con los objetivos y los resultados esperados. Los indicadores deben ser válidos, sensibles y específicos.

- La evaluación es de las actividades también llamadas de vigilancia o monitorización y de los resultados.

a) Evaluación de las actividades:

- Cobertura: Porcentaje de personas que ha alcanzado el programa.
- Cumplimiento: Proporción de participantes que permanecen en el programa y cumplen de forma continuada con sus actividades.
- Idoneidad de los procedimientos: Grado en los que estos se han realizado según lo previsto.
- Satisfacción: Estudia la naturaleza de la relación entre la población diana y los profesionales del equipo.

b) Evaluación de los resultados: Comparar los objetivos de salud formulados con los resultados obtenidos.

- La responsabilidad recae principalmente en el equipo encargado de planificar y diseñar el programa.
- Su finalidad es conocer la efectividad con la que se han alcanzado los objetivos de salud propuestos y con que eficiencia.

Técnicas evaluativas de los programas:

- Análisis coste-efectividad: Coste del resultado de salud.
- Análisis coste- beneficio: Valoración de los beneficios monetarios.
- Análisis coste-utilidad: Valoración que hacen los individuos de los resultados de un programa en función del estado de salud conseguido. Por ejemplo años de vida ganados por su calidad.

## **INTERVENCIÓN COMUNITARIA Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

### **CONCEPTO DE COMUNIDAD**

La declaración de Alma-Ata define comunidad como un agregado de individuos que tienen intereses y aspiraciones comunes. No obstante la comunidad es algo más que un conjunto de individuos y un territorio, es un sistema de relaciones a menudo contrapuestas y en lucha en la cual los individuos están agrupados en diferentes sectores.

Las diferentes reformas de la APS han supuesto diversos e importantes cambios en la forma de articular la mejora de la salud colectiva desde el sector sanitario, por ello necesita estar conectada con el medio social para elevar los niveles de salud de la población.

Los términos acción social, participación comunitaria e intervención comunitaria tienden a fusionarse como si tratásemos de un solo concepto, los tres están muy relacionados entre si pero no son exactamente lo mismo.

Hablamos de acción social como el conjunto de actividades que se producen en la sociedad y que contribuyen a mejorar la salud. (Ya sea en el seno de la familia, vecinos, asociaciones, las que promueven otros sectores y que inciden en la salud). Cuando los servicios de salud articulan formas de colaboración y relación con la población hablaríamos de participación comunitaria; podríamos considerarla englobada como una parte de esta acción social. Cuando se actúa sobre grupos de población determinados por parte de los sistemas de salud estamos hablando de intervención comunitaria.

### **CONEXIÓN ENTRE LAS APS Y LA COMUNIDAD**

- El equipo de APS es un recurso de la población para dar respuestas a algún problema de salud.
- La población es un recurso para poner en marcha un programa de salud en una zona concreta.

### **UTILIDAD DEL CONOCIMIENTO DE LA COMUNIDAD**

- Disponer de información para planificar acciones de salud y poder dar la atención pertinente.
- Tener orientación acerca de la mejor manera de entrar en contacto.
- Tener información sobre sus recursos.
- Establecer colaboración entre el sistema sanitario y los grupos de la comunidad.

### **IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

- Tiene un valor intrínseco para la población.
- Aumenta la responsabilidad y libera de la dependencia de los profesionales.
- Es una garantía que se actúa sobre una necesidad percibida.
- Es garantía de supervisión externa a los servicios sanitarios.
- Facilita la utilización de conocimientos autóctonos.

### **FINALIDADES DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD**

- Es un derecho y un deber que debería ejercitarse.
- Puede contribuir a la movilización de recursos.
- Puede mejorar la salud de la población al impulsar medidas preventivas que son más eficaces que las curativas.
- Aumenta la adecuación de los programas de salud a las necesidades definidas por la población y por tanto son probabilidad de éxito.
- Rompe lazos de dependencia y estimula la toma de conciencia

### **DIFICULTADES PARA LA APLICACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

La participación no es una fórmula sencilla, ya que supone una redistribución de poder en las sociedades contemporáneas, algo que es difícil de conseguir. Los problemas surgen desde los diferentes componentes:

#### **1. Problemas relacionados con los profesionales sanitarios:**

- Orientación biologicista del proceso salud-enfermedad. La mayoría de los problemas ya no son biomédico, sino de ajuste con la sociedad y de forma de vivir.
- Importancia y poder de la industria biomédica.
- Corporativismo sanitario que dificulta el proceso de participación utilizando un lenguaje técnico, propiciando un sistema de participación interesada que persigue obtener metas previamente fijadas por los responsables sanitarios.
- Burocracia sanitaria (dificultad de acceso, retraso en la solución)
- Incapacidad de consensuar y priorizar las necesidades reales con la población.
- Escasa representatividad de las organizaciones vecinales.

#### **2. Problemas relacionados con el modelo político:**

- Ambigüedad política frente a la participación.

- Falta de interés de los movimientos de participación, dar poder a la población para decidir sobre todo lo que concierne a su salud significa darle control no solo sobre el sistema sanitario sino sobre otros muchos sectores sociales (vivienda, industria, ecología)
- Ausencia de una verdadera descentralización, lo que impide una toma de decisiones real por parte de la población.

### 3. Problemas relacionados con la comunidad:

- La comunidad está desarticulada. Existe un fraccionamiento, desorganización o ausencia de grupos. Las personas más necesitadas de participación (pobreza, marginación) son las que no suelen acceder a los recursos sanitarios.
- Falta de motivación a la participación.
- Escasa representatividad de las organizaciones vecinales.

### MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN

Los documentos donde se han puesto las bases para las reformas sanitarias "La declaración de Alma-Ata y la carta de Ottawa (OMS\_UNICEF, 1980, y OMS 1986)" han otorgado a la participación comunitaria un papel crucial.

En España desde la aprobación de la Ley General de Sanidad 1986 la participación comunitaria tiene un papel principal en el desarrollo de la APS, considerando a los Consejos de Salud como el modelo ideal de participación.

En la Comunidad Valenciana queda recogido, mediante el Decreto 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana. En su artículo 29 nos habla del Consejo de Salud del departamento como órgano de participación comunitaria.

#### *Artículo 29. Órganos de participación del departamento.*

29.1. El Consejo de salud del departamento de salud es el órgano de participación comunitaria para la consulta y seguimiento de la gestión de la Agencia Valenciana de Salud en el departamento de salud. Su estructura y funcionamiento son las que recoge el artículo 33 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de La Comunidad Valenciana."

Se consideran otros mecanismos de participación comunitaria además de los Consejos de Salud a:

- Agentes comunitarios de salud.
- Contactos con asociaciones y otras organizaciones.
- Relaciones con otros sectores sociales.
- Encuestas de satisfacción.
- Sistema de reclamaciones y sugerencias.
- Personal no sanitario como informador clave.
- Creación y grupos de apoyo.
- Cultura de orientación al usuario.

## BIBLIOGRAFÍA

- OMS. Atención primaria de salud .Conferencia Internacional de Ama-Ata. Ginebra 1978.
- OMS. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º aniversario. Ginebra 2003.
- Vuõri H ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? Aten Primaria 1984; 1:2-4
- Manual de criterios para la acreditación sanitaria en Atención Primaria.2007.
- Real Decreto 137/0984 de 11 de enero. Estructuras básicas de salud (BOE 1/2/84).
- DECRETO 74/2007, de 18 de mayo, del Consel, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana (DOGV nº 5518, de 23-05-2007)
- Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana.
- Mac Carthy, C, et all.: City health Profiles. How to report on health in your city; 1997.
- Mac Carthy, C. Garcia, P.,: Measuring health. A step in the development of city health profiles; 1994.
- Piedrola Gil, G., Medicina preventiva y salud pública, Barcelona, Salvat 8ª edición.
- Chalgub Moero, A. Acosta Cabrera, O., Municipios por la salud. Proyecto municipal de la Ciudad de la Habana, Cuba, 1998.
- Curso de Nivelación. Bloque 4.Evolución del Sistema Sanitario. Colegio de Enfermería de Alicante. 2007
- Organización Panamericana de la Salud. "El movimiento de municipios saludables en América, Washington DC: OPS/OMS", 1992: 1-4.
- Revilla de la L, Sevilla E. Participación de la Comunidad en Atención Primaria 1987; 4:395.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF.Atención Primaria.Volumen I. Quinta Edición2003. Eservier.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF.Atención Primaria.Tercera Edición 1994. Mosby/Doyma.

## **TEMA 7**

EDUCACIÓN PARA LA SALUD. CONCEPTO. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN.  
METODOLOGÍA E INVESTIGACIÓN EN EpS





## ÍNDICE

<b>1. La Educación para la Salud. Concepto y modelos</b> .....	179
1.1. Introducción. ....	179
1.2. Concepto de Educación para la Salud. ....	179
1.3. Necesidad de implementar la Educación para la Salud. ....	181
1.4. Campos de Actuación de la Educación para la Salud. ....	181
1.5. Modelos de Educación para la Salud. ....	182
<b>2. Ámbitos de actuación de la Educación para la Salud</b> .....	190
<b>3. Metodología e investigación en Educación para la Salud</b> .....	191
3.1. Técnicas didácticas en Educación para la Salud. ....	191
3.2. Investigación en EpS. ....	196
3.3. Actividades de Educación para la Salud. ....	197
3.4. Programación en Educación para la Salud. ....	198



## 1.- LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD. CONCEPTO Y MODELOS

### 1.1.- Introducción

La Educación para la Salud (EpS) es una práctica antigua, aunque ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico, como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación a la salud: de un concepto de salud como no enfermedad hacia otro más global, que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social.

El paso del concepto negativo de salud a una visión positiva ha conducido a un movimiento ideológico, según el cual, las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, frente al enfoque preventivo, que había prevalecido hasta entonces. Paralelamente se ha producido un cambio terminológico: de la tradicional denominada Educación Sanitaria a la actual EpS. Así pues, la EpS tiene como objeto mejorar la salud de las personas y puede considerarse desde dos perspectivas: preventiva y de promoción de la salud.

### 1.2.- Concepto de Educación para la Salud

Han existido y existen diversas definiciones de EpS, pero todas tienen como elemento y objetivo común la modificación de conocimientos, actitudes y comportamientos de salud en los individuos, grupos y colectividades, con una etapa inicial, antes de la década de los setenta del pasado siglo, en la que la acción se centraba en los individuos ("factores internos") y una etapa actual, desde dicha década, en la que se incide también en los factores ambientales y sociales ("factores externos").

A principios del siglo XX se establecieron las primeras aportaciones al concepto de EpS. Con la publicación en el año 1923 de la obra de Winslow defendiendo la salud pública y la necesidad de incluir la educación sanitaria como una de las acciones fundamentales para el fomento y protección de la salud de la población.

En 1926, Wood la definía como "la suma de experiencias que influyen favorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y de la comunidad".

Aportaciones más recientes como las de Thomas McKeown, nos ofrecieron una innovación en el concepto de salud pública y EpS respecto a la inclusión de los factores ambientales como determinantes en el estado de salud de la población.

Milton Terris establece lo que denomina "la primera revolución epidemiológica" en el logro que se produjo en la década de los 50 frente a las enfermedades infecciosas. Y, defiende la necesidad de una segunda revolución que disminuya la morbi-mortalidad en patologías prevalentes tales como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, etc.

La OMS, en 1966, define la EpS como “el conjunto de experiencias y de situaciones que en la vida de un individuo, de un grupo o de una colectividad pueden modificar sus creencias, sus actitudes y su comportamiento en relación con los problemas de salud”.

En 1974, Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar del Gobierno canadiense planteó a través del informe “A new perspective on the health of Canadians”, los determinantes de salud construyendo un modelo basado en la determinación del estado de salud de una comunidad en base a la interacción de cuatro variables:

- La biología humana.
- El medio ambiente.
- El estilo de vida.
- El sistema de asistencia sanitaria.

Una de las principales consecuencias derivadas de este informe fue el haber destacado la importancia del comportamiento individual como factor generador de enfermedad. Esto desemboca en dos consecuencias inmediatas; por un lado la necesidad de educar para la salud a los individuos y por otro, la necesidad de concienciar y responsabilizar a cada persona de su propia salud.

A. Sepelli (Escuela Italiana de Educación Sanitaria de la Universidad de Perugia), en 1970, definió la EpS como un “proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud y a responsabilizar a los individuos y grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efecto directo o indirecto sobre la salud física, psíquica o social de los individuos o la colectividad”.

En 1975, el IV Grupo de Trabajo de la Nacional Conference on Preventive Medicine (USA), planteó que la EpS debe incluir una serie de actividades o estrategias dirigidas a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, las invalideces así como las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar y proteger su propia salud, incluyendo el uso más eficaz de los servicios sanitarios.
- Motivar a la población para que desee modificar sus hábitos por otros más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y capacidades necesarias para adoptar y mantener hábitos y estilos de vida saludables.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida y una conducta saludable.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de la EpS.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos señalados.

En 1983, el OMS definió la EpS como “cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan como alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten”.

En 1998, la OMS plantea una nueva definición de EpS, entendida como un “conjunto de oportunidades de aprendizaje elaboradas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar el conocimiento sobre la salud y el desarrollo de habilidades para la vida que puedan conducir tanto a la salud individual como colectiva”.

La EpS es una parte esencial de la estrategia de promoción de la salud que tiene como fundamento el fomento de estilos de vida saludables; es, asimismo un elemento clave en la prevención de enfermedades y problemas de salud, y una herramienta útil en el tratamiento de los problemas de salud, a través de la formación en cuidados.

Según Rochon, son cuatro los bloques que dan cuerpo a la EpS, aportando respuestas a preguntas fundamentales de la disciplina:

- Ciencias de la salud: ¿Cuáles son las conductas que mejoran la salud?
- Ciencias del comportamiento: ¿Cómo se producen los cambios de comportamiento?
- Ciencias de la educación: ¿Cómo se puede facilitar el aprendizaje?
- Ciencias de la comunicación: ¿Cómo se comunican las personas?

### 1.3.- Necesidad de implementar la Educación para la Salud.

Hay varias razones que hacen que la EpS sea un elemento esencial de nuestra actuación como profesionales:

- La salud no está amenazada solamente por las epidemias o por otras enfermedades prevalentes. La salud está también amenazada por formas o hábitos de vida insanos: dieta, sedentarismo, consumo de tóxicos, etc., que inciden negativamente en la salud. Pero conseguir modificar estos hábitos no puede imponerse ni "recetarse".

- En muchas enfermedades crónicas la participación del individuo, tanto en comportamientos y estilos de vida como en la adherencia al tratamiento son imprescindibles para su control.

- Cada vez más las personas se sienten implicadas y quieren ser responsables de su salud, así como participar en las decisiones que se refieren al mantenimiento de su salud o al control de su enfermedad, y la EPS les capacita y les motiva para asumir la responsabilidad de ello.

Si definirla es una tarea compleja, incorporarla a la práctica del personal sanitario de una forma sistemática, reglada y efectiva puede ser aún más complicado. Son escasos los recursos de formación que se dirigen a la preparación del personal sanitario para el desempeño de esta función que, en muchos casos, se realiza con más voluntad que preparación.

### 1.4.- Campos de Actuación de la Educación para la Salud

El proceso de promoción de la salud es muy amplio y puede ser enfocado desde varios puntos de vista, sin embargo, vamos a sintetizarlo en tres campos de acción:

Prevención primaria: Se denomina prevención primaria “todos aquellos actos destinados a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de nuevos casos”. Este tipo de acciones están dirigidas a la población considerada “sana”. Las intervenciones en este nivel de atención pueden clasificarse como:

- Intervenciones de carácter no específico, que corresponden con acciones de promoción de la salud tales como medidas generales de saneamiento ambiental, educación vial, planificación familiar, etc.
- Intervenciones de carácter específico, que se llevan a cabo para actuar frente a un problema específico de salud como las vacunaciones, evitar determinados riesgos laborales, etc.

Prevención secundaria: Se denomina prevención secundaria “todos los actos destinados a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, reduciendo su duración y evolución”. La EpS a nivel de prevención secundaria está basada en aquellas acciones dirigidas al diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. En la prevención secundaria se utilizan fundamentalmente tres tipos de estrategias:

- El autoexamen: Su objetivo es la capacitación del propio individuo para detectar cualquier tipo de anomalía en su organismo; por ejemplo la autoexploración mamaria.
- Participación de la población en el diagnóstico precoz y tratamiento de los signos y síntomas iniciales de las patologías crónicas para recibir tratamiento lo antes posible.
- El screening o detección precoz, en la que se aplican diversos métodos de identificación de problemas a la población que en apariencia no presenta ningún problema de salud, con la finalidad de realizar una detección precoz de aquellos individuos que se encuentran en un estado inicial de una enfermedad o presenta un riesgo importante de padecerla.

Prevención terciaria: “Todos los actos destinados a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población, reduciendo al mínimo las invalideces funcionales producidas por la enfermedad”. Dentro de este apartado englobaríamos aquellas acciones encaminadas a evitar nuevas complicaciones, evitando en lo posible el avance de la enfermedad o sus secuelas, estableciendo actividades de rehabilitación, entendida ésta como un enfoque tridimensional del individuo y no solamente referidas al aspecto físico del individuo y también como acciones encaminadas a la reinserción social del sujeto. En definitiva, podríamos afirmar que a través de la prevención terciaria intentamos mejorar la calidad de vida del sujeto que se encuentra en un estado de enfermedad.

### 1.5.- Modelos de Educación para la Salud

En el campo de la aplicación real, y en función del pensamiento imperante, la realidad social y los avances científico-técnicos, se han desarrollado tres modelos fundamentales de EpS.

#### *1.5.1.- Modelo biomédico*

Es el modelo asistencial tradicional, en el que el sanitario, esencialmente el médico, se comporta como experto que ostenta toda la responsabilidad por “delegación” de los usuarios en el sistema sanitario. La población diana es exclusivamente la demandante de servicios y la información es básicamente unidireccional (consejo médico).

### 1.5.2.- Modelo preventivo

Incorpora la prevención en los grupos de riesgo y la consideración de factores ambientales y sociales, con responsabilidad compartida entre el profesional sanitario y otros profesionales (trabajadores sociales, etc.) La población diana es la comunidad y la información es bidireccional, aunque desequilibrada, pues la comunidad no participa en el diseño de los programas (campañas publicitarias), aunque se contempla la aceptabilidad por ésta de las intervenciones.

### 1.5.3.- Modelo Comunitario

Se centra en la participación de colectivos no sanitarios (asociaciones de consumidores, grupos de autoayuda...), tratando de fomentar el autocuidado y la responsabilización de los individuos y la comunidad, que es la población diana. La responsabilidad es, pues, compartida entre diferentes profesionales sanitarios y grupos no sanitarios, siendo la información bidireccional y equilibrada (Dinámica de grupos).

### Modelos aplicados en EpS:

En las últimas décadas ha surgido una tendencia a la búsqueda de estrategias prácticas para el desarrollo de intervenciones en EpS y Promoción de la Salud. De esta tendencia han surgido diferentes Modelos cuyo objetivo es facilitar la aplicación práctica de los conocimientos existentes y servir como guía para la elaboración de programas y actividades de intervención. Simonds (Salleras, 1985) recoge en un artículo de revisión, hasta 25 modelos teóricos diferentes procedentes de campos tales como la Medicina, Ciencias de la Comunicación, la Sociología... pero es la Psicología Social la disciplina que aporta más información sobre las bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud.

- Modelo PRECEDE

Se trata de uno de los modelos más conocidos y más extendidos. Fue desarrollado por el Profesor Lawrence Green (Universidad de British Columbia) y Cols (1980). En la actualidad se conoce como Modelo PRECEDE-PROCEED.

P	Predisposing	P	Policy
R	Reinforcing	R	Regulatory
E	Enabling in	O	Organizational
C	Constructs	C	Constructs in
E	Educational / Ecological	E	Educational
D	Diagnosis	E	Enviromental
E	Evaluation	D	Development

Predisponer, reforzar y permitir que se construyan diagnósticos y evaluaciones educativas y ecológicos.

Política que regula y organiza constructos para el desarrollo educacional y medioambiental.

El modelo completo consta de nueve fases que pueden resumirse en cuatro fases básicas:

- Diagnóstico de la situación.
- Programación de la intervención educativa.
- Implementación o ejecución de la acción educativa.
- Evaluación.

Factores predisponentes: Son factores internos que anteceden a la conducta. Constituyen la principal fuerza motivacional. Entre ellos destacan: conocimientos, actitudes, creencias, valoraciones, percepciones, variables sociodemográficas...

Factores facilitadores o capacitantes: Anteceden a la conducta. De forma aislada no implican la puesta en marcha de la conducta. Entre ellos destacan: recursos del medio, accesibilidad, legislación...

Factores reforzantes: Son factores consecutivos a la conducta. Se relacionan con la percepción de aceptación o rechazo. Destacan: beneficio, apoyo, reconocimiento.

#### • Modelo FACILE

Esta propuesta se basa en un Modelo de Aprendizaje de la Conducta para a partir de éste, proponer una Guía para la elaboración de un Programa. La propuesta se basa en conceptos derivados de distintas teorías como el propio Modelo PRECEDE, la teoría de la adquisición de innovaciones de Rogers, la teoría de las necesidades de Maslow, el modelo de aprendizaje de Gagné o la Teoría de cambio de Kelman e integra las aportaciones de distintas disciplinas para conseguir un marco de trabajo aplicado (Rochon, 1991).

El modelo se basa en que para adoptar una nueva conducta se han de seguir una serie de pasos:

1. Estar informado y estar interesado. El individuo debe, primero, conocer la existencia de una conducta alternativa y además, estar interesado en aprender algo sobre el tema.
2. Sentir la necesidad de tomar una decisión. Una vez que conoce la existencia de la nueva conducta, el individuo debe sentir la necesidad de tomar una decisión personal sobre la misma.
3. Tomar la decisión. En esta fase el sujeto recoge información y analiza los pros y los contras de la nueva conducta; medita sobre esa nueva conducta hasta llegar a tomar una decisión. Esta decisión incluye el hecho de probar la nueva conducta, aunque la postura final puede ser mantener la conducta anterior.
4. Probar la nueva conducta.
5. Adoptar la nueva conducta.
6. Interiorizar la nueva conducta.

Partiendo del proceso descrito, el autor elaboró una guía para facilitar la realización de un proyecto de EpS. Esta guía comprende seis fases consecutivas e interrelacionadas cuyas iniciales forma la palabra FACILE:



F	Formar el escenario de la conducta principal: En esta fase el objetivo consiste básicamente en analizar la conducta que se pretende modificar apoyándose en el Modelo de Aprendizaje del Comportamiento expuesto previamente.
A	Análisis bibliográfico: Consiste en una revisión de la literatura centrada en la información obtenida en la fase anterior
C	Consultas personales: Comprende todas las reuniones, entrevistas, sondeos... necesarios para la elaboración del proyecto, incluyendo la recolección de datos sobre la población diana.
I	Identificar aquello que se va a realizar: Se corresponde con la elaboración del proyecto. Partiendo de un borrador y teniendo en cuenta a todos los implicados se define un marco de referencia, se redactan los objetivos, se seleccionan las actividades y se elabora un plan de puesta en marcha del proyecto.
L	Llevar a cabo el proyecto: Implementación del proyecto centrándose en dos objetivos, favorecer la adhesión de los participantes al proyecto y facilitar la puesta en marcha de los elementos que lo componen.
E	Evaluar para mejorar: Conseguir los objetivos del proyecto y mejorar sus componentes en función de evaluaciones periódicas.

- Modelo de Prochaska-Di Clemente

En 1984, Prochaska y DiClemente (Prochaska 1984) formularon la hipótesis de que los cambios de conducta siguen una serie de etapas más o menos estandarizadas, tanto en los cambios espontáneos como en aquellos que siguen a recomendaciones terapéuticas. Estas etapas corresponden a lo que denominaron las etapas del cambio, y pueden explicarse como una progresión a lo largo de un proceso, que se inicia con una etapa de precontemplación, continúa con una etapa de contemplación, seguida de una etapa de preparación, y finaliza con las etapas de cambio y mantenimiento.

La precontemplación sería la etapa en la que el individuo no se plantea la necesidad del cambio, mientras que en la etapa de contemplación existe ya una intención de cambio, que en términos operativos se suele establecer en la intención de cambiar en los próximos seis meses. Este intervalo, obviamente arbitrario, sería un plazo razonable más allá del cual raramente hacemos planes de cambio, por lo menos en relación a cambios de conducta. En líneas generales, las personas en etapa de precontemplación pueden estar desinformados o mal informados, o bien pueden sentirse incapaces para el cambio, o no quieren ni plantárselo debido a razones diversas. En general, se comportan de forma defensiva respecto a su hábito presente y son muy resistentes a las presiones externas al cambio.

La contemplación sería la etapa en la que los individuos están pensando seriamente en intentar el cambio de conducta en los próximos seis meses. Los contempladores están mucho más abiertos a la información sobre los riesgos y consecuencias asociados al hábito que los precontempladores. Sin embargo, muchas personas pueden permanecer en la etapa de contemplación durante mucho tiempo.

Los individuos en preparación están dispuestos a intentar un cambio, y en consecuencia están planeándolo seriamente para un futuro inmediato, normalmente en el plazo de un mes. Normalmente los individuos en esta etapa han realizado ya algún esfuerzo en la dirección del cambio. En el caso de los fumadores, esto se traduce en haber realizado

algún intento previo que haya durado al menos 24 horas, o bien en ocasiones se ha disminuido el consumo de cigarrillos.

La etapa de acción corresponde abiertamente al momento del cambio. En general, para definir operativamente esta etapa, se debe permanecer en ella durante un tiempo; en el caso del tabaquismo se suele considerar 24 horas como el periodo mínimo. Finalmente, la etapa de mantenimiento sería la de consolidación del nuevo hábito (en el caso de extinción de conductas, del estado de abandono de la conducta), que necesita asimismo de un período mínimo, establecido para el abandono del tabaquismo en seis meses.

En la siguiente tabla se describe la estrategia a adoptar en cada una de las fases.

<b>Modelo transteórico de Prochaska</b>	
<b>FASE</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
<b>Precontemplación</b>	- Proporcionar más información - Ayudar al paciente a creer en su capacidad de cambio (autoeficacia) - Personalizar la valoración
<b>Contemplación</b>	- Ayudar al paciente a desarrollar habilidades para el cambio de conducta - Ofrecer apoyo - Ayudar al paciente a desarrollar un plan de cambio - Proporcionar material de ayuda
<b>Acción</b>	- Ofrecer apoyo - Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas
<b>Mantenimiento</b>	- Ayudar al paciente a prepararse ante posibles problemas
<b>Recaída</b>	- Ayudar al paciente a comprender los motivos de la recaída - Proporcionar información sobre el proceso de cambio - Ayudar al paciente a hacer planes para el próximo intento - Facilitar la confianza del paciente en su capacidad de cambiar - Ofrecer un apoyo (incondicional)

- Modelo de Acción para la Salud.

Este modelo, derivado de las grandes teorías explicativas, es propuesto por Tones a partir de su conceptualización de la Promoción de la Salud como la interacción de las políticas públicas de salud y la EpS (Tones, Tilford y Robinson, 1990).

El modelo se articula en torno a dos ejes: la intención conductual y la elección en salud. Según el autor, la intención conductual depende de tres sistemas: el sistema de creencias, el sistema motivacional y el sistema normativo, a los que habría que añadir además, el autoconcepto y la autoestima. La combinación de estos sistemas determinaría la fuerza con la que un individuo se enfrenta con una decisión referente a su salud.

- El Mapping de Intervenciones.

El Mapping de Intervenciones surge de la necesidad de una especificación más explícita de los procesos por los que la teoría y los descubrimientos empíricos se incluyen en el desarrollo de intervenciones (Bartholomew, Parcel y Kok, 1998).

Las características de este modelo pueden resumirse en:

1. Su propósito es proveer a los encargados de planificar programas y actividades de EpS con un marco para la toma eficaz de decisiones en cada paso del desarrollo de la intervención.
2. Ofrece un sistema para la integración de la teoría, los hallazgos empíricos y la información recogida de la población diana.
3. Presenta analogías con el mapeo geográfico. Pretende capacitar al planificador para descubrir relaciones, localizar destinos, o planificar rutas.
4. Pretende explicitar los pasos de la planificación para facilitar la colaboración entre profesionales de distintas disciplinas y experiencia.
5. Desde este punto de vista el desarrollo de programas requiere una unión entre un sistema de recursos (quienes desarrollan), un sistema de usuarios intermediarios (quienes implementan), y un sistema de usuarios finales (participantes en el programa).

Modelos más relevantes según un estudio realizado en 24 revistas de Educación Sanitaria, Medicina y Ciencias del Comportamiento (Glanz y colaboradores, 1997).

- Modelo de creencias en salud. (Health belief model).

Constituye una de las aportaciones más importantes de la Psicología Social en el área de la modificación de conductas.

Según sus autores, Rosentock y Leventhal, el que una persona siga o no las recomendaciones y/o terapéuticas está en función de varias creencias:

1. La susceptibilidad personal frente a la enfermedad que se pretende prevenir.
2. La gravedad probable (clínica o social) de esa enfermedad.
3. Los beneficios potenciales de la medida preventiva recomendada.
4. Las barreras o dificultades encontradas en la adopción de las medidas (coste económico, molestias físicas o emocionales, incomodidad, etc.)

El modelo asume que las creencias y percepciones están condicionadas por variables sociodemográficas, que ejercen influencia a través de percepciones y motivaciones.

En las revisiones del modelo se han incluido aspectos como la motivación general sobre cuestiones de salud, la confianza general en el profesional y en el sistema sanitario y las características de la relación profesional-paciente.

Entre las numerosas críticas que ha recibido, se encuentran que no tiene en cuenta el medio ambiente físico y social donde vive el individuo. El modelo no ha resultado del todo útil para explicar conductas complejas como dejar de fumar o hacer ejercicio físico.

- Modelo persuasivo-motivacional (modelo KAP).

Según los defensores de este modelo, el conocimiento provoca un cambio de actitud que mas tarde se traduce en la consecución de hábitos de vida saludables. Para cambiar las actitudes, el mensaje educativo debería llevar incorporado el componente motivacional correspondiente.

El modelo ha sido rechazado porque:

1. Los receptores desarrollan mecanismos de defensa ante los mensajes que hacen que éstos lleguen en pocas ocasiones a la fase de cambio de actitud.
2. Los cambios de conducta no siguen obligatoriamente a los cambios de actitud. Esto es una condición previa y necesaria, pero no suficiente (Green y Kapferer); las actitudes y las creencias están a menudo en contradicción con las conductas (Salleras, 1985)

- Modelo cognitivo-social.

Fue desarrollado por Bandura en 1977 a partir de la Teoría de Aprendizaje Social.

La conducta humana se explica como una interacción entre una conducta dinámica, los factores personales (incluyendo las cogniciones) y las influencias sociales.

El modelo proporciona las bases para diseñar estrategias de intervención. Incorpora elementos importantes:

1. Enfatiza las diferentes fuentes a partir de las cuales se pueden adquirir las expectativas (las propias experiencias, la observación, la persuasión verbal, la autorregulación emocional)
2. Introduce los conceptos de autocontrol y autoeficacia.
3. La expectativa de resultado (outcome expectation) o creencia de que la conducta va a derivar en un resultado deseado.

- Teoría de la acción razonada.

Fue propuesta por Azjen y Fishbein a principios de los 80. En ella se contempla el papel de los factores cognitivos. Esta teoría permite expresar en términos matemáticos la relación entre creencias, actitudes, factores normativos, interés y práctica. El único antecedente inmediato de cualquier conducta, según esta teoría, es la intención de realizarla; esto implica que todo gira alrededor de la intención y no de cualquier otro factor.

Aunque en líneas generales se trata de un modelo bien aceptado por diferentes autores, las críticas que ha recibido se basan en que las intenciones y las conductas no siempre son congruentes y que una persona no siempre hace lo que tiene intención de hacer.

- Modelo pragmático.

Se trata de uno de los modelos más aceptado en la actualidad. Se basa en que sus estrategias de intervención deben ir dirigidas a la persona mediante comunicaciones persuasivas y motivadoras, y a la vez incidir sobre el medioambiente físico, psicosocial, socio-cultural, socioeconómico, con el fin de convertirlo en favorable al cambio de conducta que deseamos (Salleras, 1985).

Este modelo incluye elementos procedentes de otros modelos teóricos como el Modelo Persuasivo Motivacional y el Modelo de Creencias en Salud.

Los grupos sociales y sus líderes juegan un papel importante para que se pueda producir el cambio de actitud previo al cambio de conducta.

Existen diversos modelos que atienden los enfoques de análisis de conducta preventiva entre ellos aparece el propuesto por Weinstein (1988) donde se refleja el proceso de adopción de precauciones como una secuencia ordenada de etapas cognitivas, cualitativamente diferentes. Tal propuesta gira en torno al desarrollo de las creencias y de las intenciones a través del tiempo para conducir a la acción.

El proceso de adopción de precauciones está conformado por una serie de etapas, esta teoría de etapas sugiere: a) que las personas se comportan de manera cualitativamente diferente en los diversos puntos del proceso de adopción de precauciones y b) que las clases de intervenciones y de información requeridas para que las personas se aproximen más a la acción varían de etapa en etapa (Weinstein, 1988).

• El modelo de adopción de precauciones toma en cuenta para hacer la caracterización de etapas, los siguientes factores:

1. Susceptibilidad al riesgo: Es definida en términos de las creencias de las personas acerca de una situación de riesgo, y en ella se distinguen tres niveles: a) En el primer nivel las personas aprenden que existe un riesgo, por lo cual se busca informar sobre los riesgos y precauciones en general. b) En este nivel se exploran los pensamientos, sentimientos, creencias y expectativas acerca de la situación de riesgo y de la probabilidad de ocurrencia para otras personas similares. c) Reconocimiento y aceptación de la susceptibilidad personal.
2. La severidad del riesgo, efectividad de la precaución y del costo. En esta etapa se identifican niveles de creencia acerca de la severidad del riesgo y de la efectividad de la precaución. Cabe anotar, primero, que la severidad del riesgo dentro de este proceso busca la sensibilización frente a la gravedad de posibles enfermedades. Por otra parte la efectividad de la precaución es entendida como el proceso de reconocimiento y aceptación de que determinada medida es efectiva en lo personal. Los niveles que componen esta etapa son: a) Conciencia sobre la existencia de la precaución; b) Creencia de que la precaución es generalmente efectiva; c) Creencia de que la precaución sería personalmente efectiva.
3. Proceso de toma de decisiones: En esta etapa se decide modificar problemáticas individuales y grupales a partir de la aceptación de la presencia del riesgo y de la efectividad de las precauciones, de acuerdo con el siguiente proceso:
  - Delimitar el factor de riesgo. Proponer alternativas de control a este factor de riesgo.
  - Hacer un balance del costo-beneficio para cada una de las alternativas propuestas.
  - Elección de la alternativa que representa mayor beneficio, y por último la intención de actuar de acuerdo con los pensamientos, creencias y expectativas para cada persona en concordancia con el proceso llevado.

4. Construcción y ejecución de los programas de cambio, en esta etapa se formulan las estrategias necesarias para reducir o eliminar los factores de riesgo al igual que el fortalecimiento de aquellos elementos que permitan mantener una adecuada salud y promocionarla, con el fin de mejorar la calidad de vida, a partir de las propuestas generadas por los sujetos actuantes en el proceso, traducido en acciones concretas y reales.

Respecto al Modelo de Adopción de Precauciones de Weinstein (1988) se concluye que es una herramienta eficaz para trabajar procesos individuales y como apoyo en procesos colectivos que se centren en el desempeño del usuario como principal estrategia de cambio a partir de un proceso educativo, ya que es un excelente conductor para evaluar permanentemente el avance en el conocimiento de la realidad de la población, como de las soluciones propuestas implementadas y ejecutadas que responden en su orden a las preguntas qué cambiar, cómo cambiar y que resultados se obtienen al cambiar para mejorar las condiciones de vida.

## 2.- ÁMBITOS DE ACTUACIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El ámbito de la EpS no se circunscribe a los servicios sanitarios sino que es extensiva a todos aquellos campos en los que se puede contribuir a fomentar una vida saludable. Por lo tanto, el campo de la EpS lo constituyen los individuos, los grupos y toda la colectividad. Sin embargo, es importante tener en cuenta las características de la realidad cultural de los individuos o grupos a los cuales dirigimos la acción educativa.

Este análisis de la realidad nos demostrará la diversidad de necesidades y justificará la existencia de diferentes programas con objetivos y estrategias distintas.

Pueden establecerse diversas clasificaciones del ámbito de actuación de la EpS pero en todas se debe tener en cuenta al individuo sano como al enfermo en interrelación con su medio, atendiendo a las características del momento del ciclo evolutivo en el cual se encuentra.

En general podemos establecer la familia, la escuela, el medio laboral, los servicios sanitarios y las intervenciones a nivel comunitario.

- La familia: Es la primera experiencia de aprendizaje que el niño tiene con relación a su salud. Depende, para tanto, de los hábitos y conductas de sus progenitores. A través de la relación y la convivencia se produce una transmisión mimética, no en el plano racional ni del conocimiento, que se adquiere por imitación de sus mayores y que va consolidando los primeros hábitos. Por tanto, la familia juega un importante papel, de manera especial en los primeros años de vida, en la transmisión de esos hábitos y capacidades saludables.
- La Escuela: La pertinencia de los programas de EpS tanto en la enseñanza primaria como en la secundaria obligatoria se basa en que las pautas de comportamiento, creencias y estilos de vida relacionados con la salud se adquieren a una edad relativamente temprana. La puesta en marcha de la LOGSE, en 1990 supuso el reconocimiento explícito y legal de introducir la EpS en el currículo escolar.

- El medio laboral. Ésta debe dirigirse al trabajador en su medio laboral, pero también a toda la red de apoyo social y comunitario. La Organización Mundial del Trabajo establece que un programa de EpS debe fomentar y mantener el nivel más elevado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores; prevenir todo daño que pueda ser causado por las condiciones de trabajo, ofrecer protección contra los riesgos y mantener a las personas en el puesto laboral que convenga a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas.
- Los servicios de salud. Actualmente las Instituciones Sanitarias contemplan en su cartera de servicios la EpS, dirigida tanto a los propios usuarios de los servicios (enfermeros y familiares), como a agentes intermedios que deben realizar EpS en su ámbito de trabajo (maestros/as, profesorado de secundaria, etc..)
- El medio comunitario. Los programas de salud comunitarios van dirigidos a la población en general integrando la información y la educación en las actividades de fomento y protección de la salud. Estos programas de salud comunitarios de EpS deben:
  - Identificar a los individuos y las conductas de riesgo.
  - Informarles y motivarles para que abandonen los comportamientos que condicionan los riesgos.
  - Estimularles a que realicen exámenes periódicos de salud para la detección precoz de los problemas de salud condicionados por los estilos de vida.
  - Informar sobre las primeras manifestaciones subjetivas y objetivas de las enfermedades.
  - Capacitar a los individuos para que participen activamente en la toma de decisiones en las cuestiones que afecten a la salud de la comunidad.

### 3.- METODOLOGÍA E INVESTIGACIÓN EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

#### 3.1.- Técnicas didácticas en Educación para la Salud

La metodología educativa podemos definirla, en un sentido amplio, como la forma de actuar o proceder que utiliza el agente educador para hacer llegar su mensaje a la población diana; a esto se le conoce como el método de EpS.

La OMS clasifica los métodos de EpS en dos grupos, en función de la relación comunicativa que se establece entre el emisor del mensaje educativo (el agente educador) y el receptor del mismo (o población diana):

- Métodos unidireccionales: Hacen referencia a aquellos recursos metodológicos que no permiten que el receptor del mensaje tenga la posibilidad de interactuar con el educador, bien para discutir el contenido, o bien, para solicitar aclaraciones. Los medios de comunicación de masas constituyen un claro ejemplo del método unidireccional.
- Métodos bidireccionales o socráticos: Son aquellos que permiten un intercambio de forma activa y continua entre el educador y el educando. El dialogo (en la entrevista sanitaria) y la discusión de grupo (en educación grupal) se consideran dos métodos clásicos bidireccionales.



Esta clasificación, sin embargo, no nos permite incluir algunos métodos en uno y otro grupo. Así por ejemplo, la proyección de un video educativo se definiría, en un principio, como método unidireccional, ya que la información que aporta es en una sola dirección. Pero, si la visualización del video se complementa con un debate que aclare los interrogantes que se hayan podido plantear, este método adquiere cualidades bidireccionales.

Debido a ello, y siguiendo las recomendaciones de Salleras para el proceso educativo de la EpS, se establece una nueva clasificación de los métodos basada en la relación de distancia existente entre los agentes educador y educando.

Según esta relación, se establece que la influencia del educador puede ser directa o indirecta. Hablaremos de acción directa cuando existe contacto ininterrumpido entre el educador y el educando utilizando, fundamentalmente, la palabra hablada y apoyándose en los medios audiovisuales como medios de comunicación. En la acción indirecta, se da un distanciamiento en el espacio y/o en el tiempo entre el educador y el educando. En esta ocasión puede utilizarse la palabra hablada, aunque con mayor frecuencia se hace uso de la palabra escrita o de las imágenes, pero intercalando entre el educador y el educando una serie de medios técnicos con son los medios de comunicación social. En líneas generales, cuanto más estrecha es la relación educador-educando y mayor la retroalimentación que se da entre ellos, mayor eficacia alcanza el método utilizado. En los Programas de EpS los métodos de acción directa se consideran más eficaces que los métodos indirectos.

Métodos directos	Métodos indirectos
La entrevista	Carteles, folletos
La clase	Prensa
La charla	Radio
La discusión en grupo	Video
	TV

Los métodos directos incluyen los siguientes recursos técnicos:

**A. La entrevista:** La EpS se entiende como la transmisión de una serie de ideas a través de razonamiento lógico entre dos personas que conversan. Se trata de establecer un situación de interacción dinámica mediante el lenguaje entre dos o más personas, durante la cual ha de existir un intercambio de opiniones, ideas y conceptos, con el fin de obtener una información completa sobre las necesidades de una de ellas, tras lo cual se establece un proceso de transmisión de información por parte del agente educador, con la finalidad de modificar conductas que sean consideradas inadecuadas para el concepto positivo de salud.

El uso de la entrevista como medio de trabajo requiere, por parte del entrevistador, de las siguientes cualidades:

- Saber escuchar: Se debe evitar interrumpir al entrevistado discutiendo o criticando sus opiniones, aunque puedan ser equivocadas, con el fin de conseguir un clima de con-



fianza y desinhibición que nos permita recabar la mayor cantidad de información posible.

- Saber conversar: para ello utilizaremos un lenguaje claro, conciso y adaptado a la cultura del entrevistado, con el fin de facilitar la transmisión del mensaje, que debe despertar interés en el entrevistado.
- Saber aconsejar: no se trata de que el entrevistador viva el problema, se debe procurar que la solución sea aportada por el entrevistado, siempre que sea posible.

#### *Tipos de entrevista:*

La entrevista libre, en la que el profesional apenas interviene y deja que el paciente haga una narración abierta y sin interrupciones. Es la que habitualmente se usa en las consultas de psicoanálisis y suelen requerir mucho tiempo.

La entrevista dirigida o estructurada, es aquella en la que el paciente se limita a contestar unos ítems prefijados para la obtención de información muy concreta. Cada vez la vemos con más frecuencia en consultas hospitalarias muy especializadas o cuando se realizan protocolos de investigación.

La entrevista semiestructurada, en la que se combina la obtención de información concreta, mediante preguntas cerradas, con información libre mediante preguntas abiertas y facilitaciones.

La entrevista que mejor se ajusta a la consulta de Atención Primaria, es la semiestructurada, ya que se adapta más fácilmente tanto en tiempo como en obtención de información de forma bidireccional; no obstante, como en cualquier otra práctica, cuando se hace de forma mecánica se vuelve rígida y con baja efectividad.

**B. La clase formal y la charla:** A través de la palabra hablada se transmite información al receptor con la finalidad de que éste la asimile y ejerza sobre él una acción persuasiva sobre la necesidad de un cambio de conducta perjudicial para su salud. La charla es el recurso más utilizado por los profesionales de la salud para dirigirse a los grupos. La ventaja de esta técnica es que llega a muchas personas a la vez. Pero como inconvenientes tenemos que el educando adopta una actitud poco activa y se limita a oír la charla. En este método es importante que sea el grupo social el que determine la necesidad de información sobre un tema de su interés. El orador debe dominar el tema. Las condiciones del lugar en el que se va a desarrollar la charla deben ser óptimas, debe ser breve, de 30 a 45 minutos, dado que resulta difícil mantener la atención del receptor más allá de este periodo. Se debe utilizar un lenguaje apropiado para los oyentes y la charla se estructura en una introducción breve pero con un contenido que despierte el interés por el tema, una descripción de ideas concretas expuestas de modo sencillo y un resumen final y conclusiones que estimulen la discusión. Finalizaremos la intervención con un debate-coloquio que potencie la participación de los receptores y permita aclarar conceptos o interrogantes que no han sido comprendidos.

**C. La discusión en grupo:** es el método educativo más eficaz para desarrollar un cambio de actitudes. Cumple los siguientes requisitos:

- La exposición de los distintos puntos de vista de los miembros del grupo permite una confrontación de ideas y un enriquecimiento de opiniones.
- El tema a tratar debe ser de interés para todo el grupo, que no debe superar las 15 personas.
- La figura del educador resulta clave, se requiere una adecuada formación en tratamiento de grupos y debe actuar como animador que favorezca la participación de cada uno de los asistentes.

*Los métodos indirectos incluyen:*

A. *Carteles, folletos:* Este recurso permite, a través de la propaganda, informar a un gran público sobre un tema particular. Su diseño debe ser atractivo para captar la atención del receptor. Las ventajas de los folletos es que siempre permanece el mensaje, que son un complemento ideal de otros medios, son baratos, amplían información dada por otro medio y se pueden utilizar para varios objetivos con sólo adaptarlos. Pero tienen los inconvenientes de que son válidos sólo para personas que saben leer, dificultad en el reparto y requiere de una reposición frecuente del mensaje escrito para garantizar la llegada del mismo a la población diana.

B. *Prensa:* Los artículos de opinión, los anuncios, las separatas con contenidos de salud son recursos del periodismo impreso que ejercen una influencia sobre las opiniones y los comportamientos humanos. Sin embargo, este poder puede actuar negativamente sobre la EpS al fortalecer mensajes negativos, derivados del sensacionalismo.

C. *Radio:* La emisión de mensajes educativos sanitarios a través de la radio se limita a despertar el interés de los oyentes por un tema. Por lo general, el mensaje debe ser de corta duración y no permite la instrucción de forma práctica.

D. *Video y TV:* El video educativo ofrece unas posibilidades extraordinarias en la EpS, permite la presentación de los hechos con gran sentido de la realidad y amplía imágenes que habitualmente el ojo humano no puede captar. La gran disponibilidad y la sencillez de uso son cualidades que le constituyen como un recurso de gran utilidad. La TV transmite gran realismo y entra en los hogares diariamente. La TV puede transmitir mensajes de EpS a la población mediante anuncios publicitarios, coloquios o debates sobre temas de salud, programas específicos y películas o series de contenidos marcadamente sanitarios. Es necesario que los guionistas se apoyen de asesoramiento por parte de agentes educadores para no caer en el sensacionalismo y provocar un efecto negativo en temas de EpS.

*Técnicas educativas grupales:*

- *Técnicas de investigación en el aula:* Son útiles para expresar, reflexionar, organizar y compartir conocimientos, experiencias y sentimientos, sirviendo en general como punto de partida para trabajos posteriores de análisis. Abordan sobre todo objetivos y contenidos del área emocional de la persona, aunque también la cognitiva (conocimientos, creencias,) y la de habilidades. Entre las técnicas incluidas en este grupo

están la tormenta de ideas, fotopalabra, dibujo-palabra, cuestionarios, frases incompletas, cuchicheo, Philips 6.6, ...

- Técnicas expositivas: son útiles para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, informaciones, modelos, teorías o estudios. Abordan los conocimientos, hechos y principios dentro del área cognitiva, aunque también, en parte, las habilidades cognitivas. En este grupo se incluyen distintos tipos de exposiciones teóricas: exposición, exposición más discusión, lección participada, síntesis teórica, lectura bibliográfica sola o más discusión, panel de expertos, mesa redonda, debate público, video con discusión...
- Técnicas de análisis: se utilizan sobre todo para analizar la realidad y sus causas, cuestionar valores, actitudes y sentimientos, etc. Abordan las habilidades cognitivas (de análisis, síntesis, valoración de situaciones, etc.) y también el área emocional, contribuyendo a trabajar actitudes, valores y sentimientos. En este grupo se incluyen distintos tipos de casos, así como análisis de textos (paneles, frases, refranes, canciones o publicidad), análisis de problemas y de alternativas de solución, discusiones de distintos tipos (en grupo pequeño o grande, abiertas o estructuradas, discusión en bandas), etc.
- Técnicas de desarrollo de habilidades: son esencialmente útiles para entrenarse en habilidades concretas (psicomotoras, personales y sociales) y para desarrollar la capacidad de actuar, de comportarse en situaciones reales. Trabajan fundamentalmente el área de las habilidades o aptitudes, psicomotoras, personales y sociales. En este grupo se incluyen distintos tipos de ejercicios, simulaciones, tales como role-playing, demostración con entrenamiento y ejercitaciones de distintos tipos, análisis de situaciones y toma de decisiones, juegos, etc.

Como apoyo a todas las clases de técnicas es útil el uso de recursos educativos de diferentes tipos: visuales, sonoros, audiovisuales, impresos y otros como objetos reales.

#### *Técnicas educativas individuales:*

- Técnicas de expresión: son útiles para expresar, reflexionar, organizar y compartir conocimientos, experiencias y sentimientos. Entre las técnicas incluidas en este grupo están: escucha activa y empática, preguntas abiertas y cerradas, citación, ...
- Técnicas de análisis: se utilizan para analizar temas desde distintas perspectivas (factores causales, comparación de realidades, alternativas de solución, etc.) En este grupo se incluyen: resumir y ordenar, apoyo emocional, ejercicios, focalizar, confrontar incongruencias, personalizar, establecer conexiones, explicitar lo implícito...
- Técnicas de información: son útiles para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, informaciones, modelos, teorías, estudios. Aborda sobre todo los conocimientos, hechos y principios, dentro del área cognitiva, aunque también las habilidades cognitivas. En este grupo se incluyen la información con discusión, información participada, lectura con discusión, verificación ...

- Técnicas de desarrollo de habilidades: serían útiles para entrenar en habilidades concretas y desarrollar la capacidad de actuar, de comportarse en situaciones reales. En este grupo se incluyen: la ayuda a la toma de decisiones (sobre todo para el desarrollo de habilidades personales), las simulaciones operativas (para el desarrollo de habilidades sobretodo sociales) y demostración con entrenamiento (para el desarrollo de habilidades psicomotoras), ejercicios, juegos, ...

### 3.2.- Investigación en EpS:

La investigación en EpS es el procedimiento adecuado para convertir el trabajo profesional o docente en investigación sin que esto suponga una tarea añadida. El docente que investiga es una persona que reflexiona sobre su propio quehacer diario para ir mejorando los resultados a través de una retroinformación científica. Describir lo que ocurre en el ámbito de trabajo (aula o centro), explicar los factores que condicionan los resultados, y comprender las relaciones y funciones que se producen en dichos espacios son tareas propias de la investigación en EpS.

El método de investigación es el camino que vamos a seguir para profundizar en el conocimiento de la EpS, por tanto, la metodología de la investigación es el "instrumento" que utilizamos en cada caso.

La realidad educativa de la EpS acoge en su seno elementos de naturaleza muy diversa, por lo que el método también será variado, múltiple, ya que la metodología de la investigación está siempre al servicio de la investigación, de la realidad que estudia, y no a la inversa. Debemos utilizar una gran diversidad de técnicas metodológicas según el contexto social donde investiguemos, y las posibilidades técnicas que tenemos en cada momento.

Los "grandes caminos" por donde podemos adentrarnos para investigar algún aspecto de la educación reciben el nombre de paradigmas y son tres:

- Deducción: proceder de lo general a lo particular.
- Inducción: analizar desde lo particular hacia lo general.
- Intuición: conocer de modo directo la evidencia de lo real.

Los niveles de investigación en EpS se establecen según la finalidad de la investigación misma. Si se trata de desarrollar la teoría de la EpS nos encontramos en el nivel de investigación básica. Si la finalidad es el desarrollo de modelos de intervención en EpS que resuelvan problemas, la investigación estará en un nivel tecnológico u operacional. Y, en tercer lugar, si la finalidad de la investigación es la mejora de la práctica social en EpS estaremos en el nivel de investigación-acción.

Dentro de las modalidades más utilizadas en investigación en EpS podemos encontrar:

- Método descriptivo:
  - Investigación por encuesta.
  - Análisis profesiográfico.
  - Estudio de campo.
  - Estudios correlacionales.

- Estudios de casos.
- Estudios causales comparativos.
- Estudios lineales.
- Estudios transversales.
- Identificación de tendencias.
  - Método histórico:
- Análisis bibliométrico.
- Estudios de catalogación.
  - Método comparado.
  - Método semiótico
- Análisis de contenidos.
- Diferencial semántico.
  - Método reflexivo.
  - Método ecológico.
  - Método fenomenológico.
  - Método experimental.

### 3.3.- Actividades de Educación para la Salud.

La intervención en materia de EpS se realiza a nivel individual, grupal y comunitario. Los preceptos de la enfermería para la salud de la comunidad se refieren a su organización, al trabajo de la enfermera individual. La responsabilidad de las enfermeras al servicio de la comunidad ha sido resumida por Cline como "ayudar a los individuos, familias y comunidades a desarrollar y utilizar su potencial para vivir de forma saludable mediante el cultivo y el uso de sus recursos propios y externos, y proporcionar cuidados de enfermería a los enfermos y familias en sus hogares".

Los medios por los cuales la enfermera cumple con estas responsabilidades incluyen:

- Visitas a pacientes y familias.
- Trabajos con grupos de la comunidad.
- Supervisión de la salud en los lugares de trabajo.

La enfermería comunitaria puede considerarse como una forma alternativa de trabajo con la población con el fin de aumentar su nivel de salud. Es responsabilidad del profesional de enfermería colaborar y desarrollar actividades de educación en la comunidad, encaminadas a promocionar la salud, prevenir la enfermedad y rehabilitar, a través de programas educativos para satisfacer las necesidades de la comunidad a la que van dirigidos. Entre dichos programas podemos mencionar:

- 1.- Programas de EpS a la familia acerca del niño: sobre aspectos como la observación de la evolución psicológica y social, control del desarrollo físico, control de niveles óptimos de inmunidad, prevención de enfermedades carenciales, higiene corporal, alimentación, prevención de accidentes, etc.
- 2.- Programas de EpS para la mujer en edad fértil: sobre aspectos como el control de la natalidad, control y prevención de tumores ginecológicos, control de embarazo, sexualidad.

- 3.- Programas de EpS en el medio escolar: sobre aspectos como la higiene corporal, alimentación, prevención del consumo-abuso de drogas, sexualidad, prevención de accidentes, prevención de trastornos de la conducta alimentaria.
- 4.- Programas de EpS en el medio laboral: en aspectos como alimentación, prevención de accidentes, enfermedades susceptibles de detección precoz.
- 5.- Programas de EpS dirigidos a la comunidad en general en aspectos como control inmunológico, enfermedades susceptibles de detección precoz, higiene ambiental, todo tipo de campañas informativas.

Las actividades de EpS en el ámbito de Atención Primaria deben incluir los siguientes aspectos:

- Mejora de los Sistemas de Salud: la EpS debe impregnar todos los protocolos y programas de Atención Primaria con el fin de conectar con todos los individuos y grupos de la comunidad para potenciar la EpS. Todo esto se realizará de diversas maneras:
  - Apoyo familiar.
  - Orientación a la comunidad sobre uso de medicamentos, productos sanitarios, servicios sociales, etc.
  - Grupos de Ayuda.
- Protección de la salud mediante actividades educativas dirigidas a prevenir riesgos derivados del medio ambiente, de modo que se reduzcan los riesgos físicos (humedad, ruidos, radiaciones, etc.), riesgos químicos (humos, gases, polvo, etc.), biológicos (infecciones, intoxicaciones alimentarias, etc.) También se incluyen actividades de prevención en el ámbito de la salud laboral y de accidentes.
- Evitación de conductas insanas a través de acciones que tratan de corregir conductas a corto, medio y largo plazo que son perjudiciales para la salud, tales como tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, drogas y medicamentos, mala alimentación, etc.
- Promoción de conductas y estilos de vida saludables favoreciendo actuaciones que potencien los hábitos de salud deseables con el ejercicio físico, dieta equilibrada, integración de los individuos en la comunidad, etc.

#### 3.4.- Programación en Educación para la Salud

El modelo de trabajo educativo no es improvisado, sino intencional, es decir, hay que prepararlo y programarlo para obtener mejores resultados y utilización de los recursos de forma más adecuada.

En la programación educativa se contemplan las clásicas etapas de la programación: análisis de la situación, objetivos y contenidos, metodología y evaluación. A partir de las necesidades educativas detectadas en el análisis de la situación, se trata de plantear objetivos para abordar esas necesidades y definir qué hacer para alcanzar los objetivos propuestos y cómo hacerlo y evaluarlo.

### 3.4.1.- Análisis de la situación:

Antes de plantear cualquier tipo de intervención educativa, individual o grupal, es necesario conocer la situación de partida. Esto permite plantear objetivos y actividades lo más adecuadas posibles a las necesidades y a la realidad del colectivo con el que se trabaje. Al plantear una intervención educativa es útil conocer algunos datos e informaciones en las siguientes áreas:

- El grupo, cuando se trata de EpS grupal: se puede partir de algunos datos generales o sobre el grupo que va a acudir a las sesiones en particular: intereses y motivaciones, participación en asociaciones, lugares de encuentro, nivel de instrucción, características culturales y nivel socioeconómico, etc. Estas informaciones ayudan a definir la necesidad o no de actividades previas de sensibilización, la forma de captación, los métodos y técnicas más adecuados al grupo, los recursos y materiales didácticos más convenientes, selección de contenidos, lenguaje, etc.
- Comportamientos respecto a su salud y factores relacionados con esos comportamientos: se trata de algunos datos sobre conocimientos, creencias, valores, actitudes, habilidades, comportamientos y los factores que se relacionan con ellos. Estas informaciones permitirán priorizar los objetivos y contenidos a trabajar con ese grupo para que se ajusten a sus necesidades y también la preparación de actividades adecuadas a su realidad.

### 3.4.2.- Objetivos y contenidos:

Existen diferentes propuesta de formulación de objetivos según el servicio o nivel de planificación desde el que se fijen (estratégico, táctico u operativo), según el grado de concreción de los mismos (generales, intermedios, específicos, didácticos), según se centren en los resultados, en los contenidos o en los procesos de aprendizaje, etc.

Se opte por un tipo u otro de formulación, a la hora de plantear la programación educativa, hay que tener presentes las siguientes cuestiones:

- Se trata de responder a las necesidades detectadas en el análisis de la situación y de indicar la nueva situación que se pretende conseguir con la intervención educativa.
- Es necesario atender a todos los ámbitos del aprendizaje, se formulen en forma de objetivos o de contenidos:
  - Área cognitiva (conceptos, hechos, principios)
  - Área emocional (valores, actitudes, normas)
  - Área procedimental (valores, actitudes, normas)
- Es útil concretar los procesos de aprendizaje que se pretenden, en forma de objetivos o de proceso de enseñanza-aprendizaje.

En cualquier caso los objetivos se van a ir concretando y definiendo más a lo largo de las sesiones según los intereses y motivaciones que las participantes vayan expresando.

Los contenidos no son sólo informaciones a transmitir, sino que incluyen, además de los conceptos y sistemas conceptuales, las actitudes, valores y normas y las estrategias y pro-

cedimientos de todo tipo. Los contenidos no los aporta sólo el educador sino también el grupo a la persona participante.

### 3.4.3.- Metodología:

Las actividades educativas constituyen experiencias concretas de aprendizaje a llevar a cabo por los participantes sobre uno o varios contenidos. En ellas pueden darse diferentes procesos de aprendizaje y utilizarse uno o varios métodos y técnicas educativas. Las actividades educativas se agrupan en sesiones educativas individuales o grupales. Para diseñarlas es útil definir la técnica educativa más útil para cada objeto de aprendizaje definido, así como el tiempo y los recursos didácticos, y la agrupación en el caso de técnicas grupales.

Cuando se trabaja en grupos, existen diferentes tipos de agrupaciones: grupo grande, grupo pequeño, parejas, trabajo individual, etc. Se suele hablar de grupo grande cuando lo integran entre 13 y 30 personas, a veces se considera incluso hasta 40, y de grupo pequeño cuando lo componen de 4 a 8 personas, a veces hasta 12.

### 3.4.4.- Evaluación

La finalidad principal de la evaluación educativa es obtener información que permita adecuar el proceso de enseñanza al progreso real en la construcción de aprendizajes, adecuando el diseño y el desarrollo de la programación establecida a las necesidades y logros detectados.

La evaluación educativa se entiende fundamentalmente como una función pedagógica, como parte intrínseca y central del proceso de enseñanza-aprendizaje: contextualizada, estructural, asequible y realista, útil, atenta a los procesos y no sólo a los resultados, sensible a los valores, etc.

En relación a la evaluación hay que considerar distintos aspectos:

- ¿Qué se evalúa? Se evalúan:
  - Los resultados: grado de consecución de los objetivos y efectos no previstos.
  - El proceso: idoneidad de las actividades (asistencia, participación, grado de consecución de las actividades previstas, adecuación a la persona o al grupo de los objetivos y contenidos, actividades, tareas, etc.), así como de la programación de las mismas.
  - La estructura o adecuación de los recursos: local, duración de cada sesión y total, horario, recursos didácticos y personales (educador/a).
- ¿Cómo se evalúa?: Se suelen utilizar procedimientos muy variados que permitan evaluar los distintos tipos de objetivos y contenidos y contrastar datos de los mismos aprendizajes obtenidos a través de distintos instrumentos tanto cuantitativos como cualitativos: observación sistemática con guión, análisis de tareas, análisis de materiales, registro, cuestionario, etc.
- ¿Cuándo se evalúa?: Se evalúa de forma continuada, a lo largo de todo el proceso de enseñanza –aprendizaje, destacándose la evaluación de algunas de las actividades educativas durante o al final de la sesión, la evaluación al final de cada una de las sesiones educativas y la evaluación al final del conjunto de sesiones. A veces se realizan evaluaciones a medio y largo plazo.



## BIBLIOGRAFÍA

- Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services., 1978.
- López-Barajas Zayas, E. La investigación científica y la Educación para la Salud. En: Perea Quesada, R.; López-Barajas Zayas, E. Métodos de investigación social. UNED, 1998.
- McCKeown, T. Introducción a la medicina social. México: Siglo XXI, 1981.
- OMS. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Alma Ata. Ginebra: OMS, 1978
- OMS. Nuevos métodos de Educación sanitaria en Atención Primaria de Salud. Ginebra: 1983.
- Ramos Calero, Enrique; Enfermería Comunitaria: métodos y técnicas. Difusión Avances de Enfermería. 2000.
- Rochon, A. Educación para la Salud. Guía práctica para elaborar un proyecto. Barcelona. Masson. 1991.
- Salleras Sanmartí, L. Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Díaz de Santos, 1985.
- Steuart, G.W. Planning and Evaluation in Health Education. Health Education Quarterly, Supplement 1: 71-84.
- Terris, M. La revolución epidemiológica y medicina social. México: Siglo XXI, 1982.
- Winslow, C.E.A. The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaigns. New Heaven:Yale University Press, 1923.



## **TEMA 8**

EPIDEMIOLOGÍA. CONCEPTOS GENERALES. INDICADORES SANITARIOS.  
DETERMINANTES DE SALUD. FACTORES DE RIESGO. ÍNDICES DE SALUD.  
ESTUDIOS DE NECESIDADES DE SALUD.



## ÍNDICE

<b>1 EPIDEMIOLOGIA. CONCEPTOS GENERALES</b> .....	207
1.1 Definiciones de Epidemiología .....	207
1.2 Fines teóricos y prácticos de la epidemiología .....	208
1.3 Vigilancia epidemiológica y vigilancia en Salud Pública .....	208
1.4 El método epidemiológico .....	209
1.5 Asociación (estadística) .....	211
1.6 Causalidad .....	212
1.7 Epidemia, pandemia y endemia .....	213
1.8 Infección .....	214
1.9 Portador .....	215
1.10 Vector .....	215
1.11 Vehículo de transmisión de la infección .....	215
1.12 Periodo de incubación .....	215
1.13 Periodo de latencia .....	215
1.14 Mecanismo de transmisión .....	215
1.15 Sensibilidad, especificidad, Valor Predictivo Positivo (VPP) y Valor Predictivo Negativo (VPN) .....	215
1.16 Validez .....	216
1.17 Fiabilidad y precisión .....	217
<b>2 INDICADORES SANITARIOS E INDICE DE SALUD</b> .....	218
2.1 Definición .....	218
2.2 Características de los indicadores sanitarios .....	218
2.3 Expresión de la medida de un indicador .....	219
2.4 Clasificación de los indicadores sanitarios .....	221
2.4.1 Clasificación de los indicadores poblacionales .....	223
2.4.2 Clasificación en función de las fuentes de datos .....	230
2.5 Indicadores de salud recogidos en la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana .....	235
2.6 Indicadores recogidos en la Encuesta Nacional de Salud (2006): .....	238
2.7 Indicadores recogidos en las Estadísticas Sanitarias de España (1991-2000) .	238
2.8 Principales indicadores utilizados en el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2005-2009) .....	269

2.9 Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud en España . . . . .	270
2.10 Indicadores de Salud de la Comunidad Europea (European Community Health Indicators – ECHI) . . . . .	276
<b>3 DETERMINANTES DE SALUD . . . . .</b>	<b>278</b>
<b>4 FACTORES DE RIESGO . . . . .</b>	<b>280</b>
<b>5 ESTUDIOS DE NECESIDADES DE SALUD . . . . .</b>	<b>282</b>
<b>6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS . . . . .</b>	<b>283</b>

# 1 EPIDEMIOLOGÍA. CONCEPTOS GENERALES

## 1.1 Definiciones de Epidemiología

Desde un punto de vista etimológico, la palabra epidemiología deriva del griego y significa: tratado o estudio (logos) de lo que sucede sobre (epi) la población (demos).

Actualmente, la definición más ampliamente difundida de la epidemiología es la propuesta por John M. Last:

*“Estudio de la distribución y de los factores determinantes de las situaciones y los acontecimientos relacionados con la salud de las poblaciones, y la aplicación de dicho estudio al control de los problemas de la salud.”* (1, 2, 3 y 4)

Para comprender correctamente esta definición es necesario aclarar varios términos implícitos en la misma:

**Distribución:** Implica una selección en relación a variables sociodemográficas, temporales (tendencias) y espaciales/geográficas.

**Factores determinantes:** Last, define factor (sinónimo de determinante), como el *“Acontecimiento, característica u otra entidad definible, que ocasiona un cambio en una circunstancia relacionada con la salud u otro resultado definido”* (2). Comprenden tanto las causas como los factores accesorios que influyen sobre los problemas de salud. Los factores determinantes se pueden agrupar en dos grandes grupos: factores del huésped (determinan la susceptibilidad del mismo) y los ambientales (responsables de su exposición a agentes concretos).

**Poblaciones:** Es un término importante en la definición, que aclara que el objetivo de la epidemiología es un objetivo general, no individual, aunque sus consecuencias favorezcan, en muchas ocasiones, de forma singular a los individuos.

**Aplicación para el control:** Conseguir reducir los problemas de salud de la población mediante la aplicación de medidas correctoras derivadas de su estudio.

Además de la definición de Last, podemos encontrar otras definiciones similares de epidemiología aceptadas actualmente:

**Jeniceck:** *“Un razonamiento y un método propios del trabajo objetivo en medicina y en otras ciencias de la salud, aplicados a la descripción de los fenómenos de salud, a la explicación de su etiología y a la búsqueda de los métodos de intervención más eficaces”* (5)

**Dorland:** *“Ciencia que estudia los factores que determinan e influyen en la frecuencia y la distribución de las enfermedades, lesiones o acontecimientos relacionados con la salud y sus causas en una comunidad humana, con objeto de establecer programas preventivos y de control de su desarrollo y propagación.”* (6)

## 1.2 Fines teóricos y prácticos de la epidemiología

### a. Fines teóricos

- Exactitud: Evitando, en la medida de lo posible, los errores aleatorios y sistemáticos (sesgos).
- Clasificación: Proporcionando la información necesaria para generar buenos sistemas taxonómicos.
- Razonamiento: Aportando evidencia a la práctica clínica y de salud comunitaria.
- Normalidad: Contribuyendo a mejorar este concepto en los fenómenos de salud.
- Representatividad: Debe establecerse en sus observaciones (población de referencia).

### b. Fines prácticos

- Contribuir a la elección de los mejores métodos diagnósticos, mejorando la definición y clasificación de las enfermedades.
- Identificar la magnitud de la enfermedad y/o salud en una población definida, identificando los grupos de especial riesgo y ayudando a la definición de programas de salud.
- Identificar los factores/determinantes por las que aparecen o persisten las enfermedades.
- Evaluar la eficacia de los programas de salud.
- Llevar a cabo la vigilancia epidemiológica.

Para Gálvez, R y Guillén, J.F. en Piédrola, los fines de la epidemiología son los siguientes:

- Elaborar el diagnóstico de salud de la población (ver apartado 6).
- Evaluación de los métodos de diagnóstico y tratamiento.
- Establecer probabilidades y riesgos (ver apartado 5).
- Contribuir a la mejora de la comprensión de los fenómenos biológicos, estudiando la frecuencia y distribución de los mismos (incluido en la propia definición de epidemiología).
- Identificar nuevos síndromes, (estudiando la posible asociación entre diversos signos y síntomas y la relación con su efecto potencial) y perfeccionamiento del cuadro clínico.
- Investigación de las causas (ver apartado 1.6).
- Funcionamiento de los Servicios de Salud. Donabedian propone un esquema de análisis epidemiológico que se puede utilizar en este sentido, evaluando la estructura (recursos), los procesos (actividades) y los resultados (eficacia).

## 1.3 Vigilancia epidemiológica y vigilancia en Salud Pública

Last, define la vigilancia como la *“observación continuada, que generalmente se sirve de métodos caracterizados por ser prácticos, uniformes y, con frecuencia, rápidos, más que por su completa exactitud. Su principal propósito es el de detectar cambios de tendencia o de distribución, con el fin de poner en marcha medidas de investigación o de control”* (2).



Según Jenicek, la vigilancia epidemiológica es *“un método de estudio de los individuos, el medio y el agente, independientemente de la gravedad de la situación epidemiológica. Su objetivo es prevenir la aparición de nuevas epidemias. Seguida del control o de la erradicación, la vigilancia permite mantener el statu quo”* (5).

Como puede observarse, Jenicek enfoca el concepto hacia un aspecto centrado fundamentalmente en el estudio de enfermedades infecto-contagiosas, mientras que Last lo generaliza hacia el estudio de cualquier variación respecto a cualquier proceso relacionado con la salud y/o la enfermedad.

Martinez Navarro, basandose en la definición de Last, define la vigilancia epidemiológica como *“una de las aplicaciones tradicionales de la epidemiología en el marco de la Administración Sanitaria, y hoy constituye una de sus funciones más características por su capacidad para identificar situaciones de alarma epidemiológica en la población, y proponer medidas para su control”* (3).

Langmuir (1963) define la vigilancia epidemiológica como *“la observación continuada de la distribución y tendencia de la incidencia a través de la recogida sistemática, consolidación y evaluación de la morbilidad y mortalidad y otros hechos relevantes. Intrínseco a este concepto es la distribución regular de los datos básicos y su interpretación, a todos los que han contribuido y a todos los que necesitan conocerlos”* (3).

La OPS amplió esta definición en 1975 a *“un sistema dinámico que se utiliza para observar de cerca y de forma permanente, todos los aspectos de la conducta de la infección y la enfermedad y todos los factores que condicionan el fenómeno salud-enfermedad, mediante la identificación de los hechos, la recolección, análisis e interpretación sistemática de los datos y la distribución de los resultados y de las recomendaciones necesarias”* (3).

Con el sucesivo desarrollo de la vigilancia, en el 1986 el CDC de EE.UU. (Center for Disease Control – Centro para el Control de Enfermedades) proponen el término vigilancia de la salud pública como *“la recogida sistemática y continua, análisis e interpretación de los datos de la salud, esenciales para la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la Salud Pública. El eslabón final de la cadena de la vigilancia es el de la aplicación de estos datos a la prevención y al control. Un sistema de vigilancia incluye una capacidad funcional de la recogida, análisis y difusión de los datos, ligados a los Programas de Salud”* (3), que incluye como punto clave en el cambio de concepto, el seguimiento y evaluación de los programas de salud.

De hecho, en la ORDEN de 4 de marzo de 1997, de la Conselleria de Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema Básico de la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública (DOGV 2983, de 11-02-1997), se hace referencia directa a esta evolución desde la concepción de la vigilancia epidemiológica a la de Salud Pública, constituyéndose en la C. Valenciana la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública en desarrollo de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

#### 1.4 El método epidemiológico

Es la aplicación del método científico a los problemas de salud de las poblaciones.

Método científico (del griego: -meta = hacia, a lo largo -odos = camino-; camino hacia

el conocimiento): "Conjunto de pasos fijados de antemano por una disciplina con el fin de alcanzar conocimientos válidos mediante instrumentos confiables".

J. Jiménez Villa y J.M. Argimón, lo definen como "un proceso sistemático, organizado y objetivo, destinado a responder a una pregunta" (8).

En Piédrola (9), se describen cinco fases/etapas del método epidemiológico:

- Observación del fenómeno epidemiológico.- Equivale a un estudio descriptivo (epidemiología descriptiva) con el fin de caracterizar el fenómeno en cuestión y recopilar los datos necesarios para las siguientes fases.
- Elaboración de hipótesis.- La formulación de hipótesis consiste en emitir una opinión racional sobre las causas que desencadenan un efecto/enfermedad o proceso. Esta es la fase analítica.
- Experimentación de la hipótesis (epidemiología experimental).- Es el proceso que se lleva a cabo con el fin de verificar las hipótesis planteadas en la etapa anterior.
- Emisión de un informe o ley.- Esta debe permitir activar las medidas preventivas necesarias para evitar la enfermedad o de promoción de la salud para mantener la salud.

Según Jenicek, el método epidemiológico está formado por una secuencia de etapas que se definen a continuación:

- Etapa descriptiva.- Esta etapa incluye: 1. la identificación de un problema, 2. la confirmación de la homogeneidad de los hechos, 3. la recolección de los hechos, 4. la identificación de características de los hechos y, 5. el estudio de las formas de aparición y de las tendencias evolutivas. En esta etapa, se pretende, por lo tanto, dilucidar la frecuencia y distribución de los estados de salud-enfermedad, así como la distribución de las variables asociadas entre las personas estudiadas. En esta etapa-fase, se pretende responder a preguntas genéricas relacionadas con el ¿cuándo?, ¿dónde? Y el ¿a quién?. En esta etapa se utilizan, fundamentalmente, los estudios de tipo transversal.
- Etapa analítica.- En esta etapa se formulan hipótesis y se analizan los datos en función de la misma, con el objetivo de identificar relaciones causales entre un proceso y los factores asociados al mismo. Los estudios analíticos pretenden responder a la pregunta ¿por qué?. En muchas ocasiones, el estudio descriptivo de un proceso da lugar a la generación de hipótesis y a la realización de estudios analíticos para intentar contrastarlas. Los tipos de estudio epidemiológico relacionados habitualmente con esta etapa son los de cohortes y los de casos y controles.
- Etapa experimental.- Cuando existen factores en la población que hacen imposible determinar relaciones de causalidad entre los determinantes y los procesos mediante los estudios analíticos, el investigador necesita llevar a cabo estudios experimentales en los que manipula el entorno de las muestras estudiadas con el objetivo de controlar los posibles sesgos y las interacciones entre las distintas variables independientes y/o confusoras.

- Interpretación.- En esta etapa, se producen los resultados y se redactan los informes con las conclusiones derivadas de los resultados del estudio/s.

El método epidemio-lógico forma una secuencia circular con estas etapas donde los distintos estudios generar nuevas preguntas al investigador y nuevas hipótesis que deberán ser contrastadas y evaluadas para generar nuevas evidencias que volverán a generar nuevas incertidumbres y de esta manera colaborar al avance del conocimiento científico.

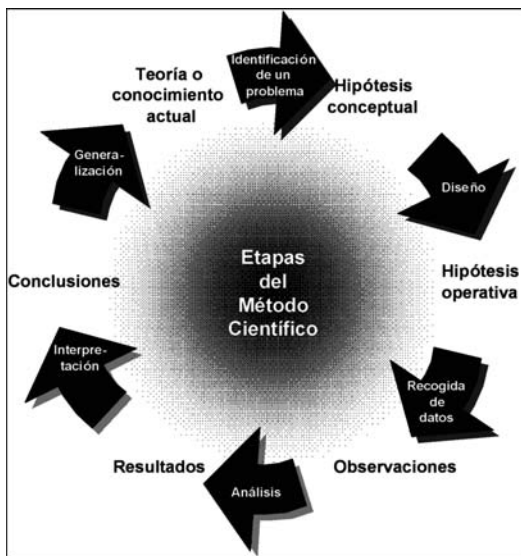


Gráfico 1. Etapas del Método Científico

### 1.5 Asociación (estadística)

Last define la asociación (estadística) como la "dependencia estadística entre dos o más hechos, características u otras variables. Existe asociación si la probabilidad de aparición de un hecho o característica, o la cuantía de una variable dependen de que se sobreañadan, respectivamente, uno o más hechos, características o variables. La asociación entre dos variables se denomina positiva si los valores elevados de una se asocian a los de la otras..." (2).

Last, además, distingue entre asociaciones simétricas o no causales y asimétricas o causales. Las diferencias se producen en función del tiempo y dirección de la asociación. Para que sea asimétrica, la causa (variable independiente) debe aparecer siempre antes que el efecto (variable dependiente) y debe producir cambios sobre la misma.

No obstante, "la relación entre un factor y la enfermedad, por mucha significación estadística que posea, es insuficiente para establecer una relación causal. Su correlación puede ser accidental (factor que evoluciona paralelamente a otro factor causal)" (5). La asociación no indica necesariamente causalidad, ya que está "se determina por la organización de un estudio basado en hipótesis plausibles y un razonamiento lógico" (5).

## 1.6 Causalidad

Rothman define causa de una enfermedad a “todo acontecimiento, condición o característica que juega un papel esencial en producir su ocurrencia” (7).

El método epidemiológico, y el científico en general, tienen su base en la inferencia causal, mediante la proposición de hipótesis causales que se pretenden demostrar/contrastar.

Para descubrir relaciones de causalidad, el investigador deberá hacer uso tanto de la lógica inductiva como de la deductiva. Con la inferencia inductiva, el investigador realizará múltiples observaciones con el objetivo de poder realizar predicciones con una probabilidad de equivocarse relativamente baja. Este tipo de lógica (la inductiva) da lugar al concepto de asociación significativa, pero no a relación de causalidad. No obstante, para poder considerar una asociación entre una causa y una consecuencia (relación causal), deberá también utilizar una serie de criterios lógicos (deductivos) que den fuerza a esta hipótesis convirtiéndola en teoría (y en el mejor de los casos en ley).

Para entender el concepto de causalidad en epidemiología, hay que definir los distintos tipos de causa:

- a. Causa suficiente.- “Grupo de condiciones acontecimientos mínimos que, inevitablemente, producen la enfermedad” (7).
- b. Causa necesaria.- Es una causa que “debe preceder siempre al efecto” (2). Siempre que observemos el efecto (enfermedad o proceso), deberá haber estado presente esta causa.

Cualquier causa podrá ser cualquier combinación de ambas: suficiente pero no necesaria, necesaria pero no suficiente, necesaria y suficiente o no necesaria ni suficiente.

Mill, en 1862 ya introduce un nuevo concepto a tener en cuenta, que es el de las causas componentes. Según Mill, “la causa de cualquier efecto consiste por fuera en una constelación de componentes que actúan en concierto” (7). Este concepto tiene gran importancia desde el punto de vista de la Salud Pública, porque el descubrimiento y evitación de una causa componente rara (y evitable) incluida en una causa suficiente muy prevalente/frecuente, reduce drásticamente la incidencia de la enfermedad.

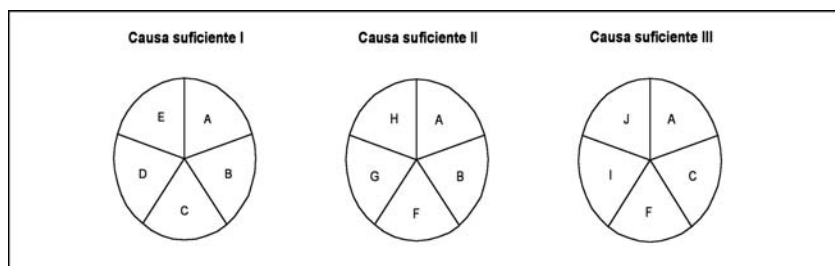


Gráfico 2. Esquematación conceptual de tres causas suficientes de una enfermedad (Rothman, 1976) (7)

La necesidad de hacer inferencias causales aún sin certeza absoluta, favoreció la generación de una serie de criterios de causalidad, desarrollados por Bradford Hill en 1965.

Hill sugirió que, ante una asociación significativa encontrada, se valorasen estos criterios para determinar o no la relación de causalidad:

De validez interna (propios del estudio)

1. Fuerza de asociación: A mayor intensidad de la relación entre dos variables, mayor es la probabilidad de que exista una relación.
2. Secuencia temporal: Aunque en ocasiones es difícil establecerlo, la causa debe preceder al efecto. Es el único criterio considerado por algunos autores como condición *sine qua non*.
3. Efecto dosis-respuesta: Cuanto mayor es el tiempo y/o dosis de exposición al factor causal, mayor es el riesgo de enfermedad.

De coherencia científica

4. Consistencia: Los resultados de un estudio deben mantenerse constantes y ser reproducibles por cualquier investigador en cualquier lugar.
5. Plausibilidad biológica: La relación causal sugerida debe mantener la línea de los principios científicos aceptados en el momento, es decir, creemos más en una relación causal si conocemos su mecanismo patogénico.
6. Especificidad de asociación: Cierta especificidad (una causa conduce a un único efecto) aumenta la verosimilitud de la relación causal.
7. Analogía.- Con analogía, nos referimos a que asociaciones causales similares pueden producir enfermedades similares.
8. Evidencia experimental: No siempre es posible realizar el estudio necesario, pero es la prueba más sólida de causalidad. En el caso de que no se pueda acceder a un ensayo clínico, hay quienes lo interpretan este punto en el sentido de que si un factor produce un efecto, éste debería cesar cuando desaparece el factor.
9. Coherencia.- Las asociaciones no deben entrar en conflicto con los hechos generalmente conocidos acerca de la historia natural y la biología de la enfermedad.

Hay que tener en cuenta, que hasta el mismo B. Hill admitía que “ninguno de mis nueve puntos de vista puede aportar evidencia incontestable a favor de o contra la hipótesis de causa y efecto, y ninguno puede ser requerido como *sine qua non*” (7). Esto es cierto, excepto para el criterio de temporalidad, que siempre se debe dar.

### 1.7 Epidemia, pandemia y endemia

En la ORDEN de 4 de marzo de 1997, de la Conselleria de Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema Básico de la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública (DOGV 2983, de 11-02-1997), en el artículo 6º de la sección 2ª “Situaciones epidémicas y brotes” se define brote o situación epidémica como (17):

1. El incremento significativamente elevado de casos en relación a los valores esperados. La simple agregación de casos de una enfermedad en un territorio y en un tiem-

po comprendido entre el mínimo y el máximo del periodo de incubación o de latencia podrá ser considerada, asimismo, indicativa.

2. La aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en una zona hasta entonces libre de ella.
3. La presencia de cualquier proceso relevante de intoxicación aguda colectiva, imputable a causa accidental, manipulación o consumo.
4. La aparición de cualquier incidencia de tipo catastrófico que afecte, o pueda afectar, a la salud de una comunidad."

Una pandemia por el contrario, "es una concentración de enfermos limitado en el tiempo pero no en el espacio" (5).

Por último, se define endemia como el "fenómeno de masas ilimitado en el tiempo y limitado en el espacio" (5).

Tabla 1. Epidemia, pandemia y endemia

	Tiempo	Espacio
Epidemia	Limitado	Limitado
Pandemia	Limitado	Ilimitado
Endemia	Ilimitado	Limitado

## 1.8 Infección

Last define la infección como "la entrada y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo del hombre o de los animales". Además, aclara que "infección no es sinónimo de enfermedad infecciosa, ya que el resultado puede ser inaparente o manifiesto" (2).

Del concepto infección se derivan una serie de matizaciones muy importantes desde el punto de vista de la epidemiología:

- Infección inaparente o subclínica.- Cuando la persona infectada no presenta síntomas. Este tipo de infección cobra gran importancia en la diseminación de la enfermedad, ya que estos sujetos infectados de forma asintomática pueden convertirse en un foco de transmisión de la enfermedad de forma peligrosamente silenciosa.
- Infección latente.- Persistencia de un agente infeccioso dentro del organismo sin presentar evidencia clínica de la misma.
- Infección oportunista.- Es la infección con microorganismos que habitualmente son inocuos, debido a una susceptibilidad especial del sujeto infectado (ej. Inmunodepresión).
- Infección nosocomial.- Son las infecciones adquiridas en centros sanitarios, incluyendo aquellas que se manifiestan tras el alta (o abandono del Centro) pero que han sido adquiridas en el mismo. No debemos olvidar que este tipo de infecciones afecta también y con relativa frecuencia a los profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan su actividad laboral en este tipo de Centro.

- Por otro lado, existen dos conceptos que muchas personas confunden con la infección:
- Infestación.- Desarrollo en la superficie del cuerpo de un agente patógeno. Algunos autores, incluyen también las invasiones por intestinales por parásitos (2).
  - Contaminación.- Es la presencia de agentes infecciosos vivos sobre los vestidos o los objetos sucios (2).

### **1.9 Portador**

Un portador es una persona o animal que puede ser fuente de infección de un determinado agente infeccioso sin presentar signos o síntomas de la enfermedad (es decir en fase subclínica). El estado de portador de un sujeto puede ser temporal o crónico.

### **1.10 Vector**

*“Insecto o cualquier portador viviente que transporta un agente infeccioso desde un individuo infectado o desde sus excreciones a otro individuo susceptible, su alimento o a sus inmediaciones. El microorganismo puede pasar o no pasar un ciclo de desarrollo en el interior del vector” (2).*

### **1.11 Vehículo de transmisión de la infección**

*“Modo de transmisión de un agente infeccioso desde su reservorio hasta un huésped susceptible. Puede ser persona a persona, por alimentos, por vectores, etc.” (2).*

### **1.12 Periodo de incubación**

Lapso de tiempo que transcurre entre la infección y la aparición de la fase clínica de la enfermedad.

### **1.13 Periodo de latencia**

Este concepto es una extensión del término “periodo de incubación”, pues incluye la exposición a cualquier agente causal de enfermedad, sea de origen infeccioso o no, siendo el tiempo que transcurre entre la exposición al mismo y la aparición de las primeras manifestaciones de enfermedad. Se utiliza habitualmente para referirse a exposiciones ambientales, laborales...

### **1.14 Mecanismo de transmisión**

El mecanismo de transmisión de una enfermedad es la forma en la que un agente infeccioso se distribuye entre otros susceptibles. La transmisión puede ser directa (por contacto con sujetos infectados) o indirecta a través de vehículos (materiales u objetos contaminados) o vectores.

### **1.15 Sensibilidad, especificidad, Valor Predictivo Positivo (VPP) y Valor Predictivo Negativo (VPN) (2)**

Habitualmente, se utilizan estos términos para determinar lo exacta que es una prueba, asociándose el concepto sensibilidad a la probabilidad que un caso sea identificado por la

prueba y la especificidad a la probabilidad de identificar como sana a una persona cuando realmente lo está.

Según estas definiciones, utilizaremos (siempre que sea posible) pruebas muy sensibles cuando deseamos detectar todos los posibles casos de un determinado proceso, aunque ello suponga detectar como posibles casos a personas que no padecen el proceso (falsos positivos). En el caso opuesto, utilizaremos pruebas muy específicas para tener certeza de que una persona padece un proceso o enfermedad con poca posibilidad de equivocarnos en el diagnóstico. Este último tipo de pruebas (muy específicas) tienen el inconveniente potencial de no detectar casos que realmente lo son (falsos negativos).

Por otra parte, hablamos de Valor Predictivo Positivo de una prueba para identificar la probabilidad de que una persona con un resultado positivo en la prueba, esté realmente enfermo, mientras que el Valor Predictivo Negativo es la probabilidad de que siendo negativo el resultado de la misma, la persona no padezca el proceso o enfermedad para el que se utilizó la prueba.

Las fórmulas matemáticas para calcular estas medidas se obtienen a partir de una tabla dos por dos (2\*2) como la que se muestra a continuación:

Tabla 2. Cálculo de la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de una prueba.

Resultado de la prueba ↓	Estado real en el que se encuentran los sujetos sometidos a la prueba		Total
	Enfermos	Sanos	
Positivo	A	B	A + B
Negativo	C	D	C + D
Totales	A + C	B + D	A + B + C + D

$$\text{Sensibilidad} = \frac{A}{A + C}$$

$$\text{Especificidad} = \frac{D}{B + D}$$

$$\text{VPP} = \frac{A}{A + B}$$

$$\text{VPN} = \frac{D}{C + D}$$

Valor Predictivo Positivo

Valor Predictivo Negativo

### 1.16 Validez

El término validez se utiliza con varios significados, en función de a que este referida, así, distinguiremos entre la validez de un estudio y la validez de una medición (2).

A su vez, la validez de un estudio se clasifica en validez interna y externa del mismo, utilizando el término validez interna, cuando nos referimos a la corrección con la que se han seleccionado los grupos a estudio para observar una serie de diferencias en las variables dependientes, de forma que estas solo puedan ser debidas a la/s variable/s explicativas del estudio. En cambio, hablaremos de validez externa de un estudio, cuando queremos indicar la posibilidad de generalizar los resultados derivados del mismo a otra población con una probabilidad muy baja de equivocarnos.



Por otro lado, cuando nos referimos a la validez de una medición, estamos refiriéndonos al grado con el que la prueba/medida esta midiendo aquello que realmente deseamos medir. En función de los métodos utilizados para evaluar la validez de una medición, se pueden clasificar la misma como (3):

- Validez de contenido.- Pretende responder a la pregunta: ¿se encuentran todos los componentes relevantes a medir suficientemente representados en el instrumento?
- Validez de criterio.- Se evalúa utilizando otro instrumento utilizado (si existe) para medir el mismo concepto y que sea aceptado (gold estándar). Normalmente, el instrumento con el que se compara es más costoso y/o complejo.
- Validez de constructo.- Un constructo es “un concepto que solo puede ser medido indirectamente a través de la observación de conceptos teóricamente relacionados con el que se pretende medir” (3). Este tipo de validez se puede dividir a su vez en convergente y divergente.

### 1.17 Fiabilidad y precisión

La fiabilidad es “el grado de estabilidad conseguido cuando se repite una medición en condiciones idénticas” (2).

La precisión es la ausencia de error aleatorio. Es el “grado en que una medición... representa el verdadero valor del atributo objeto de medida” (2). Sin embargo, hay que tener muy en cuenta la diferencia entre precisión y exactitud (ver imagen), definiendo el término exactitud como el grado con el que nuestros resultados representan el valor real de aquello que se pretende medir.

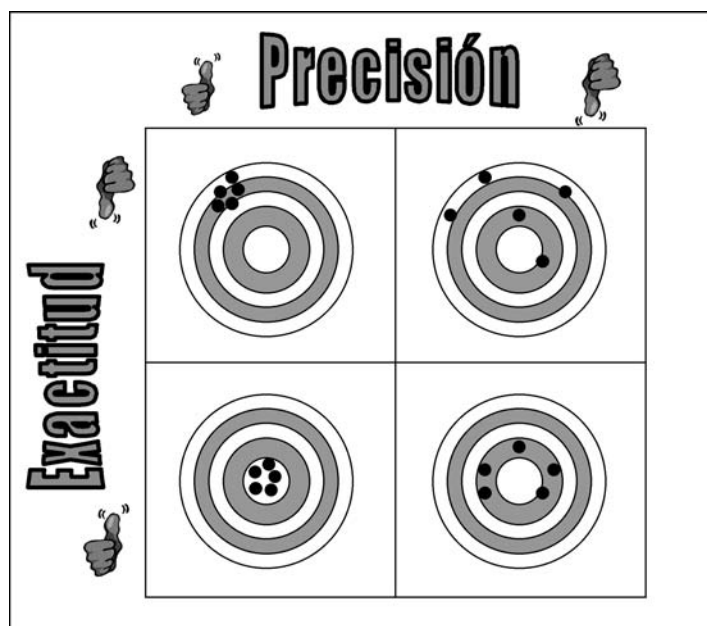


Gráfico 3. Precisión y exactitud

## 2 INDICADORES SANITARIOS E INDICE DE SALUD

### 2.1 Definición

Last define el término indicador sanitario como aquella “variable, susceptible de ser medida directamente, que refleja el estado de salud de las personas que componen una comunidad. Los ejemplos incluyen las tasas de mortalidad infantil, las tasas de incidencia basadas en los casos notificados de una enfermedad, días de incapacidad, etc. Estas medidas pueden utilizarse como componentes para calcular el índice sanitario” (2).

Este término no debe confundirse con el de índice sanitario que se define como la “indicación numérica de la salud de una población determinada, derivada de una fórmula compuesta específica” (2, 9), en el que los indicadores son componentes del mismo. Los indicadores pueden ser o no cuantitativos y habitualmente se refieren a aspectos concretos, mientras que los índices son cuantitativos y su objetivo es representar globalmente un sistema(9).

Otra definición de indicador de salud se cita en el Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud de diciembre de 2001, haciendo alusión a las palabras de E.J. Lengerich, como “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (i.e., el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada.” (15).

También en este último artículo (15), se cita que “un conjunto de indicadores de salud con atributos de calidad apropiadamente definido y mantenido provee información para la elaboración de un perfil relevante y de otros tipos de análisis de la situación de salud de una población.”

### 2.2 Características de los indicadores sanitarios

Con la intención de determinar la aceptabilidad de un índice, Jenicek, basándose en estudios de Goldsmith y de Sackett, describe una serie de reglas (5):

1. Definición previa de los fines para los que se establece el índice
2. Numeradores y denominadores comprensibles, tanto para los que lo utilizan como para otros miembros de la comunidad (que tendrán que interpretarlos)
3. Información recogida de manera que las modificaciones sobre la misma para el tratamiento de los datos sea mínima
4. Tratamiento de los datos comprensible para los que interpreten los resultados
5. Los componentes del índice deben ser precisados y su papel e importancia dentro de él, conocidos
6. Deben ser validados (debemos saber lo que mide exactamente)
7. Los métodos de medición deben ser lo más ajustados y objetivos posible
8. Debe concebirse de forma que la parte de bienestar individual que cuantifica sea comparable a otros sectores del bienestar del individuo
9. Debe tener amplitud suficiente para medir los aspectos sociales, mentales y físicos de la salud

10. Deben detallar los síntomas e indicar si la salud es buena o mala
11. Deben ser medibles y sus datos poder ser recogidos de la población general
12. Deben poseer una buena validez externa e interna
13. Los resultados deben ser cuantificables
14. Los elementos del índice no deben estar fuertemente correlacionados
15. Una evaluación será más precisa cuanto más complejos sean los indicadores para ella elaborados
16. Deben asumir el riesgo de que el estado de salud del índice sea diferente según la etapa de crecimiento y desarrollo del individuo
17. En general, cuanto más global sea un índice, menos operativo es: J. Gené Badia, J. Jiménez Villa y A. Martín, en Martín Zurro (8), también aproximan una lista de criterios de aceptabilidad de un indicador:
  1. Aplicabilidad
  2. Facilidad de administración (factibilidad, viabilidad)
  3. Sensibilidad
  4. Fiabilidad (repetibilidad y precisión)
    - Coherencia interna
    - Fiabilidad intercodificador
    - Fiabilidad test-retest
  5. Validez
    - Validez de criterio
    - Validez de construcción
    - Validez de contenido
  6. Capacidad de agregación

### 2.3 Expresión de la medida de un indicador

Los indicadores de salud se pueden expresar en forma de números absolutos, razones, proporciones o tasas.

Los números absolutos son el resultado de contar el número de sujetos que presentan una determinada característica en un periodo de tiempo y lugar concretos (ej. nº de muertos por infarto de miocardio en España en 2007). Su principal inconveniente es que no sirven para hacer comparaciones.

Las razones con el cociente entre el total de observaciones de una categoría y el total de otra categoría de la misma variable (ej. razón de casos de diabetes por sexo.- en este caso, el numerador lo constituyen el nº hombres diabéticos y el denominador el nº de mujeres diabéticas).

Las proporciones son la relación de las observaciones de una categoría entre el total de la misma (ej.- Proporción de hombres diabéticos de nuestra población.- en este caso, el numerador lo sigue constituyendo el nº de diabéticos, pero el denominador lo compone la suma de hombres y mujeres diabéticas de nuestra población. Si se multiplica por 100, obtenemos un porcentaje). Este tipo de medida aporta información acerca de la importancia relativa que tiene una categoría con respecto al total.

Las tasas miden la velocidad de cambio de una variable en relación a otra (habitualmente el tiempo). En epidemiología se suelen utilizar para medir la velocidad de aparición de casos de enfermedad, muertes, curaciones... Los casos nuevos (no conocidos/diagnosticados hasta el momento) se denominan incidentes, mientras que los ya existentes antes de comenzar a medir se denominan prevalentes. Habitualmente, el numerador de una tasa estará determinando por el número de casos incidentes, mientras que en el denominador se utilizarán personas-tiempo, es decir, el la suma de tiempos que acumulan cada uno de los sujetos incluidos desde que entran en el estudio hasta que lo dejan (sea por la causa que sea – abandono, muerte, curación...). El principal problema que presentan las tasas de incidencias es la posibilidad de que la variable que estudiamos este influenciada por otra/s variables. Para intentar evitar este problema es habitual utilizar tasas específicas, calculando medidas de frecuencia para cada una de las categorías de esa variable (p. ej.- tasa de mortalidad específica grupos de edad), o bien, tasas estandarizadas, en la que se asignan distintos pesos/ponderaciones a cada categoría (la forma más habitual de aplicar estas ponderaciones es mediante la utilización de una población estándar).

Un caso particular de tasas muy utilizado para expresar indicadores relacionados con la morbilidad son las correspondientes a la prevalencia y la incidencia. La prevalencia equivale el número total de casos de una determinada enfermedad o proceso en una población, mientras que la incidencia es el número de casos nuevos aparecidos en un periodo concreto.

A continuación se muestran los algoritmos que se utilizan para calcular estas tasas:

Tabla 3. Algoritmos para el cálculo de las medidas de Prevalencia e Incidencia

Prevalencia	Tasa de Incidencia	
$P = \left( \frac{n}{N} \right) \times 1.000$	$I = \left( \frac{n_i}{N_r} \right) \times 1.000$	
<p>n = nº casos en el periodo (P+I)                      N = Población total                      n<sub>i</sub> = nº casos incidentes                      N<sub>r</sub> = nº personas a riesgo                      p<sub>r</sub> = personas-tiempo a riesgo</p>	<th style="background-color: #cccccc;">Densidad de Incidencia</th> $dI = \left( \frac{n_i}{p_r} \right) \times 1.000$	Densidad de Incidencia

Para enfermedades donde es difícil determinar las personas-tiempo expuestas, es decir, la suma de los tiempos que cada una de las personas han estado a riesgo (expuestas), se utiliza la tasa de incidencia como una estimación de la densidad de incidencia, pero hay que distinguir entre las dos medidas. Para la tasa de incidencia se suele utilizar las personas a riesgo a mitad de periodo, aunque si se trata de estudios de seguimiento sin supresión (sin abandonos por cualquier motivo), se suele utilizar el número de personas a riesgo al comienzo del mismo.

## 2.4 Clasificación de los indicadores sanitarios

La OMS en 1957 ya estableció una clasificación de los indicadores sanitarios, como se indica a continuación (9):

- Referentes al estado de salud de las personas y las poblaciones: generales (tasa de mortalidad general, expectativa de vida al nacimiento e índice de Swaroop) y específicos (tasas de mortalidad materno-infantil, de morbi-mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles, estado de nutrición y grado de salud mental).
- Medio ambientales (abastecimiento de agua, eliminación de excretas, contaminación atmosférica, alimentación, higiene de la vivienda, laboral y escolar y contaminación atmosférica).
- De actividades y servicios de la salud (disponibilidad de hospitales, personal sanitario, grado de utilización de recursos sanitarios y grado de formación y especialización del personal sanitario).

Cortina, P. y Saiz M.C. en Piédrola, los clasifican en tres categorías:

- Indicadores sanitarios (los indicados por la OMS y otros derivados de estos: esperanza de vida por edad, años potenciales de vida perdidos, indicadores que combinan datos de mortalidad o datos de mortalidad, morbilidad y servicios sanitarios, valoración de la morbilidad en función de la gravedad...)
- Indicadores económicos (inversiones sociales (en educación, salud pública y servicios sociales), consumo de alimentos / aporte calórico, renta per cápita, porcentaje de viviendas con agua potable, con sistema de evacuación de aguas residuales, porcentaje del gasto familiar dedicado a alimentación...)
- Indicadores socioculturales (tasa de analfabetismo (>15 años que no saben leer ni escribir), proporción de la población laboral destinada a sector primario en relación al total, paro, gastos de salud, proporción de médicos por habitantes, camas por habitantes, gasto público en educación, indicadores demográficos...)

Los indicadores también se pueden clasificar en (9):

- Indicadores de salud negativa.- Son los denominados clásicos, y comprenden indicadores de mortalidad, de morbilidad y de morbilidad ampliada o extendida.
- Indicadores de salud positiva o global.- Se basan en el concepto de salud dinámico, de manera que se puede predecir una situación determinada a partir del estudio de las anteriores.

En función de las fuentes de datos utilizadas, los indicadores sanitarios se pueden clasificar en directos o indirectos.

Los indicadores directos son aquellos en los que el investigador recopila los datos de la observación individual de los sujetos a estudio, y pueden proceder de diversas fuentes (5):

- Demográficas (natalidad o esperanza de vida)
- Clínicas (morbilidad, mortalidad...)
- Estadísticas paramédicas (absentismo)

- Medidas directas
- Síntesis de observaciones referentes a varias patologías
- diferentes especialidades médicas

Los indicadores indirectos suelen representar el grado de exposición de las poblaciones a factores nocivos reconocidos como causas de patologías prevalentes (importancia del tabaquismo, abuso de sustancias...).

No obstante, los indicadores de salud también se pueden clasificar en relación a otras características. Así, según Chen y Bryant (en Martínez Navarro (3)), los indicadores se pueden clasificar en función de su:

- Aplicabilidad.- Individuales o poblacionales
- Dimensión de la Medida.- Autodeclaración u observación
- Orientación.- Estado percibido, síntomas, actuación o función

Según Cerkovnij y cols. (en Martínez Navarro (3)), también se pueden clasificar en función de la organización de los servicios sanitarios en 5 niveles: individual, local, regional, nacional e internacional.

Atendiendo a la clasificación de Chen y Bryant en función de la Aplicabilidad, los indicadores de salud de la población tienen tres funciones básicas: información (a población general y legisladores), administración (para ayudar a la toma de decisiones desde el punto de vista de la planificación) e investigación (para medir la efectividad de los servicios sanitarios). Por el contrario, la finalidad de los indicadores de carácter individual es: diagnóstico (clasificar al individuo como enfermo o no, determinando el nivel de gravedad), evaluación de la eficacia de los tratamientos y ayuda en la toma de decisiones clínicas individualizadas.

Los principales indicadores de salud de la población son:

- Indicadores basados en la mortalidad.- Tasas brutas, específicas y ajustadas de mortalidad, índices de mortalidad evitable, esperanza de vida al nacer, años potenciales de vida perdidos y tasas de mortalidad evitable.
- Indicadores basados en el uso de los servicios sanitarios.- Motivos de ingreso hospitalario, altas hospitalarias, motivos de uso de servicios de Atención Primaria, tasas de utilización de servicios sanitarios y registros de enfermedades. Son útiles para detectar cambios en el estado de salud de la población más que para reflejar el estado de la misma.
- Indicadores de salud percibida.- Encuesta de salud de la población. Pretenden medir
- Indicadores de población combinados.- Combinan datos de mortalidad con mediciones de la limitación de la capacidad funcional (p. ej.- Esperanza de vida libre de incapacidad).

Para los indicadores individuales de morbilidad, es fundamental disponer de un inventario que identifique los posibles diagnósticos. Con este fin se desarrolló la Clasificación

Internacional de Enfermedades (CIE), que se utiliza tanto para la codificación de diagnósticos y procesos como para la codificación de las causas de mortalidad. Posteriormente, también se desarrolló el WONCA para clasificar los problemas y motivos de consulta de Atención Primaria y el DSM para los problemas de salud mental.

Existen multitud de instrumentos para medir distintos parámetros de la salud a nivel individual que resultan fundamentales para la investigación y la práctica clínica, y que miden aspectos diversos como: la capacidad funcional, el bienestar psicológico, la salud social, la satisfacción con la propia salud, el dolor, la salud en general, la calidad de vida relacionada con la salud, etc. (3). Estos instrumentos/escalas pueden medir aspectos objetivos o subjetivos, pueden ser autoadministrados o requerir entrevista por parte de un investigador/profesional entrenado, pueden ser genéricos o específicos para personas con un determinado perfil o proceso...

## 2.4.1 Clasificación de los indicadores poblacionales

### 2.4.1.1 Indicadores basados en la mortalidad

Este tipo de indicadores reflejan, de forma indirecta, el nivel de salud de la población. Las fuentes de datos utilizadas para calcular estos indicadores son los Boletines Estadísticos de Defunción (para defunciones de personas de más de 24 horas de vida) y los Boletines Estadísticos de Partos, Nacimientos y Abortos (para nacidos vivos y fallecidos antes de 24 horas). En la Comunidad Valenciana, la responsabilidad de realizar los análisis de mortalidad y editar los datos oficiales es de los Registro de Mortalidad de la Comunidad Valenciana y del Registro de Mortalidad Perinatal de la C. Valenciana (creado en 2004 y cuyo primer informe con los datos correspondientes al periodo 2004-2005 ha sido publicado recientemente), dependiente de la Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanitat (10).

A continuación se desarrollan los algoritmos para el cálculo de los siguientes indicadores de mortalidad que puede ayudar a aclarar su interpretación:

Tabla 4. Resumen de indicadores de mortalidad.

Indicador	Abrev.	Indicador	Abrev.
Tasa bruta/cruda de mort.	TM	Tasa de mortalidad infantil	TMI
Tasas específicas de mort.	TME	Tasa de mortalidad fetal	TMF
Razón de mortalidad comparativa (estánd. método directo)	RMC	Tasa de mortalidad neonatal	TMN
Razón de mortalidad estandarizada (estánd. método indirecto)	RME	Tasa de mort. neonatal precoz	TMNP
Índice de mort. proporcional	MP	Tasa de mort. neonatal tardía	TMNT
Años potenciales de vida perdidos	APVP(n)	Tasa de mort. postneonatal	TMPN
Índice de años potenciales de vida perdidos	IAPVP <sub>1</sub>	Tasa de mort. perinatal	TMP
Porcentaje de años potenciales de vida perdidos	APVP <sub>1</sub> (%)	Tasa de mort. perinatal ampliada / II	TMPA
Índice de Swaroop	ISw	Tasa de mortalidad perinatal I / estándar / internacional	TMP-I
Mortalidad evitable o Mortalidad innecesariamente precoz y sanitariamente evitable	MIPSE	Tasa de mortalidad perinatal nacional	TMP-N
		Tasa de mortalidad materna	TMM

Tasa bruta/cruda de mortalidad (TM).- Muestra el valor real de la tasa de mortalidad pero no es adecuado para realizar comparaciones entre distintas áreas geográficas. En el denominador se utiliza la población a mitad del periodo estudiado.

Tabla 5. Algoritmo tasa bruta de mortalidad.

$$TM = \left( \frac{d}{n} \right) \times 100.000$$

d = N° defunciones  
n = Población

Tasas específicas de mortalidad.- Pretenden controlar el efecto que una o más variables ejercen sobre la mortalidad. Las más habituales son por edad, sexo, causa de muerte y/o combinaciones de estas, aunque pueden ser tan específicas como sea necesario, incluyendo aquellas variables de especial interés.

Tabla 6. Algoritmo tasas específicas de mortalidad.

Ejemplo: TME por causa y gr. de edad:

$$TME = \left( \frac{d_{ij}}{n_j} \right) \times 100.000$$

d<sub>ij</sub> = N° defunciones por causa "i" en grupo de edad "j"  
n<sub>j</sub> = Población en gr. de edad "j"

Tasas de mortalidad estandarizadas.- Existen dos métodos de estandarización, el método directo, que da lugar a la Razón de Mortalidad Comparativa (RMC) o simplemente Tasas Estandarizadas (10), y el método indirecto, que da lugar a la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME).

Al utilizar el método directo en el cálculo de tasas de dos ámbitos geográficos distintos, estas pueden ser comparadas directamente, mientras que con el uso del método indirecto, el cálculo se hace a partir de las defunciones esperadas en función de las tasas de mortalidad de una población de referencia. Con este segundo método no se pueden comparar las tasas de dos poblaciones, sino que su objetivo es comparar el valor de cada una de las zonas estudiadas con las tasas de la población de referencia (la RME de la población de referencia siempre es 100).

Tabla 7. Algoritmo tasas de mortalidad estandarizadas.

RMC (método directo):

$$RMC = \sum_j \left( \frac{d_{ij}}{n_j} \times w_j \right) \times 100.000$$

d<sub>ij</sub> = N° defunciones por causa "i" en grupo de edad "j"  
n<sub>j</sub> = Población en gr. de edad "j"  
w<sub>j</sub> = (N<sub>j</sub>/N) → Población en gr. de edad "j" en población estándar / Población todos las edades en población estándar



**RME (método indirecto):**

$$RME = \left( \frac{\sum_j d_{ij}}{\sum_j \left( \frac{D_{ij}}{N_j} \right) \times n_j} \right) \times 100$$

$d_{ij}$  = N° defunciones por causa "i" en grupo de edad "j"  
 $D_{ij}$  = N° defunciones por causa "i" en grupo de edad "j" en población estándar  
 $N_j$  = Población en gr. de edad "j" en población estándar  
 $n_j$  = Población en gr. de edad "j"

Índice de mortalidad proporcional (MP).- Expresa el peso de una o más causas con relación al total de muertes.

Tabla 8. Algoritmo de mortalidad proporcional.

$$MP = \left( \frac{d_i}{d} \right) \times 100$$

$d$  = N° defunciones  
 $d_i$  = N° defunciones por la causa "i"

Años potenciales de vida perdidos (APVP).- Se utiliza como indicador de la cantidad de vida perdida o como indicador de la relevancia social y económica de una causa en relación al total. Para su cálculo se utiliza un rango de edad entre 1 y 70 años.

Tabla 9. Algoritmo años potenciales de vida perdidos.

$$APVP_i(n) = \sum_j d_{ij} \times a_j$$

$d$  = N° defunciones  
 $d_{ij}$  = N° defunciones por la causa "i" en el grupo de edad "j"  
 $a_j$  = Diferencia entre 70 años y el valor medio del intervalo de edad "j" (en > 1 año)

También se puede calcular el Índice de APVP (IAPVP)

$$IAPVP_i = \left( \frac{APVP_i(n)}{N_j} \right) \times 1.000$$

$N_j$  = Población comprendida entre los límites superior e inferior de las edades estudiadas

También se puede calcular la proporción de APVP

$$APVP_i(\%) = \left( \frac{\sum_j d_{ij} \times a_j}{\sum_j d_j \times a_j} \right) \times 100$$

$d$  = N° defunciones  
 $d_{ij}$  = N° defunciones por la causa "i" en el grupo de edad "j"  
 $d_j$  = N° defunciones en el grupo de edad "j"  
 $a_j$  = Diferencia entre 70 años y el valor medio del intervalo de edad "j" (en > 1 año)

Un índice muy utilizado y que podría considerarse un caso particular de lo APVP es el índice de Swaroop, donde en el numerador solo se incluyen las defunciones de personas de 50 o más años.

Tabla 10. Algoritmo índice de Swaroop.

$$ISw = \left( \frac{d_{>50}}{d} \right) \times 100$$

d = N° defunciones  
d<sub>>50</sub> = N° defunciones en mayores de 50 años

Mortalidad evitable o Mortalidad Inecesariamente Precoz y Sanitariamente Evitable (MIPSE).- Este indicador se utiliza para medir la efectividad de los Servicios Sanitarios y para monitorizar la calidad de la atención sanitaria. A continuación se muestra la lista propuesta por Gispert, R. y cols. (11). Para calcularlo, se utiliza los APVP como soporte metodológico.

Tabla 11. Listado de causas de mortalidad evitable.

Causa	Edad
<b>I. Causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria</b>	
Tuberculosis (incluye secuelas)	0-74
Tumor maligno de cuello de útero	15-74
Tumor maligno de cuerpo de útero y tumor maligno de útero parte no especificada	15-74
Enfermedad de Hodgkin	0-74
Enfermedad reumática crónica del corazón	0-74
Neumonías, infecciones respiratorias agudas, influenza	0-74
Asma	5-49
Enfermedades del apéndice	0-74
Hernia abdominal	0-74
Colelitiasis/colecistitis	0-74
Hipertensión	0-74
Enfermedades cerebrovasculares	0-74
Mortalidad materna (complicaciones del embarazo, parto y puerperio)	Todas las edades
Mortalidad por causas perinatales	Todas las edades
Cáncer de mama femenino	0-74
Enfermedad isquémica del corazón	35-74
Úlceras pépticas	0-74
Enfermedades vacunables	0-74
Anemias carenciales	0-74
Tumor maligno de piel (melanoma y no melanoma)	0-74
Tumor maligno de testículos	0-74
Leucemia	< 15
Enfermedades del tiroides	0-74
Diabetes mellitus	0-49
Hiperplasia benigna prostática	0-74
Anomalías congénitas cardiovasculares	0-74
Incidentes adversos ocurridos durante la atención médica y quirúrgica	Todas las edades

2. Causas susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI)	
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	0-74
Enfermedad alcohólica del hígado	15-74
Sida e infección por el VIHb	Todas las edades
Accidentes de tránsito con vehículos a motor	Todas las edades
Suicidio	Todas las edades
Homicidio	Todas las edades
Resto de causas externas (excluye accidentes de tráfico, suicidios, homicidios e iatrogenia)	Todas las edades

Tasa de mortalidad infantil (TMI).- Es un caso particular de tasa específica.

Tabla 12. Algoritmo tasa de mortalidad infantil.

$$TMI = \left( \frac{d_{<1}}{nv} \right) \times 1.000$$

$d_{<1}$  = N° defunciones en menores de 1 año  
 $nv$  = nacidos vivos en el periodo a estudio

Tasa de mortalidad fetal (TMF).

Tabla 13. Algoritmo tasa de mortalidad fetal.

$$TMF = \left( \frac{d_{f \geq 22s}}{nv + d_{f \geq 22s}} \right) \times 1.000$$

$d_{f \geq 22s}$  = N° muertes en fetos de  $\geq 22$  semanas de gestación  
 $nv$  = nacidos vivos en el periodo a estudio

Tasa de mortalidad neonatal (TMN).- Es un indicador de riesgo congénito.

Tabla 14. Algoritmo tasa de mortalidad neonatal.

$$TMN = \left( \frac{d_{<28d}}{nv} \right) \times 1.000$$

$d_{<28d}$  = N° defunciones antes del día 28 de vida  
 $nv$  = nacidos vivos en el periodo a estudio

Tasa de mortalidad neonatal precoz (TMNP).

Tabla 15. Algoritmo tasa de mortalidad neonatal precoz.

$$TMNP = \left( \frac{d_{<7d}}{nv} \right) \times 1.000$$

$d_{<7d}$  = N° defunciones antes del día 7 de vida  
 $nv$  = nacidos vivos en el periodo a estudio

Tasa de mortalidad neonatal tardía (TMNT).

Tabla 16. Algoritmo tasa de mortalidad neonatal tardía.

$$TMNT = \left( \frac{d_{\geq 7d - < 28d}}{nv} \right) \times 1.000$$

$d_{\geq 7d - < 28d}$  = N° defunciones entre el día 7 y el 27 de vida  
 $nv$  = nacidos vivos en el periodo a estudio

Tasa de mortalidad postneonatal (TMPN).- Indica deficiencias en control de enfermedades infecciosas y nutricionales.

Tabla 17. Algoritmo tasa de mortalidad postneonatal.

$$TMPN = \left( \frac{d_{\geq 28d - < 1a}}{nv} \right) \times 1.000$$

$d_{\geq 28d - < 1a}$  = N° defunciones entre el día 28 de vida y el año  
 $nv$  = nacidos vivos en el periodo a estudio

Tasa de mortalidad perinatal (TMP).- Existen diferentes criterios en el cálculo de este indicador en función de las semanas de gestación o peso del feto.

Para este indicador, existe un matiz en cuanto a la fecha de muertes fetales a considerar en función del tipo de clasificación utilizada, utilizando la semana 22 de gestación como límite inferior si se utiliza la codificación décima del CIE (CIE-10) y la semana 28 en caso de utilizar la novena (CIE-9).

Tabla 18. Algoritmo tasas de mortalidad perinatal.

**CIE-10**

$$TMP_{CIE-10} = \left( \frac{d_{f \geq 22s} + d_{< 7d}}{d_{f \geq 22s} + nv} \right) \times 1.000$$

$d_{f \geq 22s}$  = N° muertes en fetos de  $\geq 22$  semanas de gestación  
 $d_{< 7d}$  = N° defunciones antes del día 7 de vida  
 $nv$  = nacidos vivos en el periodo a estudio

**CIE-9**

$$TMP_{CIE-9} = \left( \frac{d_{f \geq 28s} + d_{< 7d}}{d_{f \geq 28s} + nv} \right) \times 1.000$$

$d_{f \geq 28s}$  = N° muertes en fetos de  $\geq 28$  semanas de gestación  
 $d_{< 7d}$  = N° defunciones antes del día 7 de vida  
 $nv$  = nacidos vivos en el periodo a estudio

TMP ampliada (TMPA) / TMP II / TMP Extendida.

$$TMPA = \left( \frac{d_{f \geq 22s} + d_{< 28d}}{d_{f \geq 22s} + nv} \right) \times 1.000$$

$d_{f \geq 22s}$  = N° muertes en fetos de  $\geq 22$  semanas de gestación  
 $d_{< 28d}$  = N° defunciones antes del día 28 de vida  
 $nv$  = nacidos vivos en el periodo a estudio

TMP I / TMP Estándar / TMP Internacional.

$$TMP - I = \left( \frac{d_{f \geq 28s - \geq 1Kg} + d_{<7d}}{d_{f \geq 28s - \geq 1Kg} + nv} \right) \times 1.000$$

$d_{f \geq 28s - \geq 1Kg}$  = N° muertes en fetos de  $\geq 28$  semanas de gestación o  $\geq 1Kg$  de peso  
 $d_{<7d}$  = N° defunciones antes del día 7 de vida  
 $nv$  = nacidos vivos en el periodo a estudio

TMP Nacional.

$$TMP - N = \left( \frac{d_{f \geq 22s - \geq 500g} + d_{<7d}}{d_{f \geq 22s - \geq 500g} + nv} \right) \times 1.000$$

$d_{f \geq 22s - \geq 500g}$  = N° muertes en fetos de  $\geq 22$  semanas de gestación o  $\geq 500g$  de peso  
 $d_{<7d}$  = N° defunciones antes del día 7 de vida  
 $nv$  = nacidos vivos en el periodo a estudio

Tasa de mortalidad materna (TMM).

Tabla 19. Algoritmo tasa mortalidad materna.

$$TMM = \left( \frac{d_{emb}}{nv} \right) \times 1.000$$

$d_{emb}$  = N° defunciones en mujeres durante el embarazo, aborto, parto o puerperio  
 $nv$  = nacidos vivos en el periodo a estudio

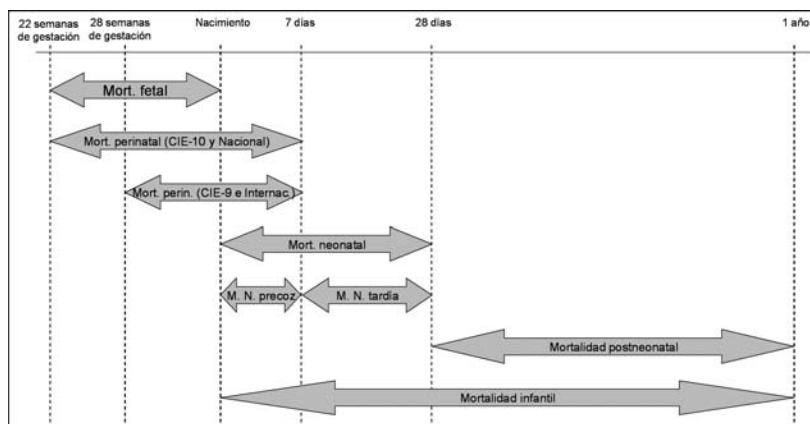


Gráfico 4. Esquema mortalidad fetal e infantil

#### 2.4.1.2 Indicadores basados en el uso de los servicios sanitarios

Ingresos hospitalarios, altas hospitalarias, causas de utilización de servicios ambulatorios, registros de enfermedades (cáncer, renales, EDOs...).

#### 2.4.1.3 Indicadores de salud percibida

La principal fuente de datos para determinar la percepción de salud por parte de la población son las Encuestas de Salud, cuyo uso se ha generalizado en los últimos años,

replicándose de forma cada vez más frecuente. Hay diversas Encuestas de Salud en función del ámbito geográfico sobre el que se desea evaluar la percepción de la salud. En nuestra Comunidad (Valenciana) disponemos, desde 1991 de la Encuesta de Salud de la C. Valenciana, habiéndose editado hasta el momento tres ediciones de la misma (1991, 2001 y 2005), también existe la Encuesta Nacional de Salud, cuya última edición es de 2006.

Constituyen un indicador directo del estado de salud de la población.

#### 2.4.1.4 Indicadores de población combinados

Corresponden a los denominados indicadores de salud positivos o globales descritos anteriormente.

#### 2.4.2 Clasificación en función de las fuentes de datos

Jenicek (5), clasifica los indicadores en función de las fuentes de datos en dos categorías: directos (observados directamente en los individuos) e indirectos (basados en estimaciones, habitualmente por el grado de exposición de la población a determinados factores).

Los indicadores de fuentes directas de datos se clasifican en: demográficas, clínicas, estadísticas paramédicas (absentismo), de una medida directa, de una síntesis de observaciones de varias patologías y de las diferentes especialidad médicas.

Los indicadores de fuentes indirectas de datos suelen ser estudios experimentales, clínicos y epidemiológicos. Ejemplos típicos pueden ser estudios sobre contaminación ambiental o exposición a determinadas sustancias (consumo de cigarrillos, alcohol y otras drogas...), o a factores de riesgo laborales, etc.

##### 2.4.2.1 Principales indicadores de fuentes directas de datos

###### 2.4.2.1.1 Demográficos:

Tasa bruta de natalidad.- En nuestro país, como en el resto de países industrializados, esta tasa es decreciente:

Tabla 20. Algoritmo tasa bruta de natalidad.

$$TN = \left( \frac{nv}{N} \right) \times 1.000$$

nv = nacidos vivos en el periodo a estudio (normalmente 1 año)  
N = Población a mitad del periodo a estudio

Tasa global de fecundidad.

Tabla 21. Algoritmo tasa global de fecundidad.a

$$TF = \left( \frac{nv}{N_{m15-49}} \right) \times 1.000$$

nv = nacidos vivos en el periodo a estudio (normalmente 1 año)  
 $N_{m15-49}$  = N° de mujeres entre 15 y 49 años a mitad del periodo a estudio

Tasa bruta de reproducción.- Es el número medio de hijas que nacerían vivas durante la vida de una mujer (o grupo de mujeres), si sus años reproductivos transcurrieran conforme a las tasas de fecundidad por edad de un año determinado.

Esperanza de vida al nacer.- N° medio de años que un recién nacido puede vivir (estimación). Para calcularlo se requieren indicadores previos sobre mortalidad y supervivencia por grupo de edad o para la edad para la que se desea calcular el estimador.

Pirámide de población.- Utiliza los números absolutos de población por sexo y edad. Es un buen indicador descriptivo del envejecimiento y distribución de la población y de la natalidad.

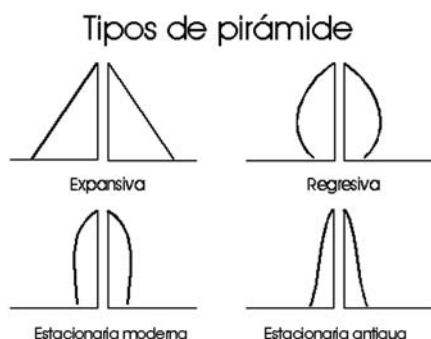


Gráfico 5. Tipos de pirámide de población

Las expansivas (pro-gresivas) tienen forma de pagoda y representan poblaciones jóvenes con alta natalidad y también alta mortalidad, por lo que la esperanza de vida no suele ser muy elevada. Suelen pertenecer a países subdesarrollados.

Las regresivas tienen forma de bulbo e indican un descenso de la natalidad y con baja mortalidad, con un potencial envejecimiento de la población, incrementándose fundamentalmente la población en edades intermedias. Es típica de países desarrollados.

Las estacionarias (estancadas) con forma de campana representan un estancamiento de la natalidad y son típicas de países en vías de desarrollo.

Índice de Friz.- Es, al igual que las pirámides de población, un método de expresión gráfica demográfico. Es un indicador de la distribución de la población respecto a la edad. Si el resultado es superior a 160, la población es joven, si está entre 60 y 160 es madura y si es inferior a 60, la población es vieja.

Tabla 22. Algoritmo índice de Friz.

$$Friz = \left( \frac{N_{<20}}{N_{30-49}} \right) \times 100$$

$N_{<20}$  = Población de menos de 20 años  
 $N_{30-50}$  = Población entre 30 y 49 años

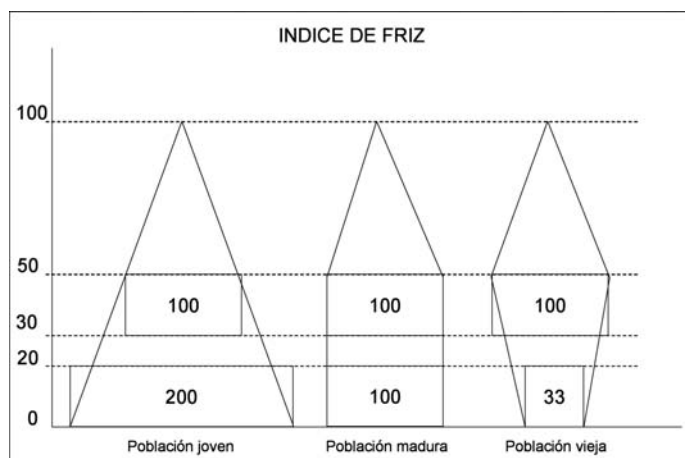


Gráfico 6. Índice de Friz

Índice de Sundbarg.- Es otro método de expresión gráfica demográfico. Divide la población en tres grupos erarios. Cuando la población de menores de 15 años supera a la de mayores de 50, la población es progresiva, si se igualan es estacionaria y si es inferior, la población es regresiva.

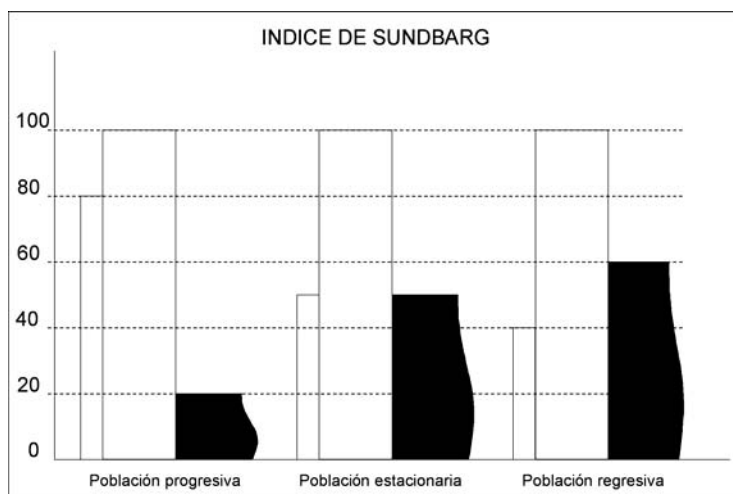


Gráfico 7. Índice de Sundbarg

Índice de Burgdöfer.- En este caso, se generan dos grupos de edad, de 6 a 15 años y de 45 a 65 años, y en función de la distribución de los mismos, la población se clasificará en joven (grupo de 6 a 15 mayor que de 45 a 65), madura (iguales) o vieja (grupo de jóvenes menor que de 45 a 65 años).



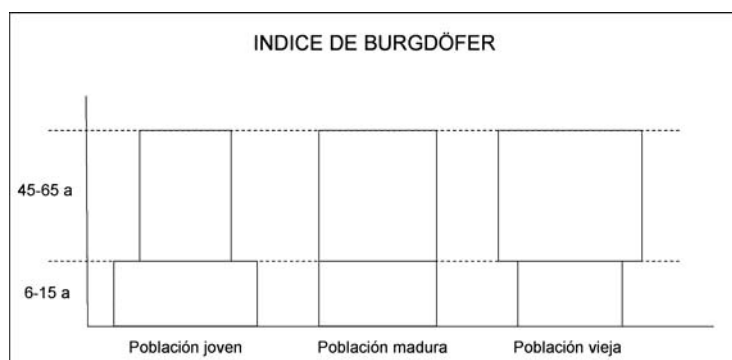


Gráfico 8. Índice de Burgdöfer

Razón de dependencia.- Informa sobre la relación entre la población no activa y la activa.

Tabla 23. Algoritmo razón de dependencia.

$$RD = \left( \frac{N_{<20} + N_{>64}}{N_{20-64}} \right) \times 100$$

$N_{<20}$  = Población de menos de 20 años

$N_{>64}$  = Población de más de 64 años

$N_{20-64}$  = Población entre 20 y 64 años

Tablas de mortalidad canadienses.- Permiten estimar la duración de la vida. Requiere del cálculo de una serie de indicadores intermedios que se mostrarán en columnas, finalizando en la última columna en la que se expresa la esperanza de vida.

- Probabilidad de morir perteneciendo a un grupo (ej. a un grupo de edad, a un sexo).-  $Q(x)$ .- Es la proporción del grupo vivo en la edad  $x$  que morirá antes de alcanzar la edad  $x+1$ .
- Nº de supervivientes.-  $L(x)$ .- Nº de nacidos vivos que sobrevivirán hasta la edad  $x$ .
- Probabilidad de supervivencia.-  $P(x) = 1 - Q(x)$
- Nº de años vividos por población que muere en  $x$  o alcanza  $x+1$ .-  $LL(x)$
- Nº total de años de vida para miembros del grupo vivos año inicio de la edad  $x$ .-  $T(x)$
- Esperanza de vida (número medio de años de vida).-  $E(x) = T(x)/L(x)$

Años potenciales de vida perdidos (APVP) (ver apartado 2.4.4.1 – Indicadores basados en la mortalidad).- Equivalen a los años que ha dejado de vivir un muerto de forma prematura (antes de los 70 años).

#### 2.4.2.1.2 Clínicos:

##### 2.4.2.1.2.1 Indicadores de mortalidad, morbilidad y letalidad.

Los indicadores basados en la mortalidad se pueden consultar en el punto 2.4.4.1 – Indicadores basados en la mortalidad.

Tasa de letalidad.- Relaciona las muertes con el número de enfermos, y suele calcularse por enfermedades.

Tabla 24. Algoritmo tasa de letalidad.

$$TL = \left( \frac{d}{e} \right) \times 100.000$$

d = N° de defunciones  
e = N° de enfermos

Los indicadores utilizados para medir la morbilidad pueden dividirse en dos categorías. Unos que miden la incidencia y prevalencia de las enfermedades y otros que pretenden medir el impacto de las mismas. También puede incluirse en el primer grupo, los indicadores que miden la prevalencia e incidencia de síntomas prevalentes en las poblaciones (cefaleas, ansiedad, estrés...).

Entre los indicadores del primer tipo, destacan las tasas de incidencia sobre enfermedades registradas en los Centros Asistenciales y recogidos de forma sistemática: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs), registros de VIH-SIDA, de tumores / cáncer, de Interrupciones Voluntarias de Embarazos (IVEs)... También se incluyen en estos grupos los indicadores derivados de redes centinela, que basan su funcionamiento en la recogida sistemática de datos sobre procesos y/o enfermedades de interés para la Salud Pública mediante muestras representativas de población, utilizando profesionales sanitarios, denominados "centinelas" (en la C. Valenciana se creó la Red Centinela Sanitaria de la C. Valenciana en el año 1996 y pertenece a la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública).

Algunos de los indicadores que miden el impacto de la morbilidad pueden ser: N° de jornadas de actividad reducida, n° de días de encajamiento, n° de días de absentismo laboral o escolar...

#### 2.4.2.1.2.2 Indicadores de gravedad.

Este tipo de indicador, mide de forma indirecta el grado de severidad de una enfermedad. Algunos ejemplos de este tipo de indicador son el tiempo de hospitalización o encajamiento, de absentismo, o el resultado de aplicar determinadas escalas diseñadas para este fin.

#### 2.4.2.1.3 Absentismo:

Puede representarse como densidad de incidencia:

Tabla 25. Tasa de absentismo.

$$TA = \left( \frac{\sum_i d_i}{\sum_j n_j} \right) \times 100$$

di = N° de días de absentismo (personas-tiempo)  
ni = N° de personas-tiempo a riesgo en el período laboral

2.4.2.1.4 Indicadores de la calidad de las funciones anatomofisiológicas:

2.4.2.1.4.1 Indicadores de capacidad y aptitud física.

Capacidad aerobia máxima.- Se obtiene a partir de los test de capacidad y aptitud física y requiere un equipo especializado y costoso.

2.4.2.1.4.2 Indicadores de resistencia y adaptabilidad.

Los indicadores se obtienen al aplicar test fisiológicos y psicológicos específicos de resistencia y adaptabilidad.

2.4.2.1.4.3 Indicadores de incapacidad y dependencia.

Al igual que los anteriores, se obtienen tras la aplicación de test específicos.

2.4.2.1.4.4 Indicadores de edad biológica y cronológica.

2.4.2.1.5 Macroindicadores de bienestar físico, mental o social:

Incluyen indicadores de salud global, de salud física, de salud social o de salud mental. Se basan en test que clasifican a los sujetos encuestados en diferentes categorías con alteraciones funcionales.

2.4.2.1.6 Indicadores determinados por las especialidades médicas:

Estos indicadores se generan con la intención de mejorar el conocimiento de la morbi-mortalidad de procesos que afectan exclusivamente a determinadas especialidades.

**2.5 Indicadores de salud recogidos en la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana**

En el caso de la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana, los indicadores recogidos son diferentes en población adulta e infantil, agrupándose en el caso de la edad adulta en 6 categorías y en 7 para la edad infantil. Los indicadores recogidos en la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana (2005) son:

Tabla 26. Indicadores recogidos en la Encuesta de Salud de la población adulta de la Comunidad Valenciana (2005).

ENCUESTA DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA	
1.	Percepción de la salud
1.1.	Autopercepción del estado de salud actual
1.2.	Descripción del estado de salud actual. (Sistema descriptivo del cuestionario EuroQol-5D)
1.3.	Puntuación asignada a la autopercepción de la salud. (Escala Visual Analógica del cuestionario EuroQol-SD)
1.4.	Comparación del estado de salud actual respecto al de los 12 meses anteriores
1.5.	Apoyo social funcional. Subescalas de apoyo social afectivo y confidencial. (Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC-II)
2.	Morbilidad
2.1.	Enfermedades crónicas diagnosticadas
2.2.	Salud mental (durante el último mes). (Cuestionario GHQ-12)
2.3.	Discapacidades en la población de 16 y más años
2.4.	Autonomía en la población mayor de 65 años: grado de autosuficiencia
2.5.	Accidentes ocurridos en los últimos 12 meses (excepto accidentes de tráfico)

ACTUALIZACIÓN EN TÉCNICAS, PROCEDIMIENTOS, CUIDADOS Y NORMATIVA PARA  
ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y DE ATENCIÓN PRIMARIA. VOL. 2

2.5.	Accidentes ocurridos en los últimos 12 meses (excepto accidentes de tráfico)
2.5.1.	Tipos de accidentes y lugar donde se produjeron
2.5.1.	Tipos de accidentes y lugar donde se produjeron
2.5.2.	Accidentes que requirieron atención médica
2.5.3.	Accidentes que requirieron hospitalización
3.	Utilización de medicamentos
3.1.	Automedicación habitual por tipo de medicamento
4.	Servicios sanitarios
4.1.	Servicios sanitarios utilizados con más frecuencia en los últimos 12 meses
4.2.	Grado de satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados en los últimos 12 meses
4.3.	Opinión de la población sobre la inversión de recursos en problemas de salud prioritarios
5	Conductas y estilos de vida
5.1.	Hábito tabáquico
5.1.1.	Hábito tabáquico en la población
5.1.2.	Cantidad de cigarrillos consumidos al día
5.1.3.	Autocomparación del consumo actual de tabaco con el de hace un año
5.1.4.	Solicitud de permiso para fumar en lugares cerrados
5.1.5.	Edad de inicio del consumo de tabaco
5.1.6.	Motivo fundamental por el que se comenzó a fumar
5.1.7.	Existencia de advertencias sobre los efectos nocivos del tabaco sobre la salud cuando se comenzó a fumar
5.1.8.	Existencia de advertencias sobre los efectos nocivos del tabaco sobre la salud en los últimos 12 meses
5.1.9.	Motivo por el que los exfumadores dejaron de fumar
5.1.10.	Tiempo que hace que los exfumadores dejaron de fumar
5.2.	Consumo de bebidas alcohólicas
5.2.1.	Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas
5.2.2.	Clasificación de la población según el consumo de bebidas alcohólicas
5.3.	Automoción
5.3.1.	Población que conduce vehículos a motor
5.3.2.	Conducción bajo los efectos del alcohol durante el último año
5.3.3.	Medidas de seguridad vial
5.3.4.	Accidentes de tráfico sufridos durante los últimos 12 meses (incluye el atropello)
5.4.	Alimentación. Peso ponderal
5.4.1.	Hábitos de alimentación (frecuencia de consumo de alimentos)
5.4.2.	Peso, talla y clasificación de la población según su índice de Masa Corporal
5.4.3.	Autopercepción del peso ponderal respecto al índice de Masa Corporal (IMC) calculado
5.4.4.	Población que realiza régimen de comidas actualmente
5.4.5.	Motivo del régimen de comidas
5.4.6.	Seguimiento del régimen de comidas por algún profesional sanitario
5.5.	Actividad física
5.5.1.	Tipo de actividad física durante el trabajo diario (remunerado y no remunerado)
5.5.2.	Tipo de actividad física realizada durante el tiempo libre
5.5.3.	Horas de sueño al día habitualmente (incluyendo la siesta)
5.6.	Revisiones médicas preventivas periódicas
5.7.	Salud sexual y reproductiva: métodos anticonceptivos
5.7.1.	Método anticonceptivo más utilizado durante el último año
5.7.2.	Motivo principal de la no utilización de métodos anticonceptivos
6.	Factores de riesgo
6.1.	Condiciones de habitabilidad
6.1.1.	Problemas de habitabilidad en la vivienda

Tabla 27. Indicadores recogidos en la Encuesta de Salud de la población infantil de la Comunidad Valenciana (2005).

ENCUESTA DE SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL	
1.	Percepción de la salud
1.1.	Percepción del estado de salud de los hijos/as durante los últimos 12 meses
2.	Morbilidad
2.1.	Enfermedades crónicas
2.1.1.	Prevalencia de enfermedades crónicas
2.1.2.	Prevalencia de cada tipo de enfermedad crónica
2.1.3.	Prevalencia de cada tipo de enfermedad crónica en relación al total de enfermedades . cronicas
2.2.	Padecimiento de molestias o síntomas en los últimos 15 días
2.2.1.	Restricción de las actividades habituales por molestias o síntomas recientes
2.2.2.	Duración de la restricción de las actividades habituales por molestias o síntomas recientes
2.2.3.	Tipo de dolor o síntoma más grave que ha ocasionado la restricción de las actividades habituales en los últimos 15 días
2.3.	Accidentes sufridos en los últimos 12 meses
2.3.1.	Prevalencia de accidentes sufridos en los últimos 12 meses
2.3.2.	Lugar del accidente
2.3.3.	Tipo de atención médica requerida por el accidente
2.3.4.	Daños producidos por el accidente
3.	Utilización de medicamentos en los últimos 15 días
3.1.	Consumo de medicamentos en los últimos 15 días
3.2.	Tipo de medicamento consumido por los niños/as en los últimos 15 días
3.3.	Medicamentos consumidos en los últimos 15 días con y sin receta del médico o pediatra
4.	Utilización de servicios sanitarios
4.1.	Consultas al médico
4.1.1.	Tiempo transcurrido desde la última consulta médica
4.1.2.	Frecuentación de la consulta médica en los últimos 15 días
4.1.3.	Lugar de la última consulta médica
4.1.4.	Motivo de la última consulta médica
4.1.5.	Especialidad del médico consultado en la última consulta médica
4.2.	Hospitalizaciones en los últimos 12 meses
4.2.1.	Hospitalizaciones en los últimos 12 meses
4.2.2.	Duración de la hospitalización en los últimos 12 meses
4.3.	Utilización de los servicios de urgencias en los últimos 12 meses
4.3.1.	Utilización de los servicios de urgencias en los últimos 12 meses
4.3.2.	Número de veces que han acudido a los servicios de urgencias en los últimos 12 meses
4.3.3.	Tipo de servicio de urgencias utilizado la última vez
4.3.4.	Motivo de la utilización del servicio de urgencias
4.4.	Atención buco-dental
4.4.1.	Tiempo transcurrido desde la última consulta odontológica
4.4.2.	Número de visitas a la consulta odontológica en los últimos tres meses
4.4.3.	Motivo de la última visita a la consulta odontológica
4.4.4.	Tipo de consulta odontológica utilizada en la última visita
5.	Conductas y estilos de vida relacionados con la salud
5.1.	Sueño
5.1.1.	Número de horas de sueño al día
5.2.	Actividad física/sedentarismo
5.2.1.	Actividad física en el tiempo libre (niños/as de 6 años o más)
5.2.2.	Hábito de ver la televisión
5.2.3.	Tiempo dedicado diariamente a ver la televisión
5.2.3.1.	Tiempo dedicado diariamente a ver la televisión
5.2.3.2.	Promedio de tiempo dedicado diariamente a ver la televisión
5.2.4.	Hábito de jugar con videojuegos, ordenador o internet
5.2.5.	Tiempo dedicado diariamente a videojuegos, ordenador o internet
5.2.5.1.	Tiempo dedicado diariamente a videojuegos, ordenador o internet



## 2.6 Indicadores recogidos en la Encuesta Nacional de Salud (2006):

Tabla 28. Indicadores recogidos en la Encuesta Nacional de Salud (2006).

Estado de salud
Enfermedades crónicas o de larga evolución en población adulta ( $\geq 16$ años) diagnosticadas por un médico [tensión alta; infarto de miocardio; otras enfermedades de corazón; artrosis, artritis o reumatismo; alergia crónica; asma; bronquitis crónica; diabetes; colesterol alto; cataratas; depresión/ansiedad u otros trastornos mentales; embolia; tumores malignos; osteoporosis]
Enfermedades crónicas o de larga evolución en población infantil ( $< 16$ años) diagnosticadas por un médico [alergia crónica; asma; diabetes; tumores malignos (incluye leucemia y linfoma); epilepsia; trastornos de la conducta (incluye hiperactividad); trastornos mentales]
Accidentes
Limitaciones para las actividades de la vida diaria
Consumo de tabaco
Consumo de alcohol
Ejercicio físico en tiempo libre
Tipo de desayuno
Dieta o régimen especial
Índice de Masa Corporal en población infantil (2 a 17 años)
Índice de Masa Corporal en adultos ( $>17$ años)
Vacunación antigripal en la última campaña
Prácticas preventivas generales [toma de tensión arterial; medición colesterol]
Prácticas preventivas ginecológicas [citología vaginal; mamografía]

## 2.7 Indicadores recogidos en las Estadísticas Sanitarias de España (1991-2000)

A continuación se enumera el listado de indicadores (615) incluidos en las Estadísticas Sanitarias España 1991-2000 agrupados en los siguientes 18 epígrafes:

Tabla 29. Resumen de indicadores recogidos en las Estadísticas Sanitarias de España (1991-2000).

1. Mortalidad general
2. Esperanza de vida
3. Natalidad
4. Mortalidad infantil
5. Mortalidad y defunciones según causa de muerte
6. Víctimas de accidentes
7. Enfermedades infecciosas de declaración obligatoria
8. Interrupciones voluntarias del Embarazo
9. Salud percibida
10. Conductas de riesgo relacionadas con la salud
11. Recursos Sanitarios
12. Altas hospitalaria según diagnóstico definitivo
13. Estancias hospitalaria según diagnóstico definitivo
14. Grupos relacionados por el diagnóstico.
15. Consultas al médico
16. Consumo de medicamentos
17. Gasto Sanitario
18. Trasplantes

Tabla 30. Indicadores recogidos en las Estadísticas Sanitarias de España (1991-2000).

1. Mortalidad general

- 1.1. Número de defunciones por edad y sexo.
- 1.2. Tasas de mortalidad por 1.000 habitantes por edad y sexo.
- 1.3. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 1.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
- 1.4. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 1.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 1.5. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 1.000 mujeres por Comunidad Autónoma.

2. Esperanza de vida

- 2.1. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.
- 2.2. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años por Comunidad Autónoma. Varones.
- 2.3. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años por Comunidad Autónoma. . Mujeres.

3. Natalidad

- 3.1. Número de nacimientos y tasa de natalidad por 1.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
- 3.2. Número de nacimientos por sexo según Comunidad Autónoma.
- 3.3. Número de nacimientos por sexo según edad de la madre.
- 3.4. Distribución porcentual de los nacimientos por sexo, según edad de la madre.
- 3.5. Número de nacimientos de madres menores de 20 años por Comunidad Autónoma.
- 3.6. Porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años por Comunidad Autónoma.
- 3.7. Número de nacimientos de madres de 35 y más años por Comunidad Autónoma.
- 3.8. Porcentaje de nacimientos de madres de 35 y más años por Comunidad Autónoma.
- 3.9. Número de nacimientos por sexo, según el peso al nacer.
- 3.10. Distribución porcentual de los nacimientos por sexo, según el peso al nacer.
- 3.11. Número de nacimientos con un peso al nacer inferior a 2.500 gramos por Comunidad Autónoma.
- 3.12. Porcentaje de nacimientos con un peso al nacer inferior a 2.500 gramos por Comunidad Autónoma.
- 3.13. Número de nacimientos de partos múltiples por Comunidad Autónoma.
- 3.14. Porcentaje de nacimientos de partos múltiples por Comunidad Autónoma.
- 3.15. Número de nacimientos de partos múltiples por edad de la madre.
- 3.16. Porcentaje de nacimientos de partos múltiples por edad de la madre.
- 3.17. Número de nacimientos según la asistencia sanitaria y el lugar donde ocurrió el parto.

3.18. Distribución porcentual de los nacimientos según la asistencia sanitaria y el lugar donde ocurrió el parto.

#### 4. Mortalidad infantil

4.1. Número de defunciones en el primer año de vida y tasa de mortalidad infantil según Comunidad Autónoma.

4.2. Número de defunciones en el primer año de vida por causa y tasa de mortalidad infantil por causa.

4.3. Número de defunciones neonatales y tasa de mortalidad neonatal por Comunidad Autónoma.

4.4. Número de defunciones postneonatales y tasa de mortalidad postneonatal por Comunidad Autónoma.

4.5. Número de defunciones perinatales y tasa de mortalidad perinatal por Comunidad Autónoma.

4.6. Número de defunciones perinatales por causa y tasa de mortalidad perinatal por causa.

#### 5. Mortalidad y defunciones según causa de muerte

5.1. Enfermedades infecciosas y parasitarias

5.1.1. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Número de defunciones por edad y sexo.

5.1.2. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.

5.1.3. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.

5.1.4. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.

5.1.5. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.

5.1.6. Septicemia. Número de defunciones por edad y sexo.

5.1.7. Septicemia. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.

5.1.8. Septicemia. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.

5.1.9. Septicemia. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.

5.1.10. Septicemia. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.

5.1.11. Sida. Número de defunciones por edad y sexo.

5.1.12. Sida. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.

5.1.13. Sida. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.



- 5.1.14. Sida. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 5.1.15. Sida. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.2. Tumores malignos
  - 5.2.1. Tumores malignos. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.2.2. Tumores malignos. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.2.3. Tumores malignos. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
  - 5.2.4. Tumores malignos. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
  - 5.2.5. Tumores malignos. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
  - 5.2.6. Tumor maligno de estómago. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.2.7. Tumor maligno de estómago. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.2.8. Tumor maligno de estómago. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
  - 5.2.9. Tumor maligno de estómago. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
  - 5.2.10. Tumor maligno de estómago. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
  - 5.2.11. Tumor maligno de colon y recto. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.2.12. Tumor maligno de colon y recto. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.2.13. Tumor maligno de colon y recto. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
  - 5.2.14. Tumor maligno de colon y recto. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
  - 5.2.15. Tumor maligno de colon y recto. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
  - 5.2.16. Tumor maligno de la traquea, los bronquios y el pulmón. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.2.17. Tumor maligno de la traquea, los bronquios y el pulmón. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.2.18. Tumor maligno de la traquea, los bronquios y el pulmón. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
  - 5.2.19. Tumor maligno de la traquea, los bronquios y el pulmón. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.

- 5.2.20. Tumor maligno de la traquea, los bronquios y el pulmón. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.2.21. Tumor maligno de la mama en la mujer. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por edad.
- 5.2.22. Tumor maligno de la mama en la mujer. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.3. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad
  - 5.3.1. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.3.2. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.3.3. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
  - 5.3.4. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
  - 5.3.5. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
  - 5.3.6. Diabetes mellitus. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.3.7. Diabetes mellitus. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.3.8. Diabetes mellitus. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
  - 5.3.9. Diabetes mellitus. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
  - 5.3.10. Diabetes mellitus. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.4. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.
  - 5.4.1. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.4.2. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.4.3. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.

- 5.4.4. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 5.4.5. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.5. Trastornos mentales
  - 5.5.1. Trastornos mentales. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.5.2. Trastornos mentales. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.5.3. Trastornos mentales. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
  - 5.5.4. Trastornos mentales. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
  - 5.5.5. Trastornos mentales. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.6. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos
  - 5.6.1. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.6.2. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.6.3. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
  - 5.6.4. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
  - 5.6.5. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
  - 5.6.6. Enfermedad de Alzheimer. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.6.7. Enfermedad de Alzheimer. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.6.8. Enfermedad de Alzheimer. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
  - 5.6.9. Enfermedad de Alzheimer. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
  - 5.6.10. Enfermedad de Alzheimer. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.7. Enfermedades del aparato circulatorio

- 5.7.1. Enfermedades del aparato circulatorio. Número de defunciones por edad y sexo.
- 5.7.2. Enfermedades del aparato circulatorio. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
- 5.7.3. Enfermedades del aparato circulatorio. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
- 5.7.4. Enfermedades del aparato circulatorio. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 5.7.5. Enfermedades del aparato circulatorio. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.7.6. Enfermedad hipertensiva. Número de defunciones por edad y sexo.
- 5.7.7. Enfermedad hipertensiva. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
- 5.7.8. Enfermedad hipertensiva. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
- 5.7.9. Enfermedad hipertensiva. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 5.7.10. Enfermedad hipertensiva. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.7.11. Enfermedad isquémica del corazón. Número de defunciones por edad y sexo.
- 5.7.12. Enfermedad isquémica del corazón. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
- 5.7.13. Enfermedad isquémica del corazón. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
- 5.7.14. Enfermedad isquémica del corazón. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 5.7.15. Enfermedad isquémica del corazón. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.7.16. Enfermedad cerebrovascular. Número de defunciones por edad y sexo.
- 5.7.17. Enfermedad cerebrovascular. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
- 5.7.18. Enfermedad cerebrovascular. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
- 5.7.19. Enfermedad cerebrovascular. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 5.7.20. Enfermedad cerebrovascular. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.8. Enfermedades del aparato respiratorio
- 5.8.1. Enfermedades del aparato respiratorio. Número de defunciones por edad y sexo.

- 5.8.2. Enfermedades del aparato respiratorio. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
- 5.8.3. Enfermedades del aparato respiratorio. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
- 5.8.4. Enfermedades del aparato respiratorio. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 5.8.5. Enfermedades del aparato respiratorio. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.8.6. Neumonía e Influenza. Número de defunciones por edad y sexo.
- 5.8.7. Neumonía e Influenza. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
- 5.8.8. Neumonía e Influenza. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
- 5.8.9. Neumonía e Influenza. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 5.8.10. Neumonía e Influenza. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.8.11. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades afines. Número de defunciones por edad y sexo.
- 5.8.12. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades afines. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
- 5.8.13. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades afines. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
- 5.8.14. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades afines. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 5.8.15. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades afines. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.9. Enfermedades del aparato digestivo
  - 5.9.1. Enfermedades del aparato digestivo. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.9.2. Enfermedades del aparato digestivo. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.9.3. Enfermedades del aparato digestivo. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
  - 5.9.4. Enfermedades del aparato digestivo. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
  - 5.9.5. Enfermedades del aparato digestivo. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.

- 5.9.6. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Número de defunciones por edad y sexo.
- 5.9.7. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
- 5.9.8. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
- 5.9.9. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 5.9.10. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.10. Enfermedades del aparato genitourinario
  - 5.10.1. Enfermedades del aparato genitourinario. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.10.2. Enfermedades del aparato genitourinario. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.10.3. Enfermedades del aparato genitourinario. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
  - 5.10.4. Enfermedades del aparato genitourinario. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
  - 5.10.5. Enfermedades del aparato genitourinario. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
  - 5.10.6. Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.10.7. Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.10.8. Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
  - 5.10.9. Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
  - 5.10.10. Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.11. Causas externas de traumatismos y envenenamiento
  - 5.11.1. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Número de defunciones por edad y sexo.
  - 5.11.2. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 5.11.3. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.

- 5.11.4. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 5.11.5. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.11.6. Accidentes no intencionales. Número de defunciones por edad y sexo.
- 5.11.7. Accidentes no intencionales. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
- 5.11.8. Accidentes no intencionales. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
- 5.11.9. Accidentes no intencionales. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 5.11.10. Accidentes no intencionales. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 5.11.11. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Número de defunciones por edad y sexo.
- 5.11.12. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por edad y sexo.
- 5.11.13. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Número de defunciones y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma.
- 5.11.14. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Número de defunciones en varones y tasa de mortalidad por 100.000 varones por Comunidad Autónoma.
- 5.11.15. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Número de defunciones en mujeres y tasa de mortalidad por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.

#### 6. Víctimas de accidentes

- 6.1. Accidentes de tráfico
  - 6.1.1. Número de víctimas de accidentes de tráfico por edad y sexo.
  - 6.1.2. Accidentes de tráfico. Tasa de víctimas por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 6.1.3. Víctimas y defunciones por accidentes de tráfico por tipo de vía.
  - 6.1.4. Víctimas y defunciones por accidentes de tráfico. Tasas.
  - 6.1.5. Víctimas por accidentes de tráfico por Comunidad Autónoma.
  - 6.1.6. Víctimas por accidentes de tráfico por Comunidad Autónoma. Tasas por 1.000 accidentes.
  - 6.1.7. Víctimas por accidentes de tráfico por Comunidad Autónoma. Tasas por 1.000 habitantes.
  - 6.1.8. Defunciones por accidentes de tráfico por Comunidad Autónoma.
  - 6.1.9. Defunciones por accidentes de tráfico por Comunidad Autónoma. Tasas por 1.000 accidentes.
  - 6.1.10. Defunciones por accidentes de tráfico por Comunidad Autónoma. Tasas por 1.000 habitantes.

- 6.2. Accidentes de trabajo
  - 6.2.1. Accidentes de trabajo con baja del trabajador. Número de trabajadores accidentados e índice de frecuencia por sector de actividad.
  - 6.2.2. Accidentes de trabajo con fallecimiento del trabajador. Número de defunciones e índice de frecuencia por sector de actividad.
  - 6.2.3. Accidentes en jornada de trabajo con baja según parte del cuerpo lesionada.
  - 6.2.4. Accidentes en jornada de trabajo con baja según parte del cuerpo lesionada. Distribución porcentual.
  - 6.2.5. Accidentes en jornada de trabajo con baja según naturaleza de la lesión.
  - 6.2.6. Accidentes en jornada de trabajo con baja según naturaleza de la lesión. Distribución porcentual.
  - 6.2.7. Accidentes de trabajo con baja del trabajador. Número de trabajadores accidentados e índice de frecuencia por Comunidad Autónoma.
  - 6.2.8. Accidentes de trabajo con fallecimientos del trabajador. Número de defunciones e índice de frecuencia por Comunidad Autónoma.
- 6.3. Accidentes de tiempo libre y de ocio.
  - 6.3.1. Accidentes en tiempo libre y de ocio. Número y tasa.
  - 6.3.2. Accidentes en tiempo libre y de ocio según el mecanismo. Número y distribución porcentual.
  - 6.3.3. Accidentes en tiempo libre y de ocio según el lugar. Número y distribución porcentual.
  - 6.3.4. Accidentes en tiempo libre y de ocio según la parte del cuerpo afectada. Número y distribución porcentual.
- 7. Enfermedades infecciosas de declaración obligatoria
  - 7.1. Enfermedades de transmisión alimentaria
    - 7.1.1. Botulismo. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
    - 7.1.2. Disentería. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
    - 7.1.3. Fiebre tifoidea y paratifoidea. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
    - 7.1.4. Triquinosis. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
  - 7.2. Enfermedades de transmisión respiratoria
    - 7.2.1. Enfermedad meningocócica. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
    - 7.2.2. Gripe. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
    - 7.2.3. Legionelosis. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
    - 7.2.4. Meningitis tuberculosa. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
    - 7.2.5. Tuberculosis respiratoria. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
    - 7.2.6. Varicela. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
  - 7.3. Enfermedades de transmisión sexual
    - 7.3.1. Infección gonocócica. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
    - 7.3.2. Sífilis. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.



- 7.4. Enfermedades prevenibles por inmunización
  - 7.4.1. Parotiditis. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
  - 7.4.2. Rubeola. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
  - 7.4.3. Sarampión. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
  - 7.4.4. Tétanos neonatal. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
  - 7.4.5. Tos Ferina. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
- 7.5. Hepatitis víricas
  - 7.5.1. Hepatitis A. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
  - 7.5.2. Hepatitis B. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
  - 7.5.3. Otras hepatitis víricas. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
- 7.6. Zoonosis
  - 7.6.1. Brucelosis. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
- 7.7. Enfermedades importadas
  - 7.7.1. Paludismo. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
- 7.8. Enfermedades declaradas sistemas especiales
  - 7.8.1. Lepra. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
  - 7.8.2. Sífilis congénita. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.
- 7.9. Sida
  - 7.9.1. Sida. Casos declarados y tasas por 100.000 habitantes.

#### 8. Interrupciones voluntarias del Embarazo

- 8.1. Número de interrupciones voluntarias del embarazo por edad de la madre.
- 8.2. Tasa de interrupciones voluntarias del embarazo por 1000 mujeres por edad de la madre.
- 8.3. Distribución porcentual de las interrupciones voluntarias del embarazo por edad de la madre.
- 8.4. Número de interrupciones voluntarias del embarazo por Comunidad Autónoma de residencia.
- 8.5. Tasa de interrupciones voluntarias del embarazo por 1000 mujeres de 15 a 44 años de edad por Comunidad Autónoma de residencia.
- 8.6. Número de interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres de 20 años por Comunidad Autónoma de residencia.
- 8.7. Porcentaje de interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres de 20 años por Comunidad Autónoma de residencia.
- 8.8. Numero de interrupciones voluntarias del embarazo por semanas de gestación.
- 8.9. Distribución porcentual del numero de interrupciones voluntarias del embarazo según la semana de gestación.
- 8.10. Número de interrupciones voluntarias del embarazo con 8 o menos semanas de gestación por Comunidad Autónoma de residencia.
- 8.11. Porcentaje de interrupciones voluntarias del embarazo con 8 o menos semanas de gestación por Comunidad Autónoma de residencia.

- 8.12. Número de interrupciones voluntarias del embarazo con más de 16 semanas de gestación por Comunidad Autónoma de residencia.
- 8.13. Porcentaje de interrupciones voluntarias del embarazo con más de 16 semanas de gestación por Comunidad Autónoma de residencia.
- 8.14. Número de interrupciones voluntarias del embarazo según el número de hijos vivos.
- 8.15. Distribución porcentual de interrupciones voluntarias del embarazo según el número de hijos vivos.
- 8.16. Numero de interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres que no tienen hijos vivos por Comunidad Autónoma de residencia.
- 8.17. Porcentaje de interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres que no tienen hijos vivos por Comunidad Autónoma de residencia.
- 8.18. Número de interrupciones voluntarias del embarazo por motivo de la interrupción.
- 8.19. Distribución porcentual de interrupciones voluntarias del embarazo por motivo de la interrupción.
- 8.20. Número de interrupciones voluntarias del embarazo realizadas cuyo motivo de interrupción fue la salud materna por Comunidad Autónoma de residencia.
- 8.21. Porcentaje de interrupciones voluntarias del embarazo realizadas cuyo motivo de interrupción fue la salud materna por Comunidad Autónoma de residencia.
- 8.22. Número de interrupciones voluntarias del embarazo por tipo de centro.
- 8.23. Distribución porcentual de interrupciones voluntarias del embarazo por tipo de centro.
- 8.24. Número de interrupciones voluntarias del embarazo realizadas en centros privados por Comunidad Autónoma de residencia.
- 8.25. Porcentaje de interrupciones voluntarias del embarazo realizadas en centros privados por Comunidad Autónoma de residencia.

#### 9. Salud percibida

- 9.1. Número de personas que declaran que su salud es regular, mala o muy mala por edad y sexo. Población de 16 y más años.
- 9.2. Porcentaje de personas que declaran que su salud es regular, mala o muy mala por edad y sexo. Población de 16 y más años.
- 9.3. Número medio de días de restricción de la actividad principal por persona y año por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 9.4. Número de personas que declaran que su salud es regular, mala o muy mala por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 y más años.
- 9.5. Porcentaje de personas que declaran que su salud es regular, mala o muy mala por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 y más años.

9.6. Número medio de días de restricción de la actividad principal por persona y año por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 a 64 años.

10. Conductas de riesgo relacionadas con la salud

10.1. Consumo de tabaco

10.1.1. Número de personas que fuman por edad y sexo. Población de 16 y más años

10.1.2. Porcentaje de población fumadora por edad y sexo. Población de 16 y más años

10.1.3. Número de personas que son grandes fumadores (20 y + cigarrillos diarios) por edad y sexo. Población de 16 y más años

10.1.4. Porcentaje de población gran fumadora (20 y + cigarrillos diarios) por edad y sexo. Población de 16 y más años

10.1.5. Número de personas exfumadoras por edad y sexo. Población de 16 y más años

10.1.6. Porcentaje de población exfumadora por edad y sexo. Población de 16 y más años

10.1.7. Número de personas que fuman por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 y más años.

10.1.8. Porcentaje de personas que fuman por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 y más años.

10.1.9. Número de personas que son grandes fumadores (20 y + cigarrillos) por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 y más años.

10.1.10. Porcentaje de personas que son grandes fumadores (20 y + cigarrillos) por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 y más años.

10.1.11. Número de personas exfumadoras por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 y más años.

10.1.12. Porcentaje de personas exfumadoras por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 y más años.

10.2. Consumo de alcohol

10.2.1. Número de personas que consumen alguna cantidad de alcohol por edad y sexo. Población de 16 y más años

10.2.2. Porcentaje de población que consume alguna cantidad de alcohol por edad y sexo. Población de 16 y más años

10.2.3. Número de personas que consumen alcohol de forma excesiva (100 y + cc. de alcohol al día) por edad y sexo. Población de 16 y más años

10.2.4. Porcentaje de población que consume alcohol de forma excesiva (100 y + cc. de alcohol al día) por edad y sexo. Población de 16 y más años.



- 10.2.5. Número de personas que consumen alguna cantidad de alcohol por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 y más años.
- 10.2.6. Porcentaje de personas que consumen alguna cantidad de alcohol por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 y más años.
- 10.2.7. Número de personas que consumen alcohol de forma excesiva (100 y + cc. de alcohol al día) por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 y más años.
- 10.2.8. Porcentaje de personas que consumen alcohol de forma excesiva (100 y + cc. de alcohol al día) por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 y más años.
- 10.3. Sobrepeso y obesidad
  - 10.3.1. Número de personas con sobrepeso (IMC 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>) por edad y sexo. Población de 20 y más años
  - 10.3.2. Porcentaje de población con sobrepeso (IMC 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>) por edad y sexo. Población de 20y más años
  - 10.3.3. Número de personas con obesidad (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>) por edad y sexo. Población de 20 y más años
  - 10.3.4. Porcentaje de población con obesidad (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>) por edad y sexo. Población de 20 y más años
  - 10.3.5. Número de personas con sobrepeso (IMC 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>) por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 20 y más años
  - 10.3.6. Porcentaje de población con sobrepeso (IMC 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>) por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 20 y más años
  - 10.3.7. Número de personas con obesidad (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>) por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 20 y más años
  - 10.3.8. Porcentaje de población con obesidad (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>) por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 20 y más años.
- 10.4. Sedentarismo
  - 10.4.1. Número de personas que no realizan ninguna actividad física en su tiempo libre por edad y sexo. Población de 16 y más años
  - 10.4.2. Porcentaje de población que no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre por edad y sexo. Población de 16 y más años
  - 10.4.3. Número de personas que no realizan ninguna actividad física en su actividad principal por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.

- 10.4.4. Porcentaje de población que no realiza ninguna actividad física en su actividad principal por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.4.5. Número de personas que no realizan ninguna actividad física en su actividad principal por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 y más años
- 10.4.6. Porcentaje de población que no realiza ninguna actividad física en su actividad principal por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997.. Población de 16 y más años.
- 10.4.7. Número de personas que no realizan ninguna actividad física en su actividad principal por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1997. Población de 16 a 64 años.
- 10.4.8. Porcentaje de población que no realiza ninguna actividad física en su actividad principal por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Población de 16 a 64 años.
- 10.5. Consumo de drogas ilegales
  - 10.5.1. Número de personas que han consumido alguna vez heroína en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
  - 10.5.2. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez heroína en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
  - 10.5.3. Número de personas que han consumido alguna vez otros opiáceos distintos a heroína en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
  - 10.5.4. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez otros opiáceos distintos a heroína en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
  - 10.5.5. Número de personas que han consumido alguna vez cocaína en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
  - 10.5.6. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez cocaína en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
  - 10.5.7. Número de personas que han consumido alguna vez anfetaminas en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
  - 10.5.8. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez anfetaminas en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.

- 10.5.9. Número de personas que han consumido alguna vez base o crack en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.10. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez base o crack en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.11. Número de personas que han consumido alguna vez alucinógenos en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.12. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez alucinógenos en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.13. Número de personas que han consumido alguna vez sustancias volátiles o inhalantes en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.14. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez sustancias volátiles o inhalantes en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.15. Número de personas que han consumido alguna vez cannabis en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.16. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez cannabis en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.17. Número de personas que han consumido alguna vez tranquilizantes en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.18. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez tranquilizantes en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.19. Número de personas que han consumido alguna vez somníferos en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.20. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez somníferos en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.21. Número de personas que han consumido alguna vez éxtasis en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.

- 10.5.22. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez éxtasis en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por edad y sexo. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.23. Número de personas que han consumido alguna vez heroína en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.24. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez heroína en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.25. Número de personas que han consumido alguna vez otros opiáceos distintos a heroína en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.26. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez otros opiáceos distintos a heroína en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.27. Número de personas que han consumido alguna vez cocaína en polvo en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.28. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez cocaína en polvo en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.29. Número de personas que han consumido alguna vez anfetamínas en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.30. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez anfetamínas en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.31. Número de personas que han consumido alguna vez base o crack en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.32. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez base o crack en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.

- 10.5.33. Número de personas que han consumido alguna vez alucinógenos en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.34. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez alucinógenos en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.35. Número de personas que han consumido alguna vez sustancias volátiles en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.36. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez sustancias volátiles en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.37. Número de personas que han consumido alguna vez cannabis en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.38. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez cannabis en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.39. Número de personas que han consumido alguna vez tranquilizantes en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.40. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez tranquilizantes en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.41. Número de personas que han consumido alguna vez somníferos en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.42. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez somníferos en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.
- 10.5.43. Número de personas que han consumido alguna vez éxtasis en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.



10.5.44. Porcentaje de personas que han consumido alguna vez éxtasis en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta, por sexo y nivel de estudios en diferentes grupos de edad. Año 1999. Población de 16 a 64 años.

### 11. Recursos Sanitarios

#### 11.1. Recursos humanos

11.1.1. Número de médicos colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Ambos sexos.

11.1.2. Número de médicos colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Varones.

11.1.3. Número de médicos colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Mujeres.

11.1.4. Número de farmacéuticos colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Ambos sexos.

11.1.5. Número de farmacéuticos colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Varones.

11.1.6. Número de farmacéuticos colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Mujeres.

11.1.7. Número de veterinarios colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Ambos sexos.

11.1.8. Número de veterinarios colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Varones.

11.1.9. Número de veterinarios colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Mujeres.

11.1.10. Número de odontólogos y estomatólogos colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Ambos sexos.

11.1.11. Número de odontólogos y estomatólogos colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Varones.

11.1.12. Número de odontólogos y estomatólogos colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Mujeres.

11.1.13. Número de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Ambos sexos.

11.1.14. Número de de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Varones.

11.1.15. Número de de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería colegiados y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma. Mujeres.

11.1.16. Personal que trabaja en hospitales y tasa por 100.000 habitantes según dependencia.

- 11.1.17. Personal que trabaja en hospitales y tasa por 100.000 habitantes según comunidad autónoma.
- 11.1.18. Médicos que trabajan en hospitales y tasa por 100.000 habitantes según comunidad autónoma
- 11.1.19. Personal de enfermería que trabaja en hospitales y tasa por 100.000 habitantes según comunidad autónoma.
- 11.2. Recursos materiales
- 11.2.1. Número de hospitales según dependencia y según finalidad asistencial.
- 11.2.2. Número de hospitales según comunidad autónoma.
- 11.2.3. Número de hospitales del Sistema Nacional de Salud según comunidad autónoma.
- 11.2.4. Número de otros hospitales públicos según comunidad autónoma.
- 11.2.5. Número de hospitales no públicos según comunidad autónoma.
- 11.2.6. Número de hospitales generales según comunidad autónoma.
- 11.2.7. Número de otros hospitales agudos según comunidad autónoma.
- 11.2.8. Número de hospitales de larga estancia según comunidad autónoma.
- 11.2.9. Número y tasa por 1.000 habitantes de camas instaladas en hospitales según dependencia.
- 11.2.10. Número y tasa por 1.000 habitantes de camas instaladas en hospitales según finalidad asistencias.
- 11.2.11. Camas instaladas en hospitales y tasa por 1.000 habitantes según comunidad autónoma.
- 11.2.12. Camas instaladas en hospitales del Sistema Nacional de Salud y tasa por 1.000 habitantes según comunidad autónoma.
- 11.2.13. Camas instaladas en otros hospitales públicos y tasa por 1.000 habitantes según comunidad autónoma.
- 11.2.14. Camas instaladas en hospitales no públicos y tasa por 1.000 habitantes según comunidad autónoma.
- 11.2.15. Camas instaladas en hospitales generales y tasa por 1.000 habitantes según comunidad autónoma.
- 11.2.16. Camas instaladas en otros hospitales agudos y tasa por 1.000 habitantes según comunidad autónoma.
- 11.2.17. Camas instaladas en hospitales de larga estancia y tasa por 1.000 habitantes según comunidad autónoma.
- 12. Altas hospitalaria según diagnóstico definitivo
- 12.1. Todos los diagnósticos
- 12.1.1. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
- 12.1.2. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.
- 12.1.3. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.

- 12.1.4. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.
- 12.1.5. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 12.2. Enfermedades infecciosas y parasitarias
  - 12.2.1. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
  - 12.2.2. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 12.2.3. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.
  - 12.2.4. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 12.2.5. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 12.3. Tumores malignos
  - 12.3.1. Tumores malignos. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
  - 12.3.2. Tumores malignos. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 12.3.3. Tumores malignos. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.
  - 12.3.4. Tumores malignos. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 12.3.5. Tumores malignos. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 12.4. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad.
  - 12.4.1. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
  - 12.4.2. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 12.4.3. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.
  - 12.4.4. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.

- 12.4.5. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 12.5. Enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos
  - 12.5.1. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
  - 12.5.2. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 12.5.3. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.
  - 12.5.4. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 12.5.5. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 12.6. Trastornos mentales
  - 12.6.1. Trastornos mentales. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
  - 12.6.2. Trastornos mentales. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 12.6.3. Trastornos mentales. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.
  - 12.6.4. Trastornos mentales. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 12.6.5. Trastornos mentales. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 12.7. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos
  - 12.7.1. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
  - 12.7.2. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 12.7.3. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.
  - 12.7.4. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 12.7.5. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.

- 12.8. Enfermedades del aparato circulatorio
  - 12.8.1. Enfermedades del aparato circulatorio. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
  - 12.8.2. Enfermedades del aparato circulatorio. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 12.8.3. Enfermedades del aparato circulatorio. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.
  - 12.8.4. Enfermedades del aparato circulatorio. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 12.8.5. Enfermedades del aparato circulatorio. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 12.9. Enfermedades del aparato respiratorio
  - 12.9.1. Enfermedades del aparato respiratorio. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
  - 12.9.2. Enfermedades del aparato respiratorio. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 12.9.3. Enfermedades del aparato respiratorio. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.
  - 12.9.4. Enfermedades del aparato respiratorio. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 12.9.5. Enfermedades del aparato respiratorio. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 12.10. Enfermedades del aparato digestivo
  - 12.10.1. Enfermedades del aparato digestivo. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
  - 12.10.2. Enfermedades del aparato digestivo. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 12.10.3. Enfermedades del aparato digestivo. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.
  - 12.10.4. Enfermedades del aparato digestivo. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 12.10.5. Enfermedades del aparato digestivo. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 12.11. Enfermedades del aparato genitourinario
  - 12.11.1. Enfermedades del aparato genitourinario. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
  - 12.11.2. Enfermedades del aparato genitourinario. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 12.11.3. Enfermedades del aparato genitourinario. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.

- 12.11.4. Enfermedades del aparato genitourinario. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.
- 12.11.5. Enfermedades del aparato genitourinario. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 12.12. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
  - 12.12.1. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Enfermas dadas de alta y tasa por 100.000 mujeres, por edad.
  - 12.12.2. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Enfermas dadas de alta y tasa por 100.000 mujeres por Comunidad Autónoma.
- 12.13. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo
  - 12.13.1. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
  - 12.13.2. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 12.13.3. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.
  - 12.13.4. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 12.13.5. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 12.14. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
  - 12.14.1. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
  - 12.14.2. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.
  - 12.14.3. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.
  - 12.14.4. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 12.14.5. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 12.15. Causas externas de traumatismos y envenenamiento
  - 12.15.1. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Enfermos dados de alta por edad y sexo.
  - 12.15.2. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Enfermos dados de alta por 100.000 habitantes por edad y sexo.

- 12.15.3. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Ambos sexos.
- 12.15.4. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Varones.
- 12.15.5. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Enfermos dados de alta y tasa por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Mujeres.

13. Estancias hospitalaria según diagnóstico definitivo

13.1. Todos los diagnósticos

13.1.1. Estancias causadas por edad y sexo.

13.1.2. Estancia media por edad y sexo.

13.1.3. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos

13.1.4. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.

13.1.5. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.

13.2. Enfermedades infecciosas y parasitarias

13.2.1. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Estancias causadas por edad y sexo.

13.2.2. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Estancia media por edad y sexo.

13.2.3. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos

13.2.4. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.

13.2.5. Enfermedades infecciosas y parasitarias. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.

13.3. Tumores malignos

13.3.1. Tumores malignos. Estancias causadas por edad y sexo.

13.3.2. Tumores malignos. Estancia media por edad y sexo.

13.3.3. Tumores malignos. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos

13.3.4. Tumores malignos. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.

13.3.5. Tumores malignos. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.

13.4. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad.

13.4.1. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Estancias causadas por edad y sexo.

13.4.2. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Estancia media por edad y sexo.

13.4.3. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos

- 13.4.4. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.
- 13.4.5. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 13.5. Enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos
  - 13.5.1. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Estancias causadas por edad y sexo.
  - 13.5.2. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Estancia media por edad y sexo.
  - 13.5.3. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos
  - 13.5.4. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 13.5.5. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 13.6. Trastornos mentales
  - 13.6.1. Trastornos mentales. Estancias causadas por edad y sexo.
  - 13.6.2. Trastornos mentales. Estancia media por edad y sexo.
  - 13.6.3. Trastornos mentales. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos
  - 13.6.4. Trastornos mentales. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 13.6.5. Trastornos mentales. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 13.7. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos
  - 13.7.1. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Estancias causadas por edad y sexo.
  - 13.7.2. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Estancia media por edad y sexo.
  - 13.7.3. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos
  - 13.7.4. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 13.7.5. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 13.8. Enfermedades del aparato circulatorio
  - 13.8.1. Enfermedades del aparato circulatorio. Estancias causadas por edad y sexo.
  - 13.8.2. Enfermedades del aparato circulatorio. Estancia media por edad y sexo.



- 13.8.3. Enfermedades del aparato circulatorio. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos
- 13.8.4. Enfermedades del aparato circulatorio. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.
- 13.8.5. Enfermedades del aparato circulatorio. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 13.9. Enfermedades del aparato respiratorio
  - 13.9.1. Enfermedades del aparato respiratorio. Estancias causadas por edad y sexo.
  - 13.9.2. Enfermedades del aparato respiratorio. Estancia media por edad y sexo.
  - 13.9.3. Enfermedades del aparato respiratorio. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos
  - 13.9.4. Enfermedades del aparato respiratorio. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 13.9.5. Enfermedades del aparato respiratorio. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 13.10. Enfermedades del aparato digestivo
  - 13.10.1. Enfermedades del aparato digestivo. Estancias causadas por edad y sexo.
  - 13.10.2. Enfermedades del aparato digestivo. Estancia media por edad y sexo.
  - 13.10.3. Enfermedades del aparato digestivo. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos
  - 13.10.4. Enfermedades del aparato digestivo. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 13.10.5. Enfermedades del aparato digestivo. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 13.11. Enfermedades del aparato genitourinario
  - 13.11.1. Enfermedades del aparato genitourinario. Estancias causadas por edad y sexo.
  - 13.11.2. Enfermedades del aparato genitourinario. Estancia media por edad y sexo.
  - 13.11.3. Enfermedades del aparato genitourinario. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos
  - 13.11.4. Enfermedades del aparato genitourinario. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 13.11.5. Enfermedades del aparato genitourinario. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.
- 13.12. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
  - 13.12.1. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Estancias causadas y estancia media, por edad. Mujeres
  - 13.12.2. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Estancias causadas y estancia media por comunidad autónoma. Mujeres
- 13.13. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo

- 13.13.1. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. Estancias causadas por edad y sexo.
  - 13.13.2. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. Estancia media por edad y sexo.
  - 13.13.3. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos
  - 13.13.4. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 13.13.5. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.
  - 13.14. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
  - 13.14.1. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Estancias causadas por edad y sexo.
  - 13.14.2. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Estancia media por edad y sexo.
  - 13.14.3. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos
  - 13.14.4. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 13.14.5. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.
  - 13.15. Causas externas de traumatismos y envenenamiento
  - 13.15.1. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Estancias causadas por edad y sexo.
  - 13.15.2. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Estancia media por edad y sexo.
  - 13.15.3. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Ambos sexos
  - 13.15.4. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Varones.
  - 13.15.5. Causas externas de traumatismos y envenenamientos. Estancias causadas y estancia media por Comunidad Autónoma. Mujeres.
14. Grupos relacionados por el diagnóstico.
- 14.1. Grupos relacionados por el diagnóstico más frecuentes
  - 14.1.1. Grupos relacionados con el diagnóstico más frecuentes. Año 1997.
  - 14.1.2. Grupos relacionados con el diagnóstico más frecuentes. Año 1998.
  - 14.1.3. Grupos relacionados con el diagnóstico más frecuentes. Año 1999.
  - 14.1.4. Grupos relacionados con el diagnóstico más frecuentes. Año 2000.
  - 14.2. Grupos relacionados por el diagnóstico con mayor coste
  - 14.2.1. Grupos relacionados por el diagnóstico con mayor coste. Año 1997.

14.2.2. Grupos relacionados por el diagnóstico con mayor coste. Año 1998.

14.2.3. Grupos relacionados por el diagnóstico con mayor coste. Año 1999.

14.2.4. Grupos relacionados por el diagnóstico con mayor coste. Año 2000.

15. Consultas al médico

15.1. Número de personas que declaran que han consultado al médico general en el último año por edad y sexo. Población de 17 y más años.

15.2. Porcentaje de población que declara que ha consultado al médico general en el último año por edad y sexo. Población de 17 y más años.

15.3. Número medio de consultas declaradas al médico general en el último año por edad y sexo. Población de 17 y más años.

15.4. Número de personas que declaran que han consultado al médico especialista en el último año por edad y sexo. Población de 17 y más años.

15.5. Porcentaje de población que declaran que ha consultado al médico especialista en el último año por edad y sexo. Población de 17 y más años.

15.6. Número medio de consultas declaradas al médico especialista en el último año por edad y sexo. Población de 17 y más años.

15.7. Número de personas que declaran que ha consultado al dentista en el último año por edad y sexo. Población de 17 y más años.

15.8. Porcentaje de población que declara que ha consultado al dentista en el último año por edad y sexo. Población de 17 y más años.

15.9. Número medio de consultas declaradas al dentista en el último año por edad y sexo. Población de 17 y más años.

15.10. Número de personas que declaran que han consultado al médico general en el último año por sexo y nivel de estudios según la edad. Año 1996. Población de 17 y más años.

15.11. Porcentaje de población que declara que ha consultado al médico general en el último año por sexo y nivel de estudios según la edad. Año 1996.. Población de 17 y más años.

15.12. Número de personas que declaran que han consultado al médico especialista en el último año por sexo y nivel de estudios según la edad. Año 1996. Población de 17 y más años.

15.13. Porcentaje de población que declara que ha consultado al médico especialista en el último año por sexo y nivel de estudios según la edad. Año 1996.. Población de 17 y más años.

15.14. Número de personas que declaran que han consultado al dentista en el último año por sexo y nivel de estudios según la edad. Año 1996. Población de 17 y más años.

15.15. Porcentaje de población que declara que ha consultado al dentista en el último año por sexo y nivel de estudios según la edad. Año 1996.. Población de 17 y más años.

### 16. Consumo de medicamentos

- 16.1. Consumo de medicamentos correspondientes al grupo del aparato digestivo y metabolismo. Número de unidades vendidas y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma.
- 16.2. Consumo de medicamentos correspondientes al grupo de la sangre y órganos hematopoyéticos. Número de unidades vendidas y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma.
- 16.3. Consumo de medicamentos correspondientes al grupo del aparato cardiovascular. Número de unidades vendidas y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma.
- 16.4. Consumo de medicamentos correspondientes al grupo de dermatológicos. Número de unidades vendidas y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma.
- 16.5. Consumo de medicamentos correspondientes al grupo de genitourinarios y hormonas sexuales. Número de unidades vendidas y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma.
- 16.6. Consumo de medicamentos correspondientes al grupo de preparados hormonales sistémicos, excluidas hormonas sexuales. Número de unidades vendidas y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma.
- 16.7. Consumo de medicamentos correspondientes al grupo de antiinfecciosos vía general. Número de unidades vendidas y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma.
- 16.8. Consumo de medicamentos correspondientes al grupo de antineoplásicos. Número de unidades vendidas y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma.
- 16.9. Consumo de medicamentos correspondientes al grupo del sistema nervioso central. Número de unidades vendidas y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma.
- 16.10. Consumo de medicamentos correspondientes al grupo de antiparasitarios. Número de unidades vendidas y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma.
- 16.11. Consumo de medicamentos correspondientes al grupo del aparato respiratorio. Número de unidades vendidas y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma.
- 16.12. Consumo de medicamentos correspondientes al grupo de órganos de los sentidos. Número de unidades vendidas y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma.
- 16.13. Consumo de medicamentos correspondientes al grupo de varios. Número de unidades vendidas y tasa por 100.000 habitantes según Comunidad Autónoma.

### 17. Gasto Sanitario

- 17.1. Evolución del Gasto Público en Sanidad. Cuenta satélite.
- 17.2. Evolución del Gasto Público en Sanidad. Clasificación funcional.
- 17.3. Evolución del Gasto Público en Sanidad. Clasificación Económica-Presupuestaria.
- 17.4. Evolución del Gasto Público en Sanidad. Clasificación por Sectores de Gasto.
- 17.5. Evolución del Gasto Público en Sanidad. Subsectores de gasto
- 17.6. Evolución del Gasto Público en Sanidad. Financiación por sectores

### 18. Trasplantes

- 18.1. Número de donantes y número de órganos generados para trasplante en España.
- 18.2. Número de trasplantes realizados en España.
- 18.3. Número de pacientes en lista de espera de trasplante renal y tasas por 100.000 habitantes según comunidad autónoma.
- 18.4. Número de pacientes en diálisis y tasas por 100.000 habitantes según comunidad autónoma.

## **2.8 Principales indicadores utilizados en el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2005-2009)**

Indicadores de la evolución de la población:

- Pirámide de población
- Índice de Sundbarg
- Crecimiento vegetativo de la población
- Tasa de natalidad
- Tasa de fecundidad
- Tasa de embarazos (<20 años y 20-49 años)
- Índice sintético de fecundidad
- Tasa de actividad (laboral)
- Nivel de estudios
- Tasa de variación del producto interior bruto (PIB)
- Saldo migratorio
- Nº de inmigrantes por procedencia
- % de extranjeros sobre población total
- % de extranjeros sobre población por comarcas
- Pirámide de población extranjera
- Pirámide de población extranjera por origen
- Tasas brutas de mortalidad
- Tasas ajustas de mortalidad (RMC – población europea)
- Esperanza de vida al nacer

- Primeras causas de mortalidad
- Primeras causas de mortalidad por sexos
- Tasas de mortalidad específicas por causas (y por edad y sexo)
- Tasas de mortalidad específicas por grupo de edad

Indicadores de morbilidad:

- Tasas de incidencia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs)
- Prevalencia e Incidencia de SIDA por provincias, edad, sexo, mecanismo de transmisión (Fuente: Registro de casos de SIDA de la C. Valenciana)
- Prevalencia de consumo de alcohol, heroína, cocaína, cannabis y otras sustancias (Fuente: Encuestas de consumo y opinión FAD – los siguientes indicadores de consumo de alcohol y drogas también proceden de esta fuente)
- Promedio de ingesta diaria de alcohol
- Nº de personas que solicitan tratamiento de deshabituación por tipo de sustancia (Sistema de Calidad Asistencial en Drogodependencias)
- Tasas de incidencia de accidentes laborales (fuente: Consellería de Empleo. DG de Trabajo y Seguridad Social)
- Nº de bajas (Incapacidades temporales) relacionadas con el trabajo
- Tasas de incidencia de accidentes de tráfico (fuente: DG de Tráfico. Ministerio de Interior)

Indicadores sobre factores medioambientales (fuente: Consellería de Territorio y Vivienda):

- Nº de zonas de baño marítimas por calificación
- Volumen de residuos sólidos urbanos
- Niveles de contaminación atmosférica (dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno, monóxido de carbono, ozono, plomo atmosférico, hidrocarburos totales)
- Niveles de ruido (contaminación acústica)
- Indicadores de control oficial de productos alimenticios

## 2.9 Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud en España

En España, y a raíz de los Indicadores de Salud de la Comunidad Europea (ECHI - ver punto II.10), publico en marzo de 2007 un informe en el que se especifican los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, definidos como “un conjunto priorizado de información que abarca los aspectos considerados más relevantes de la información relacionada con la salud y el sistema sanitario español. La selección de indicadores se realiza por consenso entre las administraciones sanitarias representadas en el CISNS. Su recogida, explotación y difusión deben estar sometidas a criterios de normalización” (12).

Estos indicadores han sido agrupados en:

### A. Población

#### 1. Demografía



2. Situación socioeconómica
3. Otros factores

B. Estado de salud

1. Indicadores generales
2. Mortalidad
3. Morbilidad

C. Determinantes

1. Factores biológicos y personales
2. Comportamiento y salud
3. Condiciones de vida y trabajo

D. Sistema Sanitario

1. Promoción, protección y prevención
2. Recursos sanitarios
3. Utilización de la Atención Sanitaria
4. Gasto sanitario
5. Calidad y resultados de la Atención Sanitaria

A continuación se enumeran estos Indicadores Clave (la información sobre su definición concreta, su cálculo, fuentes de datos..., puede ampliarse en (13)):

*Tabla 31. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud.*

A – POBLACIÓN

A-1 – DEMOGRAFÍA

POBLACIÓN GENERAL

A.1 – 1 Estructura de la población general por edad y sexo

A.1 – 2 Tasa de natalidad.

A.1 – 3 Edad media materna.

A.1 – 4 Incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo

A.1 – 5 Nacidos de madres menores de 18 años.

A.1 – 6 Crecimiento vegetativo

A.1 – 7 Incremento de la población inmigrante

A.1 – 8 Crecimiento interanual de la población

POBLACIÓN PROTEGIDA (TSI)

A.1 – 9 Estructura de la población protegida por edad y sexo

A.1 – 10 Estructura de la población protegida por colectivos asegurados

A.1 – 11 Flujos migratorios en el SNS.

A-2 – SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

A.2 – 1 Nivel educativo

A.2 – 2 Clase social basada en la ocupación

A.2 – 3 Nivel de ingresos

A-3 – OTROS FACTORES

Sensibilidad social:

A.3 – 1 Tasa de órganos donados

B – ESTADO DE SALUD

B-1 – INDICADORES GENERALES

B.1 – 1 Esperanza de vida a diferentes edades.

B.1 – 2 Esperanza de vida en buena salud.

B.1 – 3 Índice de salud mental general en la población adulta

B.1 – 4 Índice medio de calidad de vida infantil relacionada con la salud

B.1 – 5 Esperanza de vida libre de discapacidad.

B.1 – 6 Índice de dependencia.

B.1 – 7 Estado de salud percibido

B-2 – MORTALIDAD

B.2 – 1 N° de defunciones

B.2 – 2 Tasas de mortalidad: mortalidad general y por las principales causas de muerte.

B.2 – 3 Mortalidad perinatal

B.2 – 4 (a, b, c, d) Mortalidad prematura por: a) Cáncer

b) Cardiopatía isquémica

c) Diabetes mellitus

d) Enfermedad vascular cerebral

B-3 – MORBILIDAD

B.3 – 1 Prevalencia declarada de problemas bucodentales en población adulta.

B.3 – 2 Incidencia de tuberculosis.

B.3 – 3 Incidencia de SIDA

B.3 – 4 Incidencia de Cáncer

B.3 – 5 Tasa hospitalaria de infarto agudo de miocardio.

B.3 – 6 Prevalencia declarada de Diabetes Mellitus en la población adulta.

B.3 – 7 Prevalencia declarada de trastornos mentales

C – DETERMINANTES

C-1 – FACTORES BIOLÓGICOS Y PERSONALES

C.1 – 1 Porcentaje de recién nacidos con bajo peso.

C-2 – COMPORTAMIENTO Y SALUD

C.2 – 1 Prevalencia de consumo de tabaco.

C.2 – 2 Tasa de abandono del hábito tabáquico

C.2 – 4 Consumo drogas ilícitas:

C.2 – 4 a Prevalencia declarada de consumo de drogas



C.2 – 4 b Porcentaje de escolares adolescentes que declaran consumir drogas

C.2 – 5 Prevalencia declarada de: C.2 – 5 a Sobrepeso

C.2 – 5 b Obesidad

C-3 – CONDICIONES DE VIDA Y TRABAJO

C.3 – 1 Víctimas de accidentes de tráfico

C.3 – 2 Prevalencia declarada de víctimas de accidentes en el hogar.

C.3 – 3 Tasas de accidentes de trabajo C.3 – 3 a Incidencia

C.3 – 3 b Índice de frecuencia

C.3 – 4 Tasas de enfermedades profesionales.

D – SISTEMA SANITARIO

D-1 - PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN

D.1 – 1 Coberturas de vacunación (vacunas incluidas en calendario)

D.1 – 1 a Difteria – tétanos - tosferina

D.1 – 1 b Gripe

D.1 – 1 c Haemophilus influenza b

D.1 – 1 d Hepatitis B

D.1 – 1 e Meningitis C

D.1 – 1 f Poliomieltis

D.1 – 1 g Sarampión – Rubéola - Parotiditis

D.1 – 1 h Varicela

D.1 – 2 Cobertura del cribado de cáncer de mama

D.1 – 3 Porcentaje de mujeres con mamografía realizada

D-2 - RECURSOS SANITARIOS

D.2 – 1 N° de profesionales sanitarios colegiados, por población.

D.2 – 2 Recursos humanos del SNS:

D.2 – 2 a Ratios de médicos por población

D.2 – 2 b Ratios de profesionales de enfermería por población

D.2 – 3 Ratio de camas hospitalarias en funcionamiento, por población.

D.2 – 4 Ratio de puestos en hospitales de día, por población

D.2 – 5 Ratio de quirófanos en funcionamiento, por población

D.2 – 6 Ratios de Equipos tecnológicos, por población

D-A - OFERTA DE SERVICIOS Y ACCESIBILIDAD

ACCESIBILIDAD

D. A – 1 (a, b, c) Pacientes en espera para: a) intervenciones quirúrgicas no urgentes

b) consultas de especialidades

c) pruebas diagnósticas.

D. A – 2 (a, b, c) Tiempos de espera para: a) intervenciones quirúrgicas no urgentes

b) consultas de especialidades

c) pruebas diagnósticas.

- D. A – 3 Demora diagnóstica en cáncer de mama.
- D-3 – UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA
- ACTIVIDAD ASISTENCIAL REGISTRADA
- D.3 – 1 Frecuentación en atención primaria
- D.3 – 2 Frecuentación en consultas externas de Atención Especializada
- D.3 – 3 Frecuentación de Ingresos hospitalarios
- D.3 – 4 Tasas de intervenciones quirúrgicas.
- D.3 – 5 Tasas de uso de la Tecnología
- D.3 – 6 Tasa de trasplantes
- PERFIL DE FRECUENTACIÓN (DECLARADA) DE LA POBLACIÓN
- D.3 – 7 Frecuentación a Atención Primaria.
- D.3 – 8 Frecuentación a consultas especializadas.
- D.3 – 9 Frecuentación por ingreso hospitalario.
- D.3 – 10 Frecuentación a urgencias
- ESTÁNDARES COMPARATIVOS
- D.3 – 11 (a, b, c, d, e) Índice de casuística y funcionamiento hospitalario:
- a) Estancia media
- b) Estancia media ajustada por casuística
- c) Estancia media ajustada por el funcionamiento
- d) Índice de complejidad o de case-mix
- e) Índice de la estancia media ajustada
- D.3 – 12 % casos extremos por procesos (GDR)
- D.3 – 13 Tasa de ambulatorización (global y por determinados procedimientos)
- D-4 – GASTO SANITARIO
- D.4 – 1 Gasto sanitario por habitante
- D.4 – 2 Gasto sanitario público por habitante.
- D.4 – 3 Gasto Sanitario público territorializado, por habitante protegido.
- D.4 – 4 Gasto sanitario público por funciones asistenciales:
- D.4 – 4 a Porcentaje del gasto de los Servicios primarios de salud
- D.4 – 4 b Porcentaje del gasto de los Servicios de atención especializada
- D.4 – 4 c Porcentaje del gasto en Farmacia
- D.4 – 5 Gasto sanitario público por clasificación económica
- D.4 – 5 a Porcentaje del gasto en retribuciones de personal
- D.4 – 5 b Porcentaje del gasto en consumos intermedios
- D.4 – 5 c Porcentaje del gasto en conciertos
- D.4 – 6 Porcentaje del gasto sanitario destinado a formación de residentes
- D-5 – CALIDAD Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA
- CALIDAD DE LA PROVISIÓN Y VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA
- D.5 – 1 Porcentaje de prescripción antibióticos de primera elección en Atención Primaria

D.5 – 2 Porcentaje de prescripción AINES de primera elección en Atención Primaria

D.5 – 3 Porcentaje de prescripción de nuevos principios activos

D.5 – 4 (a, b, c, d) Porcentaje de reingresos: a) Urgente tras cirugía programada

b) Postinfarto

c) Urgente post asma

d) De pacientes psiquiátricos

D.5 – 6 Tasas de cirugía electiva para determinados procesos:

D.5 – 6.a Tasa de Colectomías.

D.5 – 6.b Porcentaje de cirugía conservadora en Cáncer de mama.

D.5 – 6.c Porcentaje de cesáreas.

D.5 – 6.d Porcentaje de histerectomías en mujeres menores de 35 años.

D.5 – 7 Eficiencia en la prescripción farmacéutica.

SEGURIDAD DEL PACIENTE – COMPLICACIONES POTENCIALMENTE IATROGÉNICAS

D.5 – 8 Tasa de reacciones adversas a medicamentos.

D.5 – 9 Tasa de infección hospitalaria.

D.5 – 10 Tasa de reacciones transfusionales.

D.5 – 11 Tasa de úlceras por presión.

D.5 – 12 Tasa de fracturas de cadera en pacientes ingresados.

RESULTADOS

D.5 – 13 Tasas de incidencia de las enfermedades vacunables.

D.5 – 14 Incidencia enfermedades transmisibles teratógenas: rubéola congénita.

D.5 – 15 Porcentaje de pacientes diabéticos con buen control

D.5 – 16 Tasa de amputaciones de miembro inferior en personas diabéticas.

D.5 – 17 (a, b, c, d, e, f, g) Mortalidad intrahospitalaria:

a) Tras intervención quirúrgica

b) Tras angioplastia coronaria

c) Tras fractura de cadera

d) Postinfarto

e) Pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva

f) Pacientes con hemorragia intestinal

g) Pacientes con neumonía

D.5 – 18 (a, b, c, d) Supervivencia tras cáncer de: a) mama

b) colon

c) pulmón

d) próstata

D.5 – 19 (a, b, c, d) Grado de satisfacción de los ciudadanos con la atención recibida en:

a) Atención Primaria

- b) Consultas de especialidades
- c) Urgencias
- d) Ingreso hospitalario

D.5 – 20 Grado de satisfacción del usuario con el conocimiento del historial y seguimiento de sus problemas de salud en el centro de AP.

D.5 – 21 Grado de satisfacción del ciudadano con la información recibida en la consulta del médico especialista sobre su problema de salud.

## 2.10 Indicadores de Salud de la Comunidad Europea (European Community Health Indicators – ECHI)

En junio de 1997, el parlamento europeo adoptó un plan de acción incluyendo el programa HMP (Health Monitorin Programme – Programa de Monitorización de la Salud). Para conseguir sus objetivos se plantearon una serie de necesidades entre las que se encuentra (como primera) la creación de unos indicadores de salud comunitarios. Dentro del marco del Programa sobre vigilancia de la salud y el Programa comunitario (de la Unión Europea) de Salud Pública 2003-2008 se ha desarrollado y se está llevando a cabo el proyecto ECHI con el fin de determinar cuales son los indicadores a tener en cuenta. En junio de 2004, se presentó el primer informe final del ECHI, en el que se incluyen una lista de 61 indicadores que se agrupan en ocho categorías: a) profesionales de la salud, b) servicios sanitarios, c) datos socioeconómicos y demográficos, d) datos de mortalidad, e) datos de morbilidad, f) factores de riesgo, g) condiciones de vida y laborales y h) datos sobre prevención. A continuación se muestran los indicadores seleccionados en la segunda serie del ECHI (traducción propia):

Tabla 32. Indicadores de salud de la Comunidad Europea (ECHI)

### Profesionales de la salud

1. Nº médicos por 100.000 habitantes
2. Nº médicos generales por 100.000 habitantes
3. Nº de enfermeras (incluyendo matronas) por 100.000 habitantes
4. Nº de enfermeras (excluyendo matronas) por 100.000 habitantes
5. Nº de matronas por 100.000 mujeres entre 15 y 49 años
6. Nº de dentistas por 100.000 habitantes
7. Nº de farmacéuticos por 100.000 habitantes

### Servicios sanitarios

8. Nº de camas hospitalarias para agudos por 100.000 habitantes
9. Nº de camas hospitalarias para cuidados agudos de obstetricia o maternidad por 100.000 mujeres (15-49 años)

10. N° de ingresos hospitalarios / año (cuidados agudos) por 100.000 habitantes
11. N° de días de estancia, cuidados agudos / año por 100.000 habitantes
12. Ocupación de camas de agudos (n° de días en camas de agudos/365) / n° de camas de agudos por 100 habitantes
13. N° ingresos hospitalarios / año en camas de obstetricia o maternidad por 100.000 mujeres (15-49 años)
14. N° días de estancia en agudos / año en camas de obstetricia o maternidad por 100.000 mujeres (15-49 años)
15. Ocupación de camas de agudos de obstetricia o maternidad
16. N° de cesáreas en residentes por cada 1.000 nacimientos
17. N° de operaciones de cataratas por cada 100.000 habitantes > 65 años
18. N° de transplantes de cadera por cada 100.000 habitantes > 65 años
19. N° de abortos inducidos en todos los hospitales por 100.000 mujeres (15-49 años)
20. N° de abortos inducidos en todos los hospitales por 1.000 (nacidos vivos + abortos inducidos + partos de fetos  $\geq$  1Kg.)

Datos socioeconómicos y demográficos

21. Población total (estimada a mitad de año)
22. Razón de sexos
23. Porcentaje de mejores de 20 años
24. Porcentaje de mayores de 75 años
25. N° de nacidos vivos por año
26. N° de nacidos vivos por año por 100.000 habitantes
27. N° de defunciones por año
28. Tasa de mortalidad por sexo por 100.000 habitantes
29. RME (Razón de Mortalidad Estandarizada) por sexo por 100.000 habitantes (población estándar – OMS 2)
30. Porcentaje de parados (14-64 años)
31. Porcentaje de población adulta (25-64 años) que ha completado estudios secundarios superiores
32. Porcentaje de población adulta (25-64 años) que ha completado estudios terciarios

Datos de mortalidad

33. N° de muertes perinatales
34. Tasa de Mortalidad Perinatal por 1.000 (nacidos vivos + partos de fetos  $\geq$  1Kg.)
35. N° de partos (fetos  $\geq$  1Kg.)
36. Mortalidad infantil por 1.000 habitantes (nacidos vivos + partos de fetos  $\geq$  1Kg.)
37. Mortalidad infantil por 1.000 habitantes (nacidos vivos)
38. N° muertes neonatales precoces
39. Mortalidad precoz por 1.000 nacidos vivos (perinatales y partos de fetos  $\geq$  1Kg.) / nacidos vivos

40. Tasa bruta de mortalidad por edad y sexo y por causa por 100.000 habitantes
41. RME (Razón de Mortalidad Estandarizada) por causa y sexo por 100.000 habitantes (población estándar – OMS 2)
- Datos de morbilidad
42. N° de casos incidentes de SIDA
43. N° de casos incidentes de SIDA por 100.000 habitantes
44. N° de casos de tuberculosis
45. N° de casos de tuberculosis por 100.000 habitantes
46. N° de casos de cáncer de mama en mujeres
47. N° de casos de cáncer de mama en mujeres por 100.000 habitantes
- Factores de riesgo
48. Tasa de obesidad (%)
49. Tasa de sobrepeso (%)
50. Tasa de normopeso (%)
51. Tasa de peso por debajo de lo normal (%)
52. Porcentaje de fumadores habituales de 15 o más años
- Condiciones de vida y laborales
53. N° de heridos o muertos en accidentes de tráfico
54. N° de heridos o muertos en accidentes de tráfico por 100.000 habitantes
55. N° de accidentes relacionados con el trabajo
56. N° de accidentes relacionados con el trabajo por 100.000 habitantes de población activa
- Datos sobre prevención
57. Porcentaje de niños vacunados de difteria correctamente en su primer año
58. Porcentaje de niños vacunados de tétanos correctamente en su primer año
59. Porcentaje de niños vacunados de pertusis (tosferina) correctamente en su primer año
60. Porcentaje de niños vacunados de poliomielitis correctamente en su primer año
61. Porcentaje de niños vacunados de sarampión en su primer o segundo año

### 3 DETERMINANTES DE SALUD

Last(2) define la palabra determinante (de salud) como *“cualquier factor, ya sea un hecho, característica u otra entidad definible, que conlleve un cambio en un estado sanitario u otra característica definida”*.

La salud es el resultado de la interacción entre factores genéticos, sociales, culturales y también, de los servicios de salud (6). Fue Lalonde, en 1974(15), quien desagregó el campo de la salud en cuatro grupos: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y sistema asistencial (human biology, environment, lifestyle and health care organization).

El concepto de biología humana comprende tanto los aspectos físico como mental, e incluye elementos hereditarios, de maduración y envejecimiento y otros sistemas internos complejos. Todos estos elementos contribuyen en todos los tipos de enfermedad y mortalidad.

El medio ambiente se contempla en un amplio sentido, incluyendo aspectos físicos, químicos, biológicos, psicosociales y culturales.

Los estilos de vida constituyen las decisiones individuales que afectan a la salud del individuo y sobre las que este puede ejercer un mayor o menor control. Estas decisiones deciden los hábitos de vida que, cuando no son saludables, influyen negativamente sobre la salud.

El sistema asistencial se debe enfocar desde todas sus perspectivas, cualitativas, cuantitativas, de recursos de relación con la población...

En su informe, Lalonde cuantificó la importancia que cada uno de estos determinantes ejercía sobre la mortalidad, y posteriormente, Dever (1976) comprobó la falta de correspondencia entre estos y la distribución de recursos. Lalonde ya indicaba que los esfuerzos de las políticas sanitarias deben ir enfocados principalmente a los tres primeros determinantes (estilos de vida (43% de influencia sobre la mortalidad), biología humana (27%) y medio ambiente (19%)).

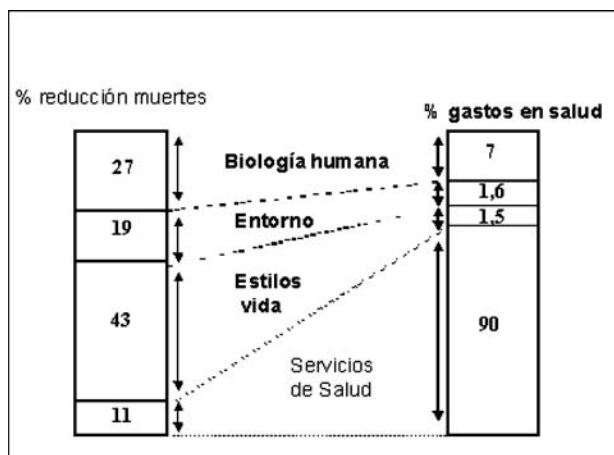


Gráfico 9. Relación entre contribución a reducir la mortalidad por determinantes de salud y el gasto destinado a los mismos

En el Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud de diciembre de 2001 se citan, a modo de ejemplo, una serie de indicadores de salud relacionados con cada uno de los determinantes de salud definidos (15) (ver tabla siguiente).

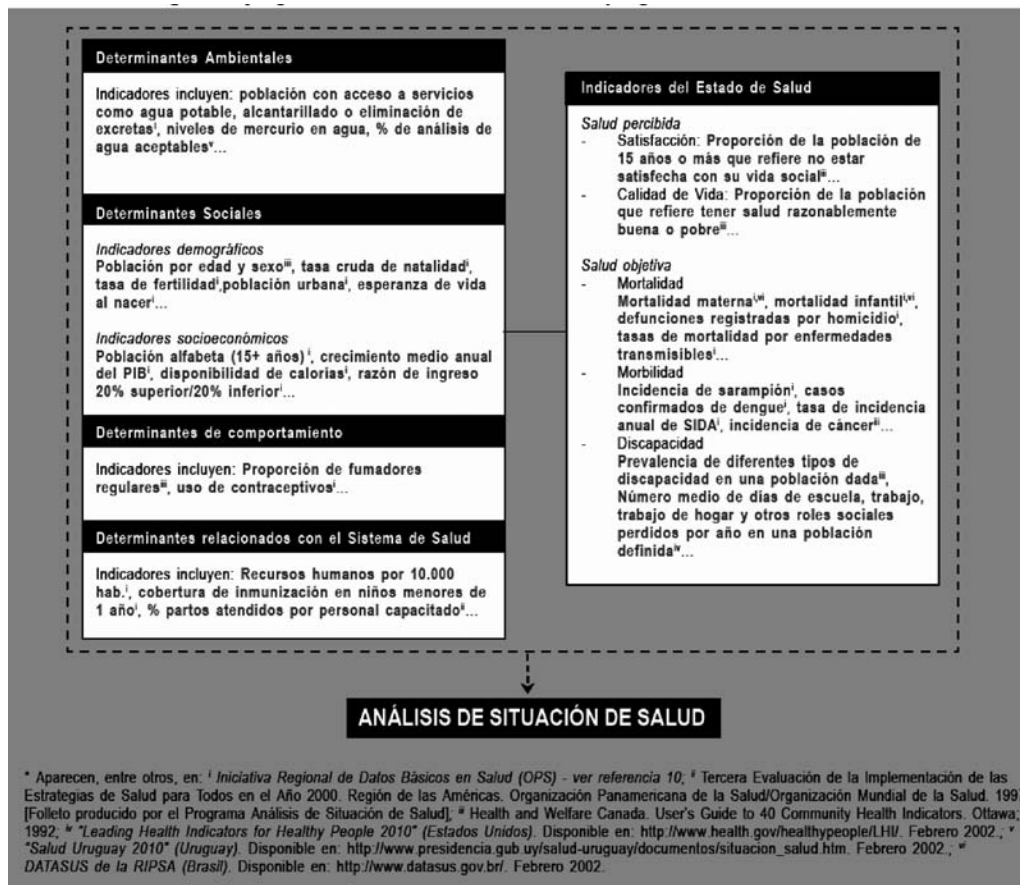


Gráfico 10. Indicadores relacionados con los determinantes de salud (OPS - 2001)

## 4 FACTORES DE RIESGO

Last(2) define factor de riesgo como un "aspecto del comportamiento personal o del género de vida, exposición ambiental o característica congénita o hereditaria, que, teniendo en cuenta los conocimientos epidemiológicos de que se dispone, se sabe que se asocian a procesos relacionados con la salud, cuya aparición se considera importante evitar". No implica necesariamente causalidad (ver criterios de causalidad en el apartado 1.6). Es frecuente encontrar el término factor protector para referirse a aquellos factores que se asocian a la salud evitando la aparición de una determinada enfermedad.

Una definición más operativa del término factor de riesgo y que nos permite diferenciarlo correctamente de otros conceptos similares y habitualmente mal utilizados, es la que ofrece Piédrola(9): "factor exógeno o endógeno, que PUEDE SER CONTROLADO, precede al comienzo de la enfermedad, está asociado a un incremento de la probabilidad de incidencia de una enfermedad y tiene responsabilidad en su producción".



Es importante no confundir este término con otros conceptos con los que comparte alguna de sus características. Así pues lo diferenciaremos de conceptos como:

Marcador de riesgo.- "Atributo que se asocia a una mayor probabilidad de que ocurra una enfermedad u otro desenlace determinado, y que puede utilizarse como indicador de este mayor riesgo" (2). Los marcadores de riesgo son características/atributos de la persona (endógenas) que influyen sobre la probabilidad de que se produzca una enfermedad pero que NO son modificables. Estos marcadores definen a individuos especialmente vulnerables. Señalan un aumento del riesgo de padecer la enfermedad, pero no tienen influencia directa sobre su producción.

Indicador de riesgo (signo precursor de la enfermedad).- Es un signo inicial que pone de manifiesto la presencia precoz de la enfermedad. Es una característica unida a la fase preclínica de la enfermedad pero, al igual que los marcadores de riesgo, no tiene influencia sobre su producción.

Riesgo.- No es más que la probabilidad de que ocurra un hecho. También se utiliza para indicar una medida de la probabilidad de un desenlace.

Determinante.- "Atributo o exposición que aumentan la probabilidad de que ocurra una enfermedad u otro desenlace específico" (2).

Otro concepto que debemos tener en cuenta es el de riesgo atribuible, que corresponde a la tasa de enfermedad que puede atribuirse a una determinada exposición.

Población de riesgo.- Son grupos de personas que presentan una mayor probabilidad de padecer una determinada enfermedad o proceso. Es un término equivalente a personas especialmente susceptibles o vulnerables. Esta susceptibilidad se debe a la presencia de uno o más factores y/o marcadores de riesgo que actuando individual o conjuntamente favorecen la aparición de la enfermedad.

Modificador del efecto.- Factor que modifica la asociación entre un factor de riesgo y el efecto que se está estudiando. Cuando esto se produce, se dice que se está produciendo una interacción entre los factores (de riesgo y modificador del efecto). La modificación sobre la asociación puede ser directa o inversa (potenciadora o atenuante).

Factor de confusión.- Es una variable que se asocia tanto al factor de riesgo como al efecto de una asociación, no siendo consecuencia de esta exposición. El factor de confusión es, en sí, un factor de riesgo, dado que su presencia en el grupo de expuestos y no expuestos es distinta, y además está asociado a la exposición o factor de riesgo, existiendo diferencias en cuanto a este factor confusor entre los sujetos que presentan el factor de riesgo y los que no lo presentan.

Enfoque de riesgo.- Método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Presta mayor atención a los que más lo necesitan. Pretende disminuir las desigualdades. Para que este método funcione, la medición del riesgo debe ser adecuada, para poder identificar claramente quienes deben ser los receptores de los recursos (de forma prioritaria).

## 5 ESTUDIOS DE NECESIDADES DE SALUD

Mediante la utilización de los indicadores de salud y el uso del método epidemiológico, se puede describir y diagnosticar el estado de salud de una población (9). Para su estudio, es necesario valorar todos los factores que representan un riesgo potencial para el mismo (8):

- Estructura demográfica.
- Estructura física y medioambiental.
- Estructura social y económica.

Para valorar estos factores, se utilizarán los indicadores sanitarios que se han mencionado en apartados anteriores, así como las tendencias que el registro secuencial de estos determinen.

Los objetivos del análisis de la situación de salud son (8):

- Fundamentar las decisiones en materia de planificación de servicios.
- Servir de base para priorizar los problemas de salud.
- Servir de base para evaluar las decisiones tomadas.

El diagnóstico de salud debe contemplar todos los aspectos y determinantes relacionados con el proceso de salud y debe ser un proceso dinámico, para lo que se hace fundamental la evaluación continua del mismo. El estudio de necesidades de salud es la primera etapa del diagnóstico de salud de la población (identificación de necesidades, establecimiento de prioridades, fijación de objetivos, determinación de actividades, estimación de recursos, fijación de objetivos operativos y evaluación).

El diagnóstico de salud de la población es uno de los fines de la epidemiología (9). El análisis de la situación de salud debe ser multidisciplinar e intersectorial, valorando todos aquellos factores que pueden influir sobre el estado de salud.

Gómez, L.I. y Aibar, C. en Piédrola (9) distinguen tres fases en este análisis:

- Definición exacta de la situación a analizar (ámbito geográfico, población...).
- Recogida de datos (ver tabla a continuación).
- Categorización de los problemas detectados en función de la coincidencia entre los problemas identificados y los sentidos por la población, que se derivarán de las etapas anteriores. Se pueden dar tres situaciones en cuanto a la coincidencia entre problemas identificados por los técnicos y los sentidos por la población:
  - Amplia coincidencia. Esta es la situación ideal.
  - Escasa coincidencia. Es una situación bastante frecuente y requiere comunicación y discusión posterior para llegar a acuerdos en relación al establecimiento de prioridades posterior.
  - Nula coincidencia. Puede deberse a análisis defectuoso o un mal enfoque por parte de la población. En cualquier caso, debe replantearse el trabajo con una actitud de evaluación crítica de los pasos adoptados.

Tabla 33. Información a recoger para el análisis de salud (Piédrola).

<b>1. Marco referencial</b>	
<b>a. Geográfico</b>	Localización Clima Comunicaciones Altitud, longitud, latitud Vegetación, cultivos...
<b>b. Demográfico</b>	Estructura por edad y sexo Natalidad, mortalidad, migraciones Índices de Sundbarg, Swaroop...
<b>c. Socioeconómico</b>	Sectores de producción Renta per cápita Nivel educativo Partidos, sindicatos, asociaciones Tensiones sociales Prácticas religiosas Estructuras de gobierno
<b>2. Servicios de salud</b>	
<b>a. Cuidados personales</b>	Recursos Formas de financiamiento Satisfacción de la población
<b>b. Higiene del medio</b>	Abastecimiento de aguas Eliminación de residuales Basuras Contaminación
<b>3. Estado de salud</b>	
<b>a. Mortalidad</b>	Por sexos y edades Por causas
<b>b. Morbilidad</b>	E.D.O. (Enfermedades de Declaración Obligatoria) Morbilidad hospitalaria Accidentes laborales y enfermedades profesionales De Atención Primaria

## 6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Last JM. Salud Pública y Medicina preventiva. 12<sup>o</sup> ed. Madrid: McGraw Hill; 1992.
2. Last JM. Diccionario de epidemiología. 2<sup>o</sup> ed. Barcelona: Salvat; 1989.
3. Martínez Navarro F. Salud Pública. Madrid: McGraw Hill; 1998.
4. Leon Gordis. Epidemiología. 3<sup>o</sup> ed. Madrid: Elsevier; 2005.
5. Jenicek M; Cléroux R. Epidemiología: Principios, técnicas y aplicaciones. 3<sup>o</sup> ed. Barcelona: Salvat; 1987.
6. Dorland. Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina. 27<sup>o</sup> ed. Madrid: McGraw Hill; 1992.
7. Rothman KJ. Epidemiología moderna. Madrid: Diaz de Santos; 1987.
8. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. 3<sup>o</sup> ed. Barcelona: Doyma; 1994.
9. Piédrola Gil, G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8<sup>o</sup> ed. Barcelona: Salvat editores; 1991.
10. Conselleria de Sanitat - Dirección General de Salud Pública. Análisis de mortalidad por Áreas de Salud de la Comunidad Valenciana 2004. Valencia: DGSP; 2007. Disponible en: [http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion\\_dgsp.jsp?cod\\_pub\\_ran=33798](http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=33798)
11. Gispert Rosa, Arán Barés María de, Puigdefàbregas Anna. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. Gac Sanit. [periódico en la Internet]. 2006 Jun; 20(3): 184-193. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112006000300004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300004&lng=es&nrm=iso).

12. Ministerio de Sanidad y Consumo – Consejo Interterritorial del SNS-SbC de Sistemas de Información. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSC; 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/indicadoresClaveCISNS.pdf>
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fichas técnicas de los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSN; 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/listadoFichasTecnicas.pdf>
14. Health Indicators in the European Regions. ISARE Project n° 2001/IND/2101 - FINAL REPORT. June 2004. Disponible en: [http://isare.org/fichiers\\_isare/pdf/Isare%20%20report.pdf](http://isare.org/fichiers_isare/pdf/Isare%20%20report.pdf)
15. OPS. Indicadores de Salud: Elementos básicos para el Análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico de la OPS. Diciembre de 2001. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/sha/eb\\_v22n4.pdf](http://www.paho.org/spanish/sha/eb_v22n4.pdf)
16. Lalonde M.A. A new perspectiva on the health of canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare; 1974. Disponible en: [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf)
17. ORDEN de 4 de marzo de 1997, de la Conselleria de Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema Básico de la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública (DOGV 2983, de 11-02-1997). Disponible en: <http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/decr1697.pdf>

## **TEMA 9**

PROGRAMA DEL NIÑO SANO. PARÁMETROS DE DESARROLLO Y  
CRECIMIENTO. RESPUESTA EVOLUTIVA. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN.  
DENTICIÓN. HIGIENE Y SALUD BUCODENTAL. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES  
EN LA INFANCIA. VACUNACIONES EN LA INFANCIA

*M<sup>ª</sup>. Angeles Durá Berenguer  
Nuria Mira-Marceli García*



## **PROGRAMA DEL NIÑO SANO. PARÁMETROS DE DESARROLLO Y CRECIMIENTO. HIGIENE Y SALUD BUCODENTAL. RESPUESTA EVOLUTIVA**

El seguimiento estandarizado del niño, comúnmente llamado "Programa del Niño Sano", pretende la detección precoz de las posibles alteraciones físicas, psíquicas y sociales en su etapa presintomática, y la promoción de la salud mediante la introducción del consejo adecuado en cada edad.

De hecho todas las actividades preventivas realizadas sistemáticamente en Atención Primaria pediátrica están integradas en este programa.

La finalidad de este Programa es proteger y mejorar la salud de la población infantil, desde el nacimiento hasta los 14 años de edad, mediante la atención programada pediátrica, que se concreta en la realización de exámenes de salud en edades establecidas. La atención integral a la salud del niño debe incluir estas actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades con la atención curativa y rehabilitadora.

Dada la repercusión que tienen los problemas de salud en los niños y niñas en edad escolar en el aprendizaje y adaptación al medio escolar, se garantiza la realización de un examen de salud al inicio de la escolarización y en cada cambio de etapa educativa.

El cuidado de la salud infantil tiene una gran repercusión tanto en la salud durante los primeros años de vida como en la edad adulta. El efecto de la prevención de enfermedades, la detección precoz de riesgos y su tratamiento y la creación de hábitos saludables en la infancia, perdura en etapas posteriores y permite una mejor calidad de vida de cada persona.

Como objetivos específicos del programa se plantean:

- Efectuar a los niños/as de 0 a 14 años los exámenes de salud establecidos.
- Aportar los consejos sobre cuidados de salud adecuados a la edad y circunstancias de cada niño.
- Detección precoz de los niños de los riesgos y problemas de salud y atención específica.
- Desarrollar medidas preventivas eficaces.

Actividades a realizar en el Programa de Supervisión de la salud infantil:

- Anamnesis
- Somatometría
- Exploración clínica general y por órganos, aparato y sistema.
- Detección precoz de los riesgos más relevantes en cada etapa o edad.

- Inmunizaciones a las edades correspondientes.
- Educación para la salud.

Este programa es llevado a cabo en Atención Primaria fundamentalmente por el pediatra y el personal de enfermería, con la colaboración de trabajadores sociales y de otros profesionales sanitarios.

Normativa legal relacionada con el Programa de Supervisión de la salud infantil:

- Orden de 9 de marzo de 2006 de la Conselleria de Sanidad y de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se implanta la Hoja de Notificación para la atención socio-sanitaria infantil y la protección de menores en el ámbito sanitario de la Comunidad Valenciana (DOGV n° 5250 de 3 de Mayo de 2006).
- Orden de 27 de febrero de 2002 de la Consellería de Sanidad, por la que se establece el Informe de Salud del Escolar como documento sanitario de utilización obligatoria para el acceso a un centro escolar o para el inicio de etapa educativa (DOGV n° 4.218 de 27 de marzo de 2.002).
- Decreto 217/1994 de 17 de Octubre del Gobierno Valenciano, por el que se crea la Comisión Mixta de Salud Escolar, entre la Consellería de Sanidad y Consumo y la Consellería de Educación y Ciencia (DOGV n° 2374 de 26 de Octubre de 1.994).
- Ley 1/1994 de 28 de Marzo de la Generalitat Valenciana de Salud Escolar (DOGV n° 2241 de 7 de Abril de 1.994).
- Orden de 14 de Enero de 1.993 de la Consellería de Sanidad y Consumo por la que se regula el documento sanitario obligatorio para el inicio de la etapa educativa (DOGV n° 1956 de 3 de Febrero de 1.993).
- Decreto 230/1991 de 9 de Diciembre del Consell de la Generalidad Valenciana de Sanidad y Consumo, por el que se amplía la edad que delimita la atención pediátrica. (DOGV n° 1689 de 23 de Diciembre de 1.991).
- Orden de 6 de Marzo de 1.991 de la Consellería de Sanidad y Consumo, por la que se dictan las instrucciones para la entrega de tarjetas de asistencia sanitaria a los recién nacidos en la Comunidad Valenciana. (DOGV n° 1520 de 12 de Abril de 1.991).
- Orden de 22 de Marzo de 1.988 de la Consellería de Sanidad y Consumo, por la que es objeto de desarrollo la Cartilla de Salud del Niño (DOGV n° 570 de 21 de Abril de 1.987).
- Decreto 147/1986 de 24 de Noviembre del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula el Programa de Promoción de la Salud de la Madre y del Niño (DOGV n° 492 de 23 de Diciembre de 1986).

## DETECCIÓN DE METABOLOPATIAS

Es un programa de diagnóstico precoz de dos tipos de enfermedades metabólicas, el hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria. Permite que la detección y tratamiento temprana-



no de estas patologías evite una lesión neurológica irreversible, y que las personas afectadas puedan desarrollar una vida normal.

Cuenta con el laboratorio de metabolopatías del hospital La Fe, para analizar las muestras procedentes de las provincias de Castellón y Valencia, y con el del hospital General de Alicante para las que proceden de la provincia de Alicante

Todos los recién nacidos en la Comunidad Valenciana, están incluidos en este programa. Se desarrolla en todas las Maternidades públicas y privadas y Centros de Atención Primaria, de nuestra Comunidad

- La prueba de detección precoz de hipotiroidismo y fenilcetonuria reúne todos los requisitos que marca la OMS para las pruebas de cribado.
- El cribado se realiza a partir de la obtención de dos muestras de sangre obtenidas por punción en el talón, que se remiten en papel de cromatografía a los laboratorios correspondientes.
- La prueba utilizada para el cribado del hipotiroidismo congénito es la determinación de la TSH y para su confirmación la TSH y la T4. Para el cribado de la fenilcetonuria y otras hiperfenilalaninemias se cuantifica la fenilalanina, resultando necesario que hayan transcurrido al menos 48 horas desde el inicio de la alimentación proteica para que sea posible su detección. La elevada sensibilidad y especificidad de la prueba, unido a los beneficios que reporta el inicio precoz del tratamiento de los casos detectados precozmente, hacen que este cribado sea altamente recomendado por la OMS y las sociedades científicas del área materno-infantil.

Como objetivo general en Atención Primaria, se puede plantear, evitar la aparición de minusvalías psíquicas producidas por hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria.

Actividades a realizar:

- La toma de muestra para la detección del hipotiroidismo se realiza en la maternidad, antes del alta y se envía por valija a los laboratorios.
- La segunda muestra para la detección de fenilcetonuria se realiza preferentemente entre el 3er-5º día de vida.
- Confirmación diagnóstica y tratamiento de los casos.

## **DETECCIÓN PRECOZ DE LA HIPOACUSIA**

La finalidad de este programa es la detección precoz de la hipoacusia para poder establecer el diagnóstico e iniciar su tratamiento en el primer semestre de vida, con la finalidad de alcanzar el máximo desarrollo de los niños y niñas afectados. Se realiza conjuntamente con la Dirección General de Asistencia Sanitaria, y en coordinación con la Dirección General de Integración Social de Discapacitados de la Conselleria de Bienestar Social.

Este Programa va dirigido a los recién nacidos, lactantes y niños hasta los tres años de edad.

Se realiza en las maternidades, centros de atención primaria, Servicios de otorrinolaringología, unidades de atención temprana que realizan estimulación del lenguaje.

- La hipoacusia es un problema de salud muy importante en la infancia ya que la alteración en el desarrollo del lenguaje oral conlleva importantes consecuencias en el desarrollo intelectual, psíquico y social de las personas afectadas. Por ello la detección en el recién nacido y lactante de la hipoacusia, que afecta aproximadamente a uno de cada mil recién nacidos en su forma severa, permite instaurar un tratamiento y rehabilitación precoces, factor clave para su eficacia.

Actividades a realizar para el Programa de Detección precoz de la hipoacusia en recién nacidos y lactantes:

- Cribado por los pediatras en la maternidad con otoemisiones acústicas a todos los recién nacidos y repetición de la prueba cuando sale dudosa o alterada en el intervalo de un mes.
- Prueba de confirmación diagnóstica en los niños con prueba de cribado alterada por los otorrinolaringólogos, antes de los 6 meses de edad.
- Inicio de tratamiento en los niños con diagnóstico confirmado de hipoacusia, que incluye la estimulación del lenguaje.

El Programa de Detección precoz de la hipoacusia en recién nacidos y lactantes, se basa en la disponibilidad de técnicas de cribado sencillas y suficientemente sensibles y específicas (otoemisiones acústicas automatizadas), en la posibilidad de llegar a un diagnóstico de confirmación fiable, así como en la posibilidad del inicio del tratamiento ORL y rehabilitador en el primer semestre de vida.

## SALUD BUCODENTAL

Este programa tiene como objetivo general mejorar la salud bucodental de los niños de nuestra Comunidad, desde su nacimiento hasta los 14 años, especialmente en las enfermedades más prevalentes: caries y enfermedad periodontal.

El programa de salud buco-dental empieza a funcionar el año 1985.

Se viene realizando en los Centros de Salud de atención primaria, unidades de odontología preventiva, centros escolares.

La prevención de las enfermedades bucodentales tiene como etapa idónea a la infancia ya que es el período en el que va apareciendo la dentadura de leche y definitiva, siendo el momento adecuado para adquirir conocimientos y hábitos saludables y para aplicar medidas preventivas eficaces, especialmente en los niños en los que se detecta riesgo en los exámenes de salud de la cavidad oral.

Deberemos:

- Promover la adquisición de hábitos alimentarios e higiénicos saludables (alimentación, cepillado dientes, etc.).
- Garantizar el uso correcto del flúor (según edad y aporte de flúor por distintas vías).
- Garantizar la vigilancia y la atención preventiva de la salud oral en niños/as de 0 a 14 años, especialmente en períodos clave y detectar precozmente los niños con problemas para remitirlos a las unidades de odontología preventiva y prestarles atención específica.

Actividades a realizar para el Programa de Salud bucodental:

En los Centros Escolares

- Educación sanitaria integrada en el curriculum del alumno.
- Enjuagues de flúor semanales en niños de 1º a 5º de primaria.
- Examen oral en niños de 1º de primaria y remisión a las Unidades de odontología preventiva.

En Consulta Pediátrica

- Educación sanitaria, asesoramiento a la familia y vigilancia de la salud oral (según protocolo pediátrico establecido).
- En las Unidades de Odontología Preventiva
- Atención a los niños con factores de riesgo o alteraciones (asesoramiento dietético e higiénico, sellados, aplicación tópica de flúor a altas concentraciones, etc.).

El programa es llevado a cabo por las Unidades de Odontología Preventiva fundamentalmente, con el apoyo de los centros de Atención Primaria y los centros escolares (dependientes de la Conselleria de Cultura y Educación).

### **CONSULTAS DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS DE SALUD AREA PEDIÁTRICA**

1º CONSULTA REVISIÓN 15 DÍAS se suele adelantar 3-5 día de vida.

Anamnesis

- Antecedentes familiares, embarazo, abortos, número de hijos. Enfermedades familiares.
- Parto
- Realizar Metabolopatias.
- Alimentación
- Hábito digestivo
- Dinámica familiar
- Actividad, respuesta

Somatometria

- Peso, talla y perímetro cefálico

Exploración física

- Aspecto general. Grado de actividad del niño.
- Valoración de piel, mucosas, cráneo, facies.
- Aparato respiratorio, cardiovascular, locomotor. Abdomen. Genitourinario. Exploración neurológica.
- Desarrollo psicomotor

Asesoramiento y prevención

- Alimentación. Lactancia materna.
- Advertir características de las deposiciones.
- Higiene y cuidados. Baño y paseo diarios. Zona del pañal. Cuidados cordón umbilical. Protección solar. Evitar la exposición al humo del tabaco.
- Prevención de accidentes, en el coche. No dejarlo solo con otros niños. Características de la cuna.
- Estimulación de la afectividad.

2º CONSULTA REVISIÓN 1 MES

Anamnesis

- Problemas desde la visita anterior
- Comprobar Metabolopatías.
- Alimentación
- Hábito digestivo
- Dinámica familiar
- Visión y audición

Somatometría

- Peso, talla y perímetro cefálico

Exploración física

- Aspecto general. Grado de actividad del niño.
- Visión y audición. Respuesta estímulos. Seguimiento de la mirada. Presencia de lagrimeo.
- Desarrollo psicomotor

Asesoramiento y prevención

- Vacunación correspondiente
- Alimentación. Lactancia materna.
- Higiene y cuidados. Baño y paseo diarios. Zona del pañal. Protección solar. Evitar la exposición al humo del tabaco.
- Prevención de accidentes, en el coche. No dejarlo solo con otros niños.
- Estimulación de la afectividad.

3º CONSULTA REVISIÓN 2 MESES

Anamnesis

- Problemas desde la visita anterior
- Alimentación
- Hábito digestivo
- Dinámica familiar
- Reacción adversa a vacunas anteriores.

Somatometría

- Peso, talla y perímetro cefálico

Exploración física

- Exploración general. Comportamiento del niño, relación con familiares. Atención especial las caderas.
- Visión y audición. Respuesta estímulos. Presencia de lagrimeo.
- Salud bucodental. Erupción dentaria.
- Desarrollo psicomotor

Asesoramiento y prevención

- Vacunación correspondiente
- Alimentación. Lactancia materna.
- Higiene y cuidados. Baño y paseo diarios Protección solar.
- Prevención de accidentes, en el coche. No dejarlo solo con otros niños. Juguetes.
- Evitar la exposición al humo del tabaco.
- Estimulación de la afectividad.

4º CONSULTA REVISIÓN 4 MESES

Anamnesis

- Problemas desde la visita anterior
- Alimentación
- Dinámica familiar
- Reacción adversa a vacunas anteriores.

Somatometría

- Peso, talla y perímetro cefálico

Exploración física

- Exploración general. Comportamiento del niño, relación con familiares.
- Salud bucodental. Erupción dentaria.
- Desarrollo psicomotor

Asesoramiento y prevención

- Vacunación correspondiente
- Alimentación. Lactancia materna. Introducción de alimentación complementaria. Asesoramiento sobre tipo y cantidad de leche, sobre variedad y equilibrio.
- Higiene y cuidados. Baño y paseo diarios Protección solar.
- Prevención de accidentes, seguridad en el hogar, en el coche, medidas de seguridad en el agua, protección de piscinas. No dejarlo solo en la bañera. Juguetes.
- Evitar la exposición al humo del tabaco.
- Estimulación del niño hablando y jugando con él.

### 5° CONSULTA REVISIÓN 6 MESES

#### Anamnesis

- Problemas desde la visita anterior
- Alimentación
- Audición
- Dinámica familiar
- Reacción adversa a vacunas anteriores.

#### Somatometria

- Peso, talla y perímetro cefálico.

#### Exploración física

- Exploración general. Comportamiento del niño, relación con familiares. Atención columna
- Salud bucodental. Erupción dentaria.
- Desarrollo psicomotor
- Visión. Prueba de Hirschberg, para descartar estrabismo.
- Audición. Prueba de reacción de sonido

#### Asesoramiento y prevención

- Alimentación. Lactancia materna. Introducción de nuevos alimentos. Asesoramiento sobre tipo y cantidad de leche, sobre variedad y equilibrio.
- Salud bucodental. Evitar el Biberón, para dormirse.
- Higiene y cuidados. Baño y paseo diarios Protección solar.
- Prevención de accidentes, seguridad en el hogar, en el coche, medidas de seguridad en el agua, protección de piscinas. No dejarlo solo en la bañera. Juguetes.
- Evitar la exposición al humo del tabaco.
- Estimulación del niño hablando y jugando con él.
- Vacunación correspondiente

### 6° CONSULTA REVISIÓN 12 MESES

#### Anamnesis

- Problemas desde la visita anterior
- Alimentación
- Audición
- Dinámica familiar

#### Somatometria

- Peso, talla y perímetro cefálico.

#### Exploración física

- Exploración general. Comportamiento del niño, relación con familiares. Atención luxación de caderas y criptorquidea.

- Salud bucodental. Erupción dentaria.
- Desarrollo psicomotor

#### Asesoramiento y prevención

- Alimentación. Asesoramiento sobre tipo y cantidad de leche, sobre variedad y equilibrio. Favorecer la autonomía. Proporcionarle una silla adecuada.
- Salud bucodental. Insistir en la limpieza de dientes con agua.
- Higiene y cuidados. Lavado de manos antes de las comidas. Protección solar. Favorecer juegos al aire libre.
- Prevención de accidentes, seguridad en el hogar, en el coche, como peatón, medidas de seguridad en el agua, protección de piscinas. No dejarlo solo en la bañera. Juguetes.
- Leer libros con ilustraciones grandes, jugar y cantar con él.
- Disciplina, recordar a los padres la necesidad de reglas, mostrando cariño. Las prohibiciones deben ser pocas pero firmes.

### 7º CONSULTA REVISIÓN 15 MESES

#### Anamnesis

- Problemas desde la visita anterior
- Alimentación
- Dinámica familiar
- Reacción adversa a vacunas anteriores

#### Somatometría

- Peso, talla y perímetro cefálico.

#### Exploración física

- Exploración general. Comportamiento del niño, relación con familiares.
- Salud bucodental. Erupción dentaria.
- Desarrollo psicomotor

#### Asesoramiento y prevención

- Vacunación correspondiente
- Alimentación. Asesoramiento sobre tipo y cantidad de leche, sobre variedad y equilibrio. Favorecer la autonomía.
- Salud bucodental. Insistir en la limpieza de dientes con agua.
- Higiene y cuidados. Lavado de manos antes de las comidas. Protección solar. Favorecer juegos al aire libre.
- Prevención de accidentes, seguridad en el hogar, en el coche, como peatón, medidas de seguridad en el agua, protección de piscinas. No dejarlo solo en la bañera. Juguetes.

- Disciplina, recordar a los padres la necesidad de reglas, mostrando cariño. Las prohibiciones deben ser pocas pero firmes.
- Advertir de la posibilidad de que aparezcan rabietas, comportamientos negativos.
- Vacunación correspondiente

## 8º CONSULTA REVISIÓN 18 MESES

### Anamnesis

- Problemas desde la visita anterior
- Alimentación
- Audición
- Dinámica familiar
- Reacción adversa a vacunas anteriores

### Somatometria

- Peso, talla y perímetro cefálico.

### Exploración física

- Exploración general. Comportamiento del niño. Atención a las extremidades inferiores y comprobar cierre de fontanela. columna.
- Salud bucodental. Erupción dentaria.
- Visión. Prueba de Hirschberg para descartar estrabismo. Reflejo de ojo rojo.
- Audición
- Tensión arterial
- Desarrollo psicomotor

### Asesoramiento y prevención

- Vacunación correspondiente
- Alimentación. Asesoramiento sobre tipo y cantidad de leche, sobre variedad y equilibrio. Aumentar la textura de alimentos sólidos. Advertir sobre la disminución del apetito. Favorecer la autonomía.
- Salud bucodental. Insistir en la limpieza de dientes con agua.
- Higiene y cuidados. Lavado de manos antes de las comidas. Protección solar. Favorecer juegos al aire libre.
- Prevención de accidentes, seguridad en el hogar, en el coche, como peatón, medidas de seguridad en el agua, protección de piscinas. No dejarlo solo en la bañera. Juguetes.
- Disciplina, recordar a los padres la necesidad de reglas, mostrando cariño. Las prohibiciones deben ser pocas pero firmes.
- Advertir de la posibilidad de que aparezcan rabietas, comportamientos negativos.

Cumplimentación del informe de salud escolar correspondiente.



### 9º CONSULTA REVISIÓN 3-4 AÑOS

#### Anamnesis

- Problemas desde la visita anterior
- Alimentación
- Audición
- Dinámica familiar
- Adaptación al medio escolar.

#### Somatometría

- Peso, talla

#### Exploración física

- Exploración general. Atención a las extremidades inferiores, columna. Descartar fimosis.
- Salud bucodental
- Visión. Prueba de Hirschberg y "cover-tets", para descartar estrabismo. Agudeza visual mediante optotipos.
- Audición
- Tensión arterial
- Desarrollo psicomotor

#### Asesoramiento y prevención

- Alimentación. Asesoramiento sobre variedad y equilibrio. Favorecer la autonomía.
- Salud bucodental. Insistir en la limpieza de dientes. Chucherías. Refrescos
- Higiene y cuidados. Protección solar. Favorecer juegos al aire libre.
- Disciplina, recordar a los padres la necesidad de reglas, mostrando cariño.
- Prevención de accidentes, seguridad en el hogar, en el coche, como peatón, medidas de seguridad en el agua, protección de piscinas.

Cumplimentación del informe de salud escolar correspondiente.

### 10º CONSULTA REVISIÓN 5-6 AÑOS

#### Anamnesis

- Problemas desde la visita anterior
- Alimentación
- Dinámica familiar
- Adaptación al medio escolar.

#### Somatometría

- Peso, talla

#### Exploración física

- Exploración general. Atención a las extremidades inferiores, columna. Descartar fimosis.
- Salud bucodental
- Visión. Prueba de Hirschberg y "cover-tets", para descartar estrabismo. Agudeza visual mediante optotipos.
- Audición
- Tensión arterial
- Desarrollo psicomotor

#### Asesoramiento y prevención

- Vacunación correspondiente
- Alimentación. Variedad y equilibrio. Mantener un peso adecuado
- Salud bucodental. Refrescos
- Higiene y cuidados. Protección solar. Uso de clutorios de fluor.
- Disciplina, recordar a los padres la necesidad de reglas, mostrando cariño.
- Fomentar el ejercicio, la lectura, la autonomía,...
- Asesoramiento en sexualidad
- Prevención de accidentes, seguridad en el coche, como peatón, bicicleta, moto, medidas de seguridad en el agua.

Cumplimentación del informe de salud escolar correspondiente.

### 11º CONSULTA REVISIÓN 11 AÑOS

#### Anamnesis

- Problemas desde la visita anterior
- Alimentación
- Dinámica familiar
- Dinámica escolar y amistades

#### Somatometría

- Peso, talla

#### Exploración física

- Exploración general. Desarrollo puberal. Atención la columna.
- Salud bucodental
- Visión. Agudeza visual. Prueba de visión cromática.
- Tensión arterial

#### Asesoramiento y prevención

- Vacunación correspondiente

- Alimentación. Mantener un peso adecuado
- Salud bucodental. Refrescos
- Higiene y cuidados. Protección solar. Advertir del consumo de tabaco, drogas alcohol.
- Disciplina, recordar a los padres la necesidad de reglas, mostrando cariño.
- Fomentar el ejercicio, la lectura, la autonomía,...
- Asesoramiento en sexualidad
- Prevención de accidentes, seguridad en el coche, como peatón, bicicleta, moto, medidas de seguridad en el agua.

Cumplimentación del informe de salud escolar correspondiente.

## 12º CONSULTA REVISIÓN 14 AÑOS

### Anamnesis

- Problemas desde la visita anterior
- Alimentación
- Dinámica familiar
- Dinámica escolar y amistades

### Somatometría

- Peso, talla

### Exploración física

- Exploración general
- Salud bucodental
- Visión. Agudeza visual
- Tensión arterial

### Asesoramiento y prevención

- Vacunación correspondiente
- Alimentación
- Salud bucodental
- Higiene y cuidados
- Disciplina, recordar a los padres la necesidad de reglas, mostrando cariño.
- Fomentar el ejercicio, la lectura, la autonomía,...
- Asesoramiento en sexualidad
- Prevención de accidentes, seguridad en el coche, como peatón, bicicleta, moto, medidas de seguridad en el agua.

Cumplimentación del informe de salud escolar correspondiente.

## PREPARANDO LAS CONSULTAS DEL NIÑO SANO

Indicaciones en educación para la salud en consulta del Niño Sano, en las primeras consultas.

Preparando las visitas:

- Crear un ambiente distendido, tranquilo y relajado
- Favorecer la comunicación interactiva
- Espacio físico cómodo para la evaluación
- Empezar siempre con una entrevista cordial a los padres

### SEGURIDAD

- Cuna adecuada
- No arropar demasiado
- No joyas

### CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL

- Proceso natural de necrosis
- Antiséptico utilizado (alcohol de 70°)

### HIGIENE.

Cortar uñas con tijeras apropiadas

- Higiene de genitales
- Costra láctea

### BAÑO

- Indicar baño diario
- Establecer una rutina horaria
- Entorno adecuado
- Temperatura
  - Ambiente: 24°-25° C
  - Agua: 36°-37° C
- Duración (aproximadamente 5 minutos)
- Cuidados (jabón, esponja natural, crema hidratante)

## EDUCACIÓN SANITARIA. INDICADORES DE PATOLOGÍA

- Ictericia
  - Fisiológica. Inicio al 2° día de vida, desaparece a la semana
  - No fisiológica. Nivel de bilirrubina sérica por encima de 5 mg/dl
- Variantes de la Normalidad:
  - Ingurgitación mamaria
  - Pseudomenstruación
  - Flujo vaginal
  - Mancha mongólica

## LACTANCIA MATERNA

- Aplaudir y animar la decisión de la madre
- Importancia de la información pre parto

### Ventajas que produce en el NIÑO

- Se digiere mejor, disminuye diarreas, estreñimiento y cólicos
- Ayuda a la maduración del sistema inmunológico
- Protege contra las alergias; alimentaria, asma, eccemas
- Proporciona mayor respuesta a las vacunas
- Disminuye la aparición de dermatitis en la zona del pañal
- Reduce el riesgo de muerte súbita del lactante
- Disminuye la tendencia de posibles enfermedades en la edad adulta, como obesidad, hipertensión

### Ventajas que produce en la MADRE

- Ayuda a la recuperación del útero a su tamaño normal
- Protege a la mujer del cáncer de mama
- Suele recuperar antes su peso habitual
- No necesita ningún tipo de preparación
- Es más económica
- Facilita contacto físico
- Composición de la leche
- Calostros (3-4 primeros días)
- Leche de transición (del 4º al 10 día)
- Leche definitiva
- Cuando empezar (importante entre la primera \_ h y las 2 h)
- Cómo dar de mamar
- Posición de la madre
- Posición del niño
- Otras posturas
- Duración de las tomas. Frecuencia de las tomas
- Cuidados de la madre lactante
- Dudas de la madre ante la lactancia materna

## DECÁLOGO DE LA LACTANCIA MATERNA

- Amamanta pronto
- Ofrece el pecho a menudo
- Asegura succión y postura correcta
- Deja que el bebé se sacie
- A más succión, más leche
- Evita biberones de ayuda

- Evita el chupete
- No solo mama por hambre (consuelo)
- Piensa en ti, pide ayuda y descansa
- Tu pediatra y enfermera son tu apoyo

## MOMENTOS DIFÍCILES

### CRISIS DE LACTANCIA. DIFERENTES SITUACIONES

1. El bebe llora y no llega a mamar;

Posibles causas:

- Rechazo por introducción precoz de bibes o chupetes
- Dolor del bebe por:  
Fractura de clavícula, presión dolorosa,...
- Respuesta condicionada por la tensión de la madre

2. El bebe comienza la mamada y en segundos se retira y llora, lo repite durante la toma.

Posiblemente se debe a un reflejo de eyección exagerado

Podemos:

- Dar el pecho acostada boca arriba
- Dar el pecho "a caballito"...

3. El bebe se coge al pecho pero no realiza movimientos para succionar

Posibles causas

- El bebe toma alguna medicación
- Bajo peso, hipotonía...

Podemos:

- Estimular la bajada de la leche antes de poner al bebe al pecho
- Despertar al bebe, tenerlo con poca ropa,
- Modificar la posición

4. El bebe se alimenta bien de un pecho y rechaza el otro

Posibles causas:

- Diferencias en los pezones
- Dolor al cambio de postura

Podemos:

- Examinar las mamas
- Buscar posiciones cómodas para el bebe
- Evitar presión en zonas dolorosas

#### 5. Crisis transitoria de lactancia

Hacia el segundo o tercer mes de vida; madre insegura, bebe irritable no satisfecho, mamas vacías...

Posibles causas:

- Crecimiento rápido del bebe
- Factores emocionales, cansancio, fatiga materno

Podemos:

- Amamantar con más frecuencia
- Descanso de la madre, comprobar su alimentación
- Darle seguridad

#### HUELGA DE LACTANCIA

Se suele producir cuando hay un cambio importante para el bebe

Por algo el bebe se separa de la mama, suele coincidir con la incorporación de la madre al trabajo

La posible solución pasa por una negociación entre la mama y el bebe

Debemos colaborar con dando todo el apoyo posible a la mama

#### EXTRACCION DE LA LECHE MATERNA

##### PARA QUE DEBE EXTRAERSE

1. Aliviar ingurgitación mamaria, conducto obstruido, mastitis.
2. Alimentar al bebé mientras aprende.
3. Separación del bebé por ser prematuro o estar enfermo.
4. Mantener la secreción de leche, si temporalmente no es posible dar el pecho.
5. Extraer la leche cuando no es posible dar el pecho en una toma determinada.
6. Dar la leche extraída al lactante, si la madre no está presente o tiene que trabajar.
7. Imprevistos: viajes, ausencias...

##### PARA UNA BUENA EXTRACCIÓN

Se tendrá en cuenta:

1. Higiene: lavarse bien con agua y jabón; asegurarse de que todos los utensilios estén limpios.
2. Práctica: a mayor práctica, mayor cantidad de leche extraída.
3. Hora: mejor entre las 7.00 y las 13 .00h.
4. Extraer mientras se amamanta.

#### ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA EXTRAIDA

Utilizar envases de plástico duro o de vidrio, aptos para uso alimentario. Existen bolsas especialmente diseñadas para el almacenamiento de leche materna.

Se deben rotular recipientes fecha y hora extracción. Hay que almacenar en pequeñas cantidades (60-120 ml). Dejar espacio en el recipiente para la expansión de la leche durante la congelación.

### TÉCNICAS DE SUPLEMENTACIÓN DE LA LECHE EXTRAÍDA

#### Síndrome de confusión del pezón

“Dificultad de un lactante para lograr la configuración bucal, la técnica para prenderse de la mama, y el modelo de succión, correctos, necesarios para la alimentación exitosa al pecho materno luego de alimentación con biberón o de otro tipo de exposición a una tetina artificial”

Neifert M, Lawrence R, Seacat J: Nipple confusion: Toward a formal definition. J Pediatr 126:125, 1.995

La forma de ofrecer al bebe la leche materna extraída, puede ser:

- Alimentación con vasito
- Alimentación con dedo
- Con Cuchara
- Con jeringa
- Suplementador

### LACTANCIA ARTIFICIAL.PREPARACIÓN DE UN BIBERÓN

- Decisión materna
- Fórmulas adaptadas
  - De inicio
  - De continuación
  - De crecimiento
- Tamaño biberón y tetinas adecuadas
- Esterilización
- Preparación de los biberones
  - Agua mineral o hervida
  - Cazitos de leche en polvo rasos
  - Cantidad (30 cl de agua por cada medida de leche)
- Precaución en la administración
  - Temperatura adecuada
  - Tetina siempre llena
  - Pequeño descanso a mitad de la toma
- Cantidades recomendadas
- Leches especiales

### ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

- Periodo de lactancia: primeros 4-6 meses
- Transicional: desde 4-6 meses hasta el final del 1° año
- Adulto modificado: hasta los 7-8 años



#### PERIODO DE LACTANCIA

El bebe RN por su inmadurez en el aparato digestivo sólo debe de succionar y deglutir líquidos.

Y por la inmadurez en el sistema renal su fuente de nutrientes y energía debe ser la alimentación láctea.

#### PERIODO TRANSICIONAL

El bebe se desarrolla en distintos aspecto: psicomotor, digestivo, renal e inmunológico.

Compensamos demandas de energía y nutrientes con la alimentación complementaria.

Aprende a deglutir otros alimentos líquidos y semisólidos y comienza la masticación (se necesita práctica).

#### PERIODO ADULTO MODIFICADO

Los niños se incorporan gradualmente a la dieta familiar;

- 12- 15 meses les gusta jugar y explorar más que comer.
- Manifiestan preferencias y desagradados.
- 18-20 meses inquietud por comer solos aunque no siempre con cuchara.

#### ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

El pecho de una madre está preparado para amamantar a su hijo hasta los 4-6 meses, generalmente pasado este tiempo el bebe necesita un aporte nutricional que la leche sola ya no puede proporcionar.

Es entonces cuando se comienza la alimentación complementaria por razones nutricionales.

La necesidad nutricional más importante a partir de los 6 meses es la energía más que las proteínas.

El volumen de leche que se necesitaría para cubrir esta necesidad estaría por encima de los límites de tolerancia.

Al principio la energía proporcionada por la alimentación complementaria será del 20% llegando hasta un 55% sobre los 10 meses.

Por lo que la toma de otros alimentos distintos a la leche no debe suprimirla, sino suplementarla.

La leche sigue siendo un alimento imprescindible, la lactancia debe mantenerse.

¿Cuándo?

La edad de introducción de la alimentación complementaria ha variado mucho; del tiempo de destete precoz se ha pasado a la recomendación de la introducción más tardíamente.

Actualmente la edad recomendada es entre los 4 y 6 meses variando de un niño a otro.

® Recomendado por:

- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)
- COMITÉ DE NUTRICION DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA (EPSGAN)

No antes de los 4 meses

- Innecesario, la leche cubre las necesidades energéticas y nutricionales.
- Inmadurez psicomotora, digestiva y renal.
- Interferencia con la producción de leche materna.
- Facilidad para desarrollar alergias e intolerancias alimentarias.
- Aumento del riesgo de infecciones.
- Riesgo de sobrealimentación.

No después de los 6 meses

- El volumen de leche para cubrir las necesidades energéticas sería difícilmente tolerable por el bebe.
- Debe familiarizarse con nuevas texturas y sabores.

El orden de introducción de los diferentes alimentos no es fundamental ni existe base científica para seguir un orden determinado.

Puede variar por cultura, disponibilidad geografía, tendencias...

Lo más importante es que la introducción sea progresiva y distanciando de un alimento otro para ver si es aceptado.

#### BANCOS DE LECHE MATERNA

El 17 de diciembre de 2007 ha comenzado a funcionar el Banco de Leche Humana del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

Banco de Leche Humana. Hospital 12 de Octubre.

#### DONACIÓN DE LECHE HUMANA

La lactancia natural es el mejor alimento para cualquier niño, especialmente si está enfermo o es prematuro. Después de la leche de su propia madre, la leche humana donada es la mejor opción para esos bebés porque se asimila mejor que la fórmula artificial, les protege de infecciones y mejora sus posibilidades de recuperación, supervivencia y desarrollo (Organización Mundial de la Salud y UNICEF).

#### ¿Qué es un Banco de Leche Humana?

Un centro especializado donde la leche donada por algunas madres se recibe, se procesa, se almacena y se distribuye según indicación médica, a niños enfermos que no pueden recibirla de sus propias madres. Tanto la donación como la dispensación son gratuitas.

La selección de las donantes, la recogida y almacenamiento de la leche en condiciones óptimas y su pasteurización previa al consumo, junto con estrictos controles de calidad, otorgan a la leche humana donada la seguridad y los beneficios que ofrece la leche materna.

Este hospital apoya a las madres que quieren lactar a sus hijos y también dispone de un Banco de Leche.

### ¿Quién puede ser donante?

Las madres sanas y con un estilo de vida saludable, que estén amamantando a su hijo y quieran donar parte de su leche de forma voluntaria y altruista.

En el Banco se realiza una entrevista y un análisis de sangre para descartar situaciones que contraindiquen la donación. No podrá ser donante la mujer que:

- Consume drogas ilegales, o tabaco, alcohol, cafeína u otros tóxicos en exceso.
- Tiene infecciones como VIH (virus del SIDA), hepatitis o sífilis, o padece ciertas enfermedades.
- Toma medicamentos o hierbas que puedan perjudicar a otro niño que no sea el suyo propio.

### MUERTE SÚBITA

Para la prevención de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL), debemos ofrecer la máxima información posible.

#### Qué es.

La muerte repentina (súbita) de un niño menor de un año de edad a la cual no se encuentra explicación después de una investigación minuciosa del caso, incluyendo la autopsia completa, el examen de la escena del fallecimiento y la revisión de la historia clínica. (Hoffman, 1992).

En España es una de las causas principales de mortalidad en niños durante el primer año de vida. Aproximadamente el 2 por mil.

Es más frecuente en varones, nacidos prematuros o bajo peso relativo entre 2 y 3 meses, y sobre todo si existe antecedentes de algún hermano.

Para la prevención del SMSL

1.- Evitar la posición prono para dormir, sobre todo hasta los 6 meses.

2.- El colchón del bebé debe ser rígido.

Evitar los edredones, almohadas o juguetes blandos en la cuna.

3.- Arropamiento excesivo.

El exceso de ropa o el calentamiento de la habitación aumenta el riesgo.

4.- Desaconsejar el tabaquismo. No permitir que se fume en su entorno.

5.- La lactancia materna reduce el riesgo.

Recordar que el consumo de tabaco, alcohol o drogas durante el embarazo multiplica el riesgo de padecer un SMSL.

### REFLEJOS

Los siguientes reflejos son normales para el recién nacido:

Reflejo de Moro o de sobresalto. Este reflejo ocurre cuando la cabeza del bebé cambia de posición rápidamente, cuando la cabeza se cae hacia atrás o cuando el bebé se asusta debido a un ruido fuerte. El bebé reacciona extendiendo los brazos y las piernas y estirando el cuello. Luego, une los brazos rápidamente. Puede que lllore cuando lo hace. Este reflejo debe desaparecer después de dos meses.

Reflejo de búsqueda. Es el reflejo que usa el bebé para buscar el pecho de su madre. Si usted toca suavemente la mejilla del bebé con el dedo, el bebé volteará la cabeza hacia su dedo. Esto dura de tres a cuatro meses.

Reflejo de prensión. El bebé agarra cualquier cosa que se le ponga en la palma de la mano y aprieta el puño. Enséñele a su hermano mayor. Dígale, "El bebé quiere agarrarte el dedo". Este reflejo desaparece al cabo de cinco o seis meses.

Reflejo de marcha. Si sostiene al bebé por debajo de las axilas y lo mantiene parado sobre una superficie dura, dará pasitos en el aire. Esto sucede aunque todavía falte mucho para que aprenda a pararse y a caminar. Este reflejo generalmente dura un par de meses.

### DESARROLLO PSICOMOTOR.MEDIO-RÁPIDO DE 0 A 3 AÑOS

3 meses

- Sigue con la vista objetos muy pequeños
- Atiende a sonidos no estridentes (voz normal)
- Balbucea
- Dirige la mano hacia el objeto.
- Se incorpora sobre si mismo sobre antebrazos
- Sonríe ante cualquier persona
- Ríe fuertemente (da gritos de alegría)
- Juega con los objetos que le son familiares
- Sujeta y es capaz de soltar un objeto
- Juega con sus manos, las mira

6 meses

- Busca juguetes fuera de su alcance visual
- Conoce las voces más familiares
- Aprecia sonidos significativos
- Comienza a desarrollar la pinza digital
- Sentado erecto con soltura
- Avanza algo gateando
- Sílabas bien definidas (da, ba, ca)
- Habla con su imagen en el espejo
- Trata de tocar su imagen en un espejo

9 meses

- Consigue ponerse en pie
- Intenta dar algún paso el solo
- Pinza digital fina
- Imita sonidos con perfección
- Dice papá, mamá.
- Puede jugar, sentado, con varios objetos
- Palmadas, gestos de adiós

12 meses - 1 año

- Camina solo, o llevado de la mano
- Sube gateando una escalera
- Cinco - diez palabras
- Cumple órdenes más complejas (lleva esto allí)
- Hace garabatos espontáneamente, o después de una demostración
- Intenta hacer torres
- Se agacha y se levanta sin caerse
- Sólo tres - cinco palabras con significado
- Sólo cumple órdenes simples (dámelo)

18 meses - 1 año 1/2

- Sube escaleras sin ayuda ninguna o apoyándose
- Es capaz de desplazar un objeto repetidamente con el pie
- Arroja objetos con cierta precisión a corta distancia
- Vocabulario de hasta 10 - 20 palabras simples
- Puede imitar palotes
- Transporta un vaso (mediado) sin derramar
- Bebe en baso sin derramar

24 meses - 2 años

- Sube y baja escaleras, corre bien
- Salta varias veces seguidas sin caerse
- Salta con los dos pies junto, sin ayuda
- Captura un balón dos de cada cinco veces
- Señala y conoce todas las partes externas de su cuerpo
- Distingue sus miembros dobles (una mano, y la otra)
- Imita circunferencias (redondos)
- Imita un trazo vertical y uno horizontal
- Frases de tres y más palabras con algún verbo

28 meses - 2 años 1/2

- Intenta sostenerse sobre un pie, a veces brevemente lo consigue
- Abre y cierra tapes a rosca
- Utiliza pronombre y tiempos verbales, pasado y presente con corrección
- Conoce y define los objetos por su uso
- Comienza a manipular preferentemente con una mano
- Sabe ponerse las zapatillas
- Ayuda a vestirse

36 meses - 3 años

- Sube y baja escaleras como un adulto, alterna los pies

- Es capaz de montar en bicicleta
- Equilibrio sobre un pie más prolongado
- Es capaz de copiar un círculo y una cruz
- Hace oposición entre opuestos (alto - bajo, arriba - abajo, ...)
- Cumple dos o tres órdenes simultáneas
- Vierte agua de un vaso a otro sin derramar
- Repite ordenadamente uno, dos y tres
- Monta en triciclo usando los pedales
- Tiene concepto claro de uno y dos
- Vierte agua de un vaso a otro derramando un poco

Edad	Motores groseros	Motores visuales	Lenguaje	Sociales
1 mes	Levanta ligeramente la cabeza desde la posición prona, movimientos natatorios, levanta barbilla	Presión firme, sigue hasta la línea media.	Alerta a los sonidos (parpadea, se mueva, se sobresalta)	Mira las caras
2 meses	Sostiene la cabeza en la línea media, levanta el tórax desde la mesa.	No aprieta con firmeza el puño, sigue los objetos más allá de la línea media.	Sonríe al hablarle o al acariciarle.	Reconoce a los padres.
3 meses	Se sostiene sobre los antebrazos en posición prona, sostiene la cabeza con facilidad.	Mantiene las manos abiertas en reposo, fija la mirada en círculo.	Arrulla (emite ruidos vocales largos de sonido musical)	Tiende las manos hacia objetos o personas familiares, anticipa el momento de comer.
4-5 meses	Gira sobre sí mismo, se sienta bien con apoyo, se sostiene sobre las muñecas, cambia el peso.	Mueve los brazos al unísono para asir objetos, toca un cubo colocado en la mesa.	4 meses: gira hacia las voces. 5 meses: gira hacia una campana (indirectamente), dice "aa-guu", barbotea.	Disfruta contemplando el entorno.
6 meses	Se sienta bien sin apoyo, pone el pie en la boca en posición supina.	Tiende una u otra mano para asir, transfiere, usa prensión de rastrillo.	Murmura: 7 meses: gira hacia una campana (indirectamente). 8 meses: "papa-mama", indiscriminadamente.	Reconoce a los extraños.
9 meses	Gatea, se desplaza, se apoya para levantarse, gira cuando está sentado.	Usa prensión de posición, explora con las puntas de los dedos, sostiene el biberón, come con los dedos.	Entiende "no", agita la mano en "adiós". 10 meses: papa, mama discriminando, se orienta hacia campana directamente.	Comienza a explorar el entorno, juega a cinco llobitos.

			11 meses: una palabra distinta a papa-mama, sigue órdenes sencillas con gesto.	
12 meses	Anda solo	Arroja objetos, permite que le quiten los objetos, suelta la mano, usa oposición del pulgar madura.	12 meses: usa dos palabras además de papa-mama; parloteo inmaduro (agrupa varias palabras ininteligibles). 13 meses: usa 3 palabras 14 meses: obedece órdenes sencillas sin gesto.	Imita gestos, viene cuando se le llama, coopera al vestirlo.
15 meses	Sube escaleras gateando, anda hacia atrás.	Construye torres de 2 bloques imitando al explorador, garabatea imitando escritura.	15 meses: usa 4-6 palabras. 17 meses: conoce 7-20 palabras, señala 5 partes del cuerpo, parloteo maduro (incluye palabras inteligibles).	
18 meses	Corre, arroja objetos estando de pie, sin caerse.	Vuelve 2-3 páginas a la vez, llena la cuchara y come sólo.	19 meses: conoce 8 partes del cuerpo.	Copia las labores de los padres, juega en compañía de otros niños.
21 mes	Se agacha al jugar, sube escaleras.	Construye torres de 5 bloques, bebe correctamente de un vaso.	21 meses: usa combinaciones de dos palabras, usa 50 palabras, frases de 2 palabras.	Pide comer e ir al retrete.
24 meses	Sube y baja escaleras sin ayuda.	Vuelve páginas de una en una, se quita los zapatos, imita golpes.	24 meses: usa pronombres como yo, tu, me incorrectamente, entiende órdenes de 2 etapas.	Juego paralelo.
30 meses	Salta con ambos pies, arroja la pelota a distancia.	Se desabrocha, sostiene el lápiz de modo adulto, diferencia líneas vertical y horizontal.	Usa pronombres correctamente y entiende el concepto "uno", repite 2 dígitos hacia delante.	Dice su nombre y apellidos si se le pregunta, toma de beber sin pedirlo.
3 años	Pedalea en triciclo, puede alternar los pies al subir escaleras.	Se viste y desnuda parcialmente sólo, se seca las manos si se le recuerda, dibuja círculos.	Usa frases de 3 palabras, plurales, tiempos pasados del verbo. Conoce todos los pronombres. Mínimo 250 palabras, entiende el concepto de 2.	Juega en grupo, comparte juguetes, acepta turnos, juega bien con otros, conoce su nombre completo, edad y sexo.

4 años	Salta, brinca y alterna los pies al bajar.	Se abrocha bien los botones y coge la pelota arrojada	Conoce los colores, recita canción o poema de memoria, hace preguntas.	Cuenta cuentos, juega en cooperación con otros niños.
5 años	Brinca alternando los pies, salta sobre obstáculos de baja altura.	Se ata los zapatos, extiende la mantequilla sobre el pan con el cuchillo.	Escribe su nombre, pregunta el significado de las palabras.	Participa en juegos competitivos, acepta las reglas, le gusta ayudar en casa.

### BIBLIOGRAFIA:

- ILCA (Asociación Internacional de Consultores de Lactancia). El manejo de la lactancia materna en los primeros 14 días de vida. Guía de practica clinica basada en la evidencia.
- Lawrence RA La lactancia materna. Madrid: Mosby, 1996.
- Documentos de Organismos Oficiales; Guías y Manuales (Comité AEPAP-PevInF, OPSOMS, Lacmat)
- Fundación LacMat. Consejos para una buena lactancia En <http://www.lacmat.org.ar/consejoslm.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. 55ª Asamblea Mundial de la Salud.
- Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna (1999). Informe técnico sobre la lactancia materna en España. Anales Españoles de Pediatría, 50(4), 333-340.
- Sánchez Villares, E. (1995). Promoción Institucional de la lactancia materna. An Esp Pediatr, 42:404-410.
- Barona Vilar, C. (2004). Promoción Institucional de la Lactancia. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Del curso de formación de formadores en LM del EVES.
- OMS/UNICEF (1989). Declaración conjunta. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS.
- Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia Materna en Europa. Protección, promoción y apoyo de la Lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Comisión Europea. Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, Luxemburgo, 2004
- Publicaciones de la Conselleria de Sanitat. Agencia Valenciana de Salud. Comunidad Valenciana:
  - Lactancia y trabajo
  - Manual de exámenes de salud escolar
  - Primeros cuidados del bebe
  - Programa de salud infantil
  - Desarrollo infantil



## ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

### ÍNDICE

- Introducción
- Epidemiología
- Análisis global del problema en la sociedad actual
- Ejemplo de Programa de EpS del Departamento 18
  - Población Diana
  - Identificación de agentes
  - Recursos
  - Metodología de la intervención
  - Evaluación
- Bibliografía

### INTRODUCCIÓN

La obesidad no es un trastorno estético; es una enfermedad crónica producida por un aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa. No es un dictamen de la moda ni un problema de tallas es una enfermedad camuflada. Una enfermedad grave y cotidiana. Su prevalencia está aumentando en todo el mundo. La OMS la considera desde 1998 como una epidemia global: su elevada frecuencia en países desarrollados hace de ella la principal enfermedad no transmisible; su incremento en los países en vías de desarrollo la equipara a la desnutrición. Su legado para presente y futuro en niños y adolescentes obesos es el exceso de lípidos en sangre, hipertensión e intolerancia a la glucosa., y muy especialmente en los países desarrollados donde la causa está siendo vinculada a factores genéticos y a los hábitos de vida con una alimentación inadecuada y sedentarismo como actores principales. La obesidad no actúa sola, se asocia a distintas comorbilidades, entre las que destacan algunas que aumentan el riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, dislipoproteinemia, hipertensión arterial) y a otros trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa y la bulimia, que aunque sabemos que son trastornos psiquiátricos, su base puede estar asociada a alteraciones alimentarias y nutricionales habitualmente fruto de dietas restrictivas iniciadas de forma voluntaria. Sus repercusiones se anclan en el presente para lastrar con sus secuelas la vida futura del niño. Muchos más son sus territorios de colono devastador. Produce sobrecarga del aparato locomotor, repercute en el aparato respiratorio y sobre todo, en el desarrollo psicológico y la adaptación social; la pobre ima-

gen corporal de percibida genera sentimientos de inferioridad y rechazo. Queda definido con lo referido como un problema de salud pública por prevalencia creciente y repercusiones sanitarias.

La obesidad infantil es un potente predictor de la obesidad en el adulto, especialmente cuando se da en la segunda década de la vida. La probabilidad de persistencia en la edad adulta aumenta de aproximadamente el 20% a los 4 años de edad hasta aproximadamente el 80% en la adolescencia. Hay evidencia de asociación entre obesidad en la infancia y adolescencia y el incremento de riesgos para la salud en la edad adulta. La obesidad favorecerá en el adulto las enfermedades cardiovasculares, metabólicas, neurológicas, respiratorias, musculoesqueléticas, gastrointestinales y psicológicas; hoy en día principales causas de morbilidad en países desarrollados.

La obesidad, directa o indirectamente por problemas derivados, supone una carga económica de primer orden. Sus costes en términos económicos en un país desarrollado llegan al 7% del gasto sanitario total, para España, unos 3.000 millones de euros anuales y en términos de morbi-mortalidad el 60% de las defunciones en el mundo y el 46% de la carga global de la enfermedad. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2 y determinados tipos de cáncer se relacionan causalmente con ella. Otras enfermedades de menor consideración pero igualmente importantes como la caries y la osteoporosis son también problemas generados por ella.

El problema se viste de especial dramatismo si consideramos que la prevención del sobrepeso y la obesidad es factible. El aumento de la prevalencia de la obesidad en la infancia, se debe en un 90% de los casos a factores relacionados con el estilo de vida: exceso de energía contenida en la dieta e incremento del sedentarismo. Solo un 1% de la obesidad infantil se debe a síndromes genéticos o endocrinometabólicos, esto es, problemas de enfermedades reales; el resto es mal hábito socioeducacional.

## EPIDEMIOLOGÍA

Analizaremos el impacto en términos cuantificables de este problema. Partiremos desde la perspectiva global de la Europa emergente para centrarnos progresivamente en el terreno y valorar los hechos en nuestra comunidad

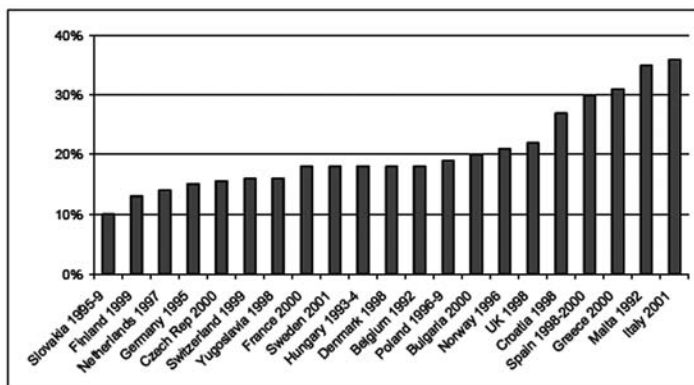
### a) UNIÓN EUROPEA

En la Unión Europea cada año tenemos unos 400.000 niños más con sobrepeso. Si fuera una epidemia infecciosa cundiría el pánico. Los datos del grupo de trabajo International Obesity Task Force (IOTF) indican incluso que es posible que se haya subestimado el problema de la obesidad en Europa, ya que algunos países han declarado cifras inferiores a las reales, y que más de 200 millones de adultos de toda la UE pueden tener sobrepeso o estar obesos.

En los países de la Unión Europea, la prevalencia de sobrepeso en niños/as de alrededor de 10 años, queda reflejada en la siguiente figura:



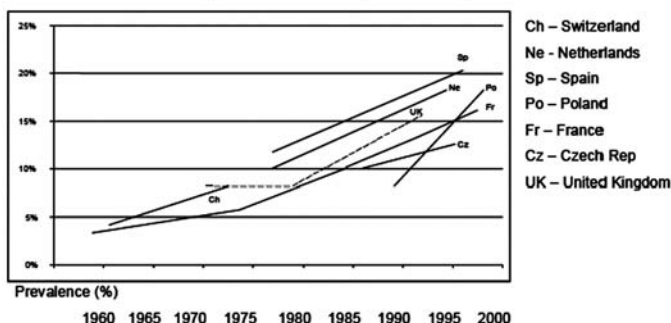
Figura 1 - Prevalencia de sobrepeso en niños/as de alrededor de 10 años de edad en países de la Unión Europea.



Fuente: Tomado del informe: Obesity in Europe, IOTF (2002) (12) (sobrepeso en niños/as correspondiente al IMC >25 a los 18 años de edad usando el método recomendado por IOTF - ver Cole et al. BMJ, 2000) (13).

Como puede observarse solo 3 países: Grecia, Malta e Italia tienen una prevalencia superior a la observada en España y en todos los estudios epidemiológicos la tendencia al aumento de su prevalencia es notoria. En la siguiente figura queda reflejada la evolución del sobrepeso en la infancia en distintos países de la Unión Europea:

Figura 2. Tendencias crecientes en prevalencia de sobrepeso en niños y niñas



Fuente: IOTF (12): las definiciones pueden variar entre países.

## b) ESPAÑA

Según el último estudio epidemiológico realizado en la población española de 2 a 24 años de edad, el estudio enKid, la prevalencia de exceso de peso es del 26,3%, siendo la prevalencia de obesidad del 13,9% y la del sobrepeso del 12,4%. La prevalencia de obesidad es superior en varones (15,6%) que en mujeres (12%) y también el sobrepeso. En el subgrupo de varones, las tasas más elevadas observaron entre los 6 y 13 años. En las chicas las tasas de prevalencia más elevadas se observaron entre los 6 y los 9 años. Además,

la obesidad es mayor en niveles socioeconómicos y de estudios mas bajos, y entre aquellas personas que no desayunan o tiene un desayuno de baja calidad.

Los datos del estudio indican una prevalencia intermedia de obesidad en España en relación con otros países, presentando, sin embargo, notables variaciones geográficas dentro del territorio español. Así, la prevalencia de obesidad y sobrepeso mas elevadas se observaron en la comunidad de Canarias y en la región sur, tanto en los chicos como en las chicas y en todos los grupos de edad. Las prevalencias más bajas se han observado en las regiones noreste y norte.

El análisis de la tendencia de la prevalencia del sobrepeso y obesidad en España, solo puede hacerse después de asumir las limitaciones metodológicas inherentes a estas comparaciones seculares. Al comparar los resultados obtenidos en los últimos estudios epidemiológicos sobre obesidad infantil realizados en España y enKid se puede observar que se ha producido un incremento del IMC medio, como se refleja en la siguiente tabla:

**Tabla I: Resultados de los tres últimos estudios epidemiológicos realizados en España.**

	PAIDOS 1984 (17)	RICARDIN 1992 (18)	enKid (1998-2000) (15)
	IMC medio (kg/m <sup>2</sup> )	IMC medio (kg/m <sup>2</sup> )	IMC medio (kg/m <sup>2</sup> )
10 años	18,1	18,5	18,8
13 años	18,4	20,4	21,1

Fuente: Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. D.G. Salud Pública

### C) COMUNIDAD VALENCIANA

En los datos presentados por el estudio en Kid para la región de Levante, que incluye a Murcia y la Comunidad valenciana en la población de 2 a 24 años, la prevalencia de sobrepeso estimada, percentil mayor de 85 (P>85), fue del 25,2% y la de obesidad, percentil mayor de 97 (P>97) del 15%.

A partir de los exámenes de salud escolar realizados a los niños de 6 años de la Comunidad Valenciana durante el periodo 1999-2002 se ha estimado el peso, la talla y el IMC medios de este colectivo. Además, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en esta población se ha calculado de acuerdo a los puntos de corte correspondientes a P85 para sobrepeso y P97 para obesidad, por edad y sexo.

En la tabla siguiente podemos observar la media y desviación estándar para estas mediciones para cada cohorte por sexo y año considerado, así como la prevalencia del sobrepeso y la obesidad.

TABLA II. PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS DE 6 AÑOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

SEXO	CURSO	PESO (kg)	TALLA (cm)	ÍNDICE MASA CORPORAL (IMC) (kg/m <sup>2</sup> )	SOBREPESO P85	OBESIDAD P97
		Media (±DS)	Media (±DS)	Media (±DS)	%	%
NIÑOS	1999-1999	24,42 (± 4,81)	120,40 (± 5,65)	16,7 (± 2,46)	29,1	12,9
	1999-2000	24,38 (± 4,89)	119,04 (± 5,04)	16,85 (± 2,46)	31,4	13,3
	2000-2001	24,56 (± 4,94)	120,81 (± 5,79)	16,77 (± 2,45)	29,4	13,7
	2001-2002	24,45 (± 4,82)	120,05 (± 5,56)	16,85 (± 2,49)	30,9	13,9
NIÑAS	1999-1999	23,04 (± 4,09)	119,36 (± 5,66)	16,71 (± 2,43)	19,4	7,4
	1999-2000	23,97 (± 4,74)	119,08 (± 5,87)	16,8 (± 2,44)	20,3	8,1
	2000-2001	24,25 (± 4,97)	119,81 (± 5,83)	16,79 (± 2,52)	19,9	8,4
	2001-2002	24,12 (± 4,83)	119,14 (± 5,63)	16,87 (± 2,52)	22,5	8,3

Para prevalencia puntos de corte: Hernandez y cols., 1998

Fuente: Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. D.G. Salud Pública

Como se observa se ha estimado un aumento con el paso de los años en las proporciones de sobrepeso y obesidad, que en el caso de las niñas ha sido estadísticamente positivo ( $p < 0,05$ ).

En la Comunidad Valenciana, el informe de Salud Escolar nos permite conocer el porcentaje de niños/as con sobrepeso y obesidad. Esta información la obtenemos a partir de los datos sobre peso y talla de los alumnos/as. En el curso escolar 2005-2006, el porcentaje de escolares con sobrepeso y obesidad fue el siguiente:

SEXO	EDAD	SOBREPESO(IMC>P85)	OBESIDAD(IMC>P97)
NIÑOS	3 años	16,8%	8,7%
	6 años	18,6%	7,7%
	12 años	26,9%	10,5%
	14 años	22%	11%
	16 años	17,2%	4,4%
NIÑAS	3 años	14,5%	10,3%
	6 años	14,3%	10,7%
	12 años	20,7%	16,7%
	14 años	20,9%	12,7%
	16 años	12,8%	8%

Para prevalencia Puntos de corte: Hernandez y col., 2000. Estudio transversal

Fuente: Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. D.G. Salud Pública

Según datos del 2006 de la red Centinela de la Comunidad valenciana, en los niños que cumplen la definición de obesidad infantil (IMC  $p > 95$ ) y que son casos incidentes se observa:

- El 59% ve la televisión 2 o 3 horas al día y el 45,6% no realiza ninguna actividad deportiva extraescolar semanalmente.
- En referencia a los aspectos valorados sobre la alimentación de estos niños, de forma habitual, el 26,2% no desayuna, el 32,7% no realiza las cinco comidas, el 55,5% no toma 2 o más piezas de fruta al día y el 52,5% no come verduras. El consumo de chucherías, refrescos, y zumos industriales es de 5 o más días a la semana en un 39,2% de los casos.

- En el 60,5% de los casos uno de los progenitores es obeso y en el 22,4% son los dos progenitores en los que se refiere obesidad. El 30,2% de los casos que tiene hermanos estos son también obesos.
- La patología asociada con más frecuencia son los problemas osteomusculares (5,7%) seguidos de los problemas psicológicos.

## ANÁLISIS GLOBAL DEL PROBLEMA EN LA SOCIEDAD ACTUAL

En el texto que precede se hace mención a un problema derivado de la sociedad industrializada, sus malos hábitos y sus excesos. Podemos analizar las raíces culturales y educativas que generan esta malnutrición y que la perpetúan. Cinco serán los contextos o escenarios que alojan este drama: 1. Escolar, 2. Núcleo familiar, 3. Entorno social, 4. Los cambios de las sociedades hacia la "americanización" y 5. El sedentarismo y los medios audiovisuales.

### 1. Ámbito Escolar

La sociedad, afortunadamente, ha cambiado. La normalización cultural, social y laboral de la mujer ha supuesto un vuelco de la civilización. Y también en la generalización de la escuela como protagonista de la alimentación de niños y adolescentes. El cambio no tiene ni debe tener punto de retorno. La solución pasa por el análisis de los problemas y la reinterpretación de soluciones. Se convierte, así, la escuela en espacio imprescindible para el desarrollo de actividades encaminadas hacia la promoción de hábitos de vida saludables. Se impone, además, explotar el potencial que todo el profesorado posee de inculcar estos estilos de comportamientos sanos en sus alumnos y alumnas: a) tienen acceso universal a la población escolar de manera coordinada y simultánea y b) ofrecen la oportunidad de practicar una alimentación sana y equilibrada en el centro como complemento a la actividad mental y física que el alumnado lleva a cabo diariamente. Es cuestión de tiempo pero centros educativos y profesores se incorporarán al proceso de enseñanza-aprendizaje en los distintos niveles educativos. Nuestra labor es menguar ese tiempo. El *modus operandi* podría ser englobar la Promoción de la Salud, en forma de educación nutricional (y otras educaciones) estén ubicadas en el proyecto curricular del centro. La participación de la familia se hace aquí imprescindible.

### 2. El núcleo Familiar

En las últimas décadas la institución familiar ha experimentado profundos procesos de cambio, consecuencia, a su vez, de los cambios sociales y de las repercusiones que estos han tenido en los estilos de vida. Frecuentemente el desarrollo tiene dos caras de una moneda que se hacen inseparables. De un lado las revoluciones tecnológica y laboral, y de la globalización de la economía han aumentado la disponibilidad de alimentos para la población, y de otra parte, han reducido la actividad física necesaria para la realización de las labores de la vida cotidiana. La consecuencia ha sido una modificación de las necesidades nutricionales medias de nuestra sociedad, el incremento del consumo de alimentos fuera del hogar y el auge de las comidas precocinadas. En general, las dietas de la mayo-

ría de los países europeos son ahora más ricas en proteína animal y en grasa saturada, mientras que el consumo de proteína vegetal, carbohidratos complejos y fibra dietética ha descendido. Estos cambios dietéticos y el sedentarismo se asocian a un incremento de la incidencia de las enfermedades ya descritas.

A pesar de los cambios en su estructura y dinámica, la familia sigue siendo uno de los espacios esenciales de socialización y adquisición de los futuros hábitos de vida en el niño. Las mujeres en general y las madres en concreto, son le colectivo que muestra una mayor preocupación por la alimentación y porque esta sea saludable .Así lo indican los estudios sobre la población europea, que señalan que el colectivo que busca más activamente información sobre nutrición esta integrado mayoritariamente por mujeres de 35 a 54 años, que cuentan, además y al menos, con un nivel secundario de educación. Este aspecto es especialmente interesante en aquellas familias donde la responsabilidad de la alimentación y de la dieta diaria recae sobre la mujer/madre, porque en este caso es quien crea los hábitos de alimentación.

### **3. El Entorno Social**

El entorno social en el que se mueven los niños/as, ejerce una gran influencia en sus hábitos. Esta influencia puede incluso escapar al control de padres, madres y de la escuela. Según los resultados de una encuesta reciente realizada por el Institute of European Food Studies, para los consumidores europeos, las principales fuentes de información sobre nutrición son: los profesionales de la Salud, los medios de comunicación, la información de los envases de comida, la familia y las amistades.

### **4. Los cambios sociales y la occidentalización de los hábitos nutricionales**

Son muchas las investigaciones que se han preocupado por verificar el impacto de los hábitos nutricionales sobre la salud de las personas. El modelo mediterráneo de dieta basada en un elevado consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales, pescado y aceite de oliva se acepta como un modelo ideal de nutrición, variada y equilibrada y con impacto sobre la salud al reducir la mortalidad por enfermedades cardíacas y oncológicas entre otras. Este tipo de dieta que nos es propia y culturalmente transmitida está deslizándose hacia otros modelos occidentales. Como resultado se observará una marcada diferencia en hábitos alimentarios, entre los grupos de de edad de la población, según sea tercera edad y de la juventud con la infancia y la adolescencia.

Una alimentación saludable debe ser variada (entendida esta como la que incluye componentes de diferentes grupos alimentarios) y debe mantener la ingesta energética en los niveles recomendados. En la población escolar se constata una disminución de ingesta de HdC y de pescado. Lamentablemente es paralelo al excesivo consumo de carnes rojas y derivados, lípidos y azúcares.

Los datos disponibles no ofrecen dudas en la CV: Un 13% de los niños no toman pescado semanalmente, un 42,3% consume verduras menos de tres veces por semana, un 61,2 % de la población infantil no consume fruta diariamente; un 18,1% de los niños/as decla-

ran un consumo diario de chucherías; un 12,5 de niños/as valencianos refieren que consumen diariamente pasteles, dulces y bollería industrial. Un 15,9% de los niños/as toma lácteos o pasteles exclusivamente como postre, sustituyendo a la fruta, un 39,2% alterna fruta y lácteos como postre.

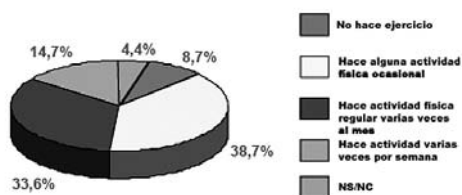
Las necesidades de aporte calórico y de nutrientes en la dieta cambia con la edad en términos absolutos, pero su proporción relativa en la distribución diaria permanece proporcionalmente. El Desayuno, una de esas partes proporcionales de la dieta, parece ser una de las ingestas que debería cuidarse por importante, pero todo parece indicar que se infravalora y el desayuno se omite o reduce en la practica cotidiana. En nuestro país el número de escolares que no toman desayuno se encuentra entre el 5 y el 10%, siendo cada vez más evidente la escasa contribución del desayuno y la merienda a la ingesta calórica diaria. Este hecho se acentúa con la edad, especialmente con la llegada de la adolescencia. También existen diferencias en cuanto al desayuno según el sexo, siendo mas frecuente que sean las niñas las que acuden al colegio sin haber desayunado. Se ha comprobado que la resistencia física y el test de creatividad son mejores en los niños y niñas, cuyo desayuno representaba el 20% de la energía recomendada diariamente, frente a aquellos en que solo representaba el 10%.

## 5. El sedentarismo y los medios audiovisuales

Los países desarrollados han sufrido un cambio generacional en cuanto a los hábitos de ocio de la juventud. En la actualidad, debido al desarrollo tecnológico entre otros múltiples factores sociales, el tiempo libre de nuestros hijos difiere cualitativamente del que teníamos los que ahora somos padres y madres. Estos cambios indudablemente tienen sus ventajas, pero también tienen sus inconvenientes. Hoy los niños y las niñas ocupan mucho tiempo de ocio en casa, viendo la televisión, jugando con video juegos, conectados a Internet, aspectos a los que en muchas ocasiones se añade la falta de infraestructuras, recursos o espacios al aire libre que además permita relacionare con los demás, fundamentalmente a través del juego. Esta situación hace que se reduzcan las necesidades energéticas y de movimiento de nuestro organismo y propicia el sedentarismo y sus graves consecuencias como factor de riesgo para las enfermedades anteriormente citadas.

De la Encuesta de Salud infantil realizada en la Comunidad valenciana en le año 2000-2001 se desprenden los siguientes resultados relacionados con el sedentarismo:

Figura 3: EJERCICIO FISICO



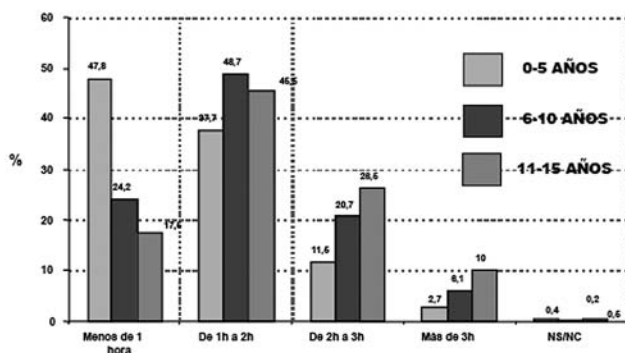
- El porcentaje de niños mayores de 5 años que hace ejercicio físico varias veces por semana es solo del 14,7%. Lo practica de forma regular varias veces al mes el 33,6%, de forma ocasional el 38,7% y otro 8,7% no hace ningún ejercicio.

Fuente: Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. D.G. Salud Pública



- A partir de los 6 años la mayor parte de los niños/as (95,2%) ven la televisión todos o casi todos los días. Este porcentaje es menor (65,5%) en los niños de 0-5 años. Entre los niños/as que ven la televisión todos o casi todos los días, lo hacen mas de 2 horas el 14,2% de los de menos de 5 años, el 26,8% de los que tienen 6 a 10 años y el 36,5% de 11 a 15 años.

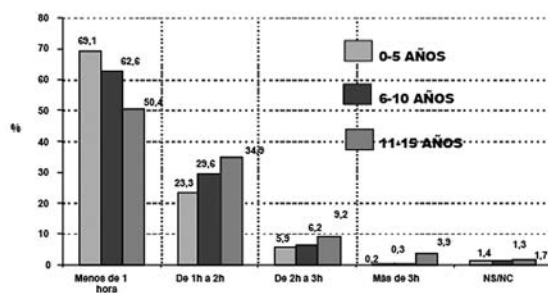
Figura 4: TIEMPO QUE LOS NIÑOS VEN LA TELEVISIÓN



Fuente: Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. D.G. Salud Pública

- Un 37,1% de los niños/as juega con videojuegos, ordenador o Internet todos o casi todos los días, este porcentaje aumenta conforme aumenta la edad de los niños. De ellos un 31,9% le dedica entre 1 y 2 horas, el 7,7% de 2 a 3 horas/día y el 2,2% mas de 3 horas diarias. También el tiempo dedicado a jugar aumenta conforme aumenta la edad.

Figura 5: TIEMPO QUE LOS NIÑOS JUEGAN CON VIDEOJUEGOS POR EDAD



Fuente: Servicio de Salud Infantil y de la Mujer. D.G. Salud Pública

El colegio es uno de los espacios más importantes no sólo para la práctica de ejercicio y deporte (que los niños compensan con el que hacen fuera de él), sino también para educar en hábitos que van a prevenir la aparición de problemas de salud tanto inmediatos

como a largo plazo. Estos datos sugieren necesidad de comenzar a estimular pautas de alimentación sanas desde las primeras edades. Con ello se puede prevenir la aparición de problemas de salud inmediatos y a largo plazo y porque es más difícil cambiar hábitos alimentarios en edades más tardías.

En febrero de 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó la Estrategia NAOS, de prevención de la obesidad y fomento de la actividad física, con el fin de sensibilizar a la población sobre el problema que supone la obesidad e implicar a los distintos sectores sociales en la puesta en marcha de iniciativas adoptadas desde diferentes ámbitos (familiar y comunitario, escolar, empresarial, sanitario, investigación y desarrollo y evaluación y seguimiento), que logren que los ciudadanos, y en especial los niños y jóvenes, adopten hábitos saludables de vida.

### **EJEMPLO DE PROGRAMA DE EPS DEL DEPARTAMENTO 18**

A continuación se expone un ejemplo práctico de un programa de intervención comunitaria en forma de educación para la salud. La promoción de la salud en forma de educación sanitaria se erige en este problema de salud pública como un ilusionante modelo de prevención para la corrección de hábitos poblacionales con la educación en la infancia como método.

#### **Objetivo general**

- Disminuir el sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia
- Promover la educación nutricional en el medio familiar, escolar y comunitario.

#### **Objetivos específicos**

- 1.- Potenciar la adquisición por parte de los niños y niñas de un Departamento una alimentación sana y equilibrada.
- 2.- Promover entre los niños/as hábitos alimentarios saludables.
- 3.- Conocer la importancia de la higiene en los procesos de conservación y preparación de los alimentos.
- 4.- Aprender a tomar decisiones correctas en materia de consumo de alimentos.
- 5.- Promover la actividad y el ejercicio físico en la infancia y adolescencia.
- 6.- Promover una dieta equilibrada en los centros que dispongan de comedor escolar.

#### **Objetivos operativos**

Con el fin de alcanzar estos objetivos se plantean actividades encaminadas por un lado a los niños/niñas de 5 años y por otro lado se realizarán simultáneamente actividades dirigidas a las familias de los niños/as de 3 y 5 años.

#### **Objetivos para los alumnos**

Se plantean una serie de actividades encuadradas en dos talleres:



1.- ALIMENTACION Y NUTRICION. ALIMENTACION Y DESARROLLO PERSONAL

- Aprender las etapas del crecimiento y la importancia de la alimentación en cada una de ellos.
- Conocer las desventajas del consumo habitual de dulces y golosinas.
- Aprender los 7 grupos de alimentos y familiarizarse con los nutrientes principales que nos aportan cada uno de ellos.
- Conocer la función de los distintos grupos de alimentos en nuestro organismo (alimentos energéticos, plásticos o reguladores).
- Favorecer destrezas propias de esa edad, que permitan una mayor autonomía del niño/a a la hora de comer.
- Adquirir nociones fundamentales sobre los peligros sanitarios de las dietas excesivamente ricas en calorías, grasas, azúcares y de la falta de ejercicio físico.
- Tomar conciencia de la propia imagen corporal y favorecer su aceptación, así como respetar las diferencias físicas sin ningún tipo de discriminación.

2.- DIETA SALUDABLE Y HABITOS ALIMENTICIOS

- Iniciar en el habito de un desayuno completo.
- Identificar las propiedades organolépticas de los alimentos -color, sabor, olor, textura- y valorar su importancia en el momento de la elección de alimentos
- Potenciar el habito de comer acompañado de la familia y/o amigos
- Potenciar el consumo de distintos tipos de alimentos a lo largo del día
- Realizar diversas experimentaciones con la comida, en las que se contemplen y se permitan los posibles errores en estos intentos de los niños, promoviendo que se desenvuelvan por ellos mismos.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras.
- Aprender a manipular sin riesgo y con la máxima higiene los alimentos habituales.
- Disminuir el consumo diario de horas de televisión y videojuegos.
- Adquirir nociones fundamentales sobre los peligros de la falta de ejercicio físico.

**Objetivos para las familias**

- 1- Informar a las familias sobre el valor nutritivo de los distintos tipos de alimentos.
- 2- Comunicar a las familias la necesidad de una alimentación adecuada, para promover en sus hijos una dieta equilibrada.
- 3- Desarrollar en el seno de las familias algunas normas como: cantidad adecuada de alimentos en cada comida y para cada persona, variedad de estos alimentos, reparto razonable de estos alimentos a lo largo del día, etc.
- 4- Superar actitudes absolutamente estereotipadas, que otorgan a las madres el papel de elaborar todos los menús familiares, desarrollando modelos alternativos en los que se consideren las tareas relacionadas con la cocina como cooperativas, en la que todos los miembros de la familia deben participar.
- 5- Promover los procesos de desarrollo de la autonomía personal en la alimentación como un elemento de las relaciones entre niños y niñas y personas adultas sobre todo en las primeras edades, alentándolos para que sean parte activa.

- 6- Convertir el acto de comer en algo placentero, sin que esto signifique un menoscabo para la adopción de una dieta variada y saludable, sino superando los obstáculos del rechazo hacia determinadas comidas.
- 7- Crear un ambiente distendido y alegre, para favorecer en niños y niñas una actitud positiva ante la comida.
- 8- Inculcar en el seno familiar la selección de productos de calidad para la elaboración de las comidas.
- 9- Introducir estrategias que eviten el consumismo exacerbado y promuevan actitudes sensatas en la adquisición de productos alimenticios.
- 10- Reducir el tiempo que el niño ve la televisión a menos de 1 hora diaria.
- 11- Reducir el tiempo diario a jugar con video-juegos, ordenador o Internet.
- 12- Inculcar la practica de forma regular de ejercicio físico.

### **Objetivos para los Centros docentes**

1. Elaborar menús equilibrados y adecuados para la edad escolar en aquellos centros que dispongan de comedor.
2. Se organizarán distintas actividades (cursos, jornadas, etc.) dirigidas al personal que presta sus servicios en todos los centros educativos, destinadas a proporcionarles una formación adecuada sobre la alimentación equilibrada y la actividad
3. Incorporar a rutinas diarias de la vida del centro momentos en los cuales de forma paulatina se introduzcan hábitos, habilidades y conocimientos en relación a la alimentación

### **POBLACIÓN DIANA**

Para prevenir la aparición de problemas de salud inmediatos y dado que es mas difícil cambiar hábitos alimentarios ya establecidos, es conveniente para mejorar la eficiencia de las acciones, actuar en los niños y niñas de 3º de Infantil (5 años), que y al mismo tiempo sobre los padres y abuelos de esos niños y de los de 1º de Infantil (3 años) ya que para la aplicación de este tipo de programas se debe trascender el ámbito puramente escolar siendo imprescindible implicar a las familias.

Este periodo reviste interés por diferentes motivos:

1. Es en esta época de la vida cuando se adquieren los hábitos alimentarios de los que dependerá, posteriormente, el estado de salud.
2. Debido a que los requerimientos de energía y proteínas son menores, aparece un riesgo real de obesidad. Es muy importante recordar que casi todos los niños, hacia los 2 ó 3 años, atraviesan una fase de menor apetito, en relación con la menor necesidad energética. Es un hecho fisiológico que para algunos padres supone un motivo de preocupación y agobio que desencadenan verdaderas "batallas campales" en el momento de comer, con el consiguiente riesgo de rechazo de los alimentos por parte del niño.

3. Es en este período cuando se escogen las pautas de alimentación. Actualmente se asiste a un fenómeno de “americanización” de la dieta (exceso de proteínas y grasa, defecto de hidratos de carbono y fibra) que muchos escolares adoptan (con la permisividad de los padres), en respuesta más a criterios puramente consumistas que a criterios de salud. Conviene actuar para contrarrestar esta tendencia.

### **IDENTIFICACION DE AGENTES**

#### **a) Centros Docentes**

Estas actuaciones deben de tener un enfoque globalizado en esta etapa educativa, con un tratamiento transversal que se debe trabajar desde las diferentes áreas del currículo, por ejemplo, desde el área de Ciencias Sociales se pueden investigar los cambios en los hábitos alimentarios de las distintas culturas y su posible relación con los descubrimientos; en Ciencias Naturales se podrían analizar dietas partiendo del menú semanal del comedor escolar, en el área de Lenguas Extranjeras se puede investigar y aprender los comportamientos alimentarios en los países de la cultura del idioma estudiado. Ahora bien, para que estas actuaciones sean eficaces, es importante que el diseño de las mismas esté recogido en los distintos niveles de concreción curricular.

#### **b) Atención Primaria**

Entre los objetivos estratégicos de la Dirección de AP del Departamento 18 esta el potenciar los hábitos de vida saludables en la población aumentando el porcentaje de adhesión a los programas de actividades preventivas.

En esta estructura participativa se deben incluir a los profesionales sanitarios

Del departamento (pediatras y enfermeras) participando en el programa:

- Asesorando al profesorado y colaborando en las actividades, especialmente el personal de enfermería. Realizando educación alimentaria y nutricional en los controles del niño sano y la promoción de la actividad física
- Realizando un seguimiento y control de los niños/as con obesidad o sobrepeso tras instaurar la dieta.

#### **c) Centro de Salud Publica**

Los Técnicos de Higiene de los Alimentos y de Promoción de la Salud tendrán como misión:

- Diseño, coordinación y participación en actividades como cursos, talleres y materiales de difusión destinados a la población diana, niños/as y padres.
- Coordinación y participación en la formación de los profesionales de enfermería y estudiantes de Dietética y Nutrición que realizaran las actividades.
- Diseñar e implementar la evaluación y seguimiento del programa.

#### **d) Estudiantes FP Nutrición**

Alumnos de último curso de Dietética y Nutrición del Centro de Formación Profesional formados previamente por los Técnicos de Salud Publica, realizarán los talleres dirigidos a

los niños/as, así como de un estudio de los menús en aquellos centros que dispongan de comedor escolar.

### **RECURSOS**

#### a) Recursos humanos

- Enfermeras.
- Estudiantes de FP Dietética y Nutrición.
- Técnicos de Promoción salud.
- Técnico Higiene de los alimentos.

#### b) Recursos materiales

- Proyector de diapositivas, portátil y piana
- Paneles de juego
- Juegos de figuras de diferentes alimentos
- Juegos de 12 tarjetones con imágenes de frutas y verduras
- Juegos de 20 Tarjetones con secuencias de actividades diarias

### **METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN**

La Educación para la salud se debe concebir como una actividad continuada en los centros docentes, lo cual no implica que tenga que ser concebida como una asignatura específica. Su metodología debe de ser activa, que implique un acercamiento a diferentes situaciones que ayudarán a los niños/as a definir un estilo de vida saludable, lo que presupone su participación en las tareas (superando el papel de mero receptor).

#### a) Metodología

Se realizarán talleres dirigidos a los niños por alumnos de Dietética y Nutrición y personal sanitario, previamente formados por Técnicos de Higiene de los Alimentos y de Promoción de la Salud que serán los que diseñen los talleres, en colaboración con un educador infantil y un psicopedagogo, en los que los niños aprendan a reconocer los alimentos, manipularlos y elaborar distintos platos. Se realizarán dos talleres:

- Alimentación y nutrición. Alimentación y desarrollo personal.
- Dieta saludable y hábitos alimenticios

### **EVALUACIÓN**

Es preciso mantener un sistema de información de las actuaciones realizadas por los centros, el grado de consecución de los objetivos propuestos y de la calidad y adecuación de los contenidos del propio programa, porque solo de esta manera podremos modificar nuestras intervenciones para hacerlas mas eficaces contribuyendo a mantener y mejorar la salud.

En cuanto a los resultados en obesidad infantil se deben valorar a largo plazo. No cabe esperar cambios significativos en las tasas de obesidad y sobrepeso infantil a corto y medio plazo, no obstante se deben tener monitorizados los indicadores disponibles.

- Reducir en un 5% el porcentaje de niños/as, a los que se detecto sobrepeso u obesidad en el examen de salud escolar de los 3 años, al realizar de nuevo el mismo examen a los 6 años.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Situación actual de obesidad en la Infancia y en la Adolescencia y Estrategias de Prevención.
2. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Actuaciones de prevención y control de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia en la Comunidad Valenciana. Valencia 2004
3. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009
4. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Madrid, 2005
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Nutrición saludable y Prevención de trastornos Alimentarios. Madrid 2005
6. Serra-Majem Ll, Aranceta J, Rodríguez-Santos F. Obesidad Infantil y factores determinantes. Estudio EnKid. (1998-2000)
7. International Obesity Task Force. Obesity in Europe. Childhood Obesity Report. May 2004
8. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Programa de supervisión de Salud Infantil. Informe de Salud del escolar, curso 2004-2005.
9. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan para la Promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada. Sevilla 2004
10. Junta de Andalucía. Consejería de Educación. Programa de Promoción de la Alimentación Saludable en la Escuela. Sevilla 2005
11. Fundación de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Recomendaciones para Prevenir la Obesidad y el Sobrepeso y mantener un buen estado nutricional.
12. Ballabriga A. Nuevos aspectos de la nutrición en la infancia. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Vol. 28. Nº 166.
13. Red Centinela sanitaria de la Comunidad Valenciana.
14. Plan de desarrollo del Departamento 18
15. Consejo Europeo de información sobre alimentación. <http://www.eufic.org/web/index.asp?cust=1&lng>
16. Tesis doctorales en zarza. [www.tdx.cesca.es/TESIS\\_URV/AVAILABLE/TDX-0928105-135857](http://www.tdx.cesca.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0928105-135857)
17. Taller-Exposición NAO® "Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad". Fundación IAB. <http://www.exponao.info/presentacion.htm>
18. Encuesta nacional de Salud 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo
19. <http://www.coolfoodplanet.org/spa/home.htm>

## ANEXO I

1. A diferencia de lo que creían nuestras abuelas, un niño obeso no es sinónimo de un niño sano, ya que se puede estar gordo y mal alimentado.
2. Durante los primeros meses de vida (0-6 meses) la leche materna a demanda es el alimento ideal para el niño, ya que le aporta en cantidades suficientes, todos los nutrientes necesarios.

Esto ayuda a la prevención del sobrepeso.








3. Enseñe a su hijo buenos hábitos alimentarios desde el mismo momento que incorpore nuevos alimentos:
  - Ofrézcale alimentos variados y cada uno de ellos repetidas veces.
  - No sobrealimente al bebé.
  - No añada miel o azúcar a los sus biberones y frutas.
  - No agregue sal a su comida. Si lo hace, que sea sal yodada.
4. En la etapa preescolar y escolar:
  - Adapte su horario a la comida familiar.
  - Evite los "picoteos" entre horas, sobre todo si se trata de alimentos ricos en azúcares y grasas (chuches, bollería, patatas fritas).
  - Evite darle o negarle determinados alimentos como premio o castigo.
  - Acostúmbrele al agua como bebida, en lugar de zumos artificiales y refrescos dulces.
  - Proporciónele una dieta variada rica en verduras y frutas.
  - Fomente el ejercicio físico regular.
  - Limite el tiempo que el niño pasa frente al televisor a menos de dos horas diarias.
  - Evite llevarle a sitios de comida rápida.
  - A partir de los cinco años seleccione lácteos semidesnatados, pues contienen los mismos nutrientes y menos grasa de mala calidad.
  - Desde el primer día de clase, acostumbre a su hijo a tomar un buen desayuno.
5. Utilice buenas técnicas de cocción para toda la familia:
  - Cocine con poca grasa y evite las frituras.
  - Elija siempre la carne que no tenga grasa visible.
6. Enseñe a sus hijos a comer despacio y sin distracciones (TV, videojuegos, etc.)
7. Toda la familia debe implicarse en la práctica de los buenos hábitos alimentarios y en el tratamiento del niño obeso, ya que éste es el marco natural para cualquier aprendizaje.

Además, una alimentación sana es saludable para todos los miembros de la familia, tengan o no sobrepeso.










4.0.1.2.8 Enseñe a su hijo a comer con moderación y variedad: un poco de cada cosa y no mucho de una sola.



RESPECTO AL CONSUMO DE	RECOMENDACIONES
<b>Productos lácteos</b> 	Un elevado consumo, en especial en forma de derivados lácteos, yogures, quesitos y postres lácteos. El niño debe consumir leche (medio litro, al menos, al día). Salvo prescripción médica, no necesita ser descremada. Como complemento o sustituto de un vaso de leche, puede tomarse un yogur o una porción de queso.
<b>Carne</b> 	Suele consumirse todos los días y se abusa de carne de cerdo y embutidos, salchichas y hamburguesas. No es necesario tomar carne todos los días. Conviene alternarla con pescado y hay que procurar que sea de diferentes especies: vacuno, cerdo, pollo, conejo, cordero, etc.
<b>Pescado</b> 	Escaso consumo de pescado. Debe ser estimulado el consumo de pescado, y muy especialmente el llamado pescado azul (pescado graso), como la sardina, caballa, boquerón, etc.
<b>Huevos</b> 	El consumo de huevo aparece bajo dos formas: directo (tortillas y huevos fritos) e indirecto (como ingrediente de salsas, flanes, natillas, bizcochos, etc.). El huevo tiene una excelente proteína, comparable a la de la carne o el pescado. Pero hay que tratar de consumir no más de 4 ó 5 huevos a la semana.
<b>Patatas</b> 	Consumo elevado, especialmente fritas. Debe moderarse su consumo para dar entrada a otras guarniciones de hortalizas y ensaladas.
<b>Legumbres</b> 	Escaso consumo. Debemos estimular el consumo de legumbres ricas en fibra dietética y que tienen, además, proteínas vegetales de buen valor biológico.
<b>Frutas</b> 	Abuso de zumos de frutas, con frecuencia industriales. Escaso consumo de frutas enteras. Se debe insistir para que los niños tomen fruta natural.



RESPECTO AL CONSUMO DE	SITUACIÓN ACTUAL	RECOMENDACIONES
Verduras y ensaladas 	Hay una cierta resistencia a tomar este tipo de alimentos, en especial las verduras.	Conviene acostumbrar a los niños a consumir hortalizas y verduras como plato base y como guarnición de platos de carne, pescado y huevos.
Pan 	Consumo moderado de pan normalizado y alto de panes especiales.	El consumo de pan debe ser recuperado, pues su aporte de hidratos de carbono contribuye al equilibrio de la dieta.
Pastas 	Consumo abundante de macarrones, espaguetis, pizzas, etc.	Hay que moderar este consumo para dar cabida a otro tipo de primeros platos que aporten mayor riqueza nutritiva, especialmente fibra, como legumbres, verduras, hortalizas, etc.
Arroz 	Bien aceptado.	El arroz, como el trigo, son cereales que aceptan buenas combinaciones con otros alimentos, pero es muy importante que se alternen con verduras y hortalizas.
Dulces 	Consumo excesivo de dulces, generalmente elaborados por la industria.	Deben tomarse con moderación.
Refrescos 	Consumo elevado.	Cuando se toman a cualquier hora pueden provocar inapetencia. Debe ser una bebida ocasional.
Grasas 	Consumo alto, en forma de quesos grasos, mantequilla y margarinas aromatizadas, generalmente utilizadas para desayuno y meriendas. Igualmente, grasas contenidas en patés, pastas para untar, pan tipo sandwich y bollos diversos.	La grasa es necesaria para el organismo puesto que aporta vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales, pero su consumo abusivo, en las formas señaladas, provoca rápidamente saciedad e impide el consumo de otros alimentos más necesarios para el crecimiento y la salud del niño. El abuso de grasa no es recomendable en la dieta, puesto que el porcentaje de calorías aportado por este nutriente no debe ser superior al 30% del total.

## ANEXO II

### DIEZ RECOMENDACIONES FUNDAMENTALES PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

#### 1. Disfruta de la comida

Intenta comer alimentos diferentes cada día para gozar de una alimentación variada y disfrutar de ella. Come con tus familiares y amigos.

#### 2. El desayuno es una comida muy importante

Tu cuerpo necesita energía después de dormir, por lo que el desayuno es esencial. Elige para el desayuno alimentos ricos en carbohidratos, como pan, cereales y fruta.

Saltarse comidas, y en especial el desayuno, puede provocar un hambre descontrolada, que muchas veces lleva a comer en exceso. Si no comes nada para desayunar, estarás menos concentrado en el colegio.

#### 3. Come muchos alimentos variados

Consumir muchos alimentos variados todos los días es la mejor receta para gozar de buena salud. Necesitas 40 vitaminas y minerales diferentes para mantenerte sano, y no hay ningún alimento que por sí sólo pueda aportártelos todos. No hay alimentos "buenos" o "malos", así que no tienes porqué dejar de comer las cosas que te gustan. Simplemente asegúrate de que consigues un equilibrio adecuado y come una gran variedad de alimentos. ¡Toma decisiones equilibradas en cada momento!

#### 4. Basa tu alimentación en los carbohidratos

Estos alimentos aportan la energía, las vitaminas y los minerales que necesitas. Algunos alimentos ricos en carbohidratos son la pasta, el pan, los cereales, las frutas y las verduras. Intenta incluir alguno de estos alimentos en cada comida ya que casi la mitad de las calorías de tu dieta deberían provenir de ellos.

#### 5. Come frutas y verduras en cada comida

Puedes disfrutar de las frutas y las verduras en las comidas, o consumirlas como sabrosos tentempiés entre comidas. Estos alimentos aportan vitaminas, minerales y fibra. Deberías intentar consumir 5 raciones de frutas y verduras al día.

#### 6. La grasa

Todos necesitamos incluir algo de grasa en nuestra dieta para conservar una buena salud, pero consumir demasiadas grasas, y en particular grasas saturadas, puede ser malo para nuestra salud. Las grasas saturadas se encuentran en los productos lácteos enteros, los pasteles, bollos, carnes grasas y salchichas. Come de forma equilibrada - si a la hora de la comida consumes alimentos ricos en grasas, intenta tomar alimentos con menos grasas en la cena.

### **7. Los tentempiés**

Picar entre comidas aporta energía y nutrientes. Escoge tentempiés variados, como frutas, sandwiches, galletas, tartas, patatas fritas, frutos secos y chocolate. Asegúrate de que tus elecciones son variadas para mantener el equilibrio en tu dieta, y no comas demasiado, sino no tendrás hambre a la hora de la comida

### **8. Saciar la sed**

Tienes que beber muchos líquidos porque un 50% de tu cuerpo está formado por agua. Se necesitan por lo menos 6 vasos de líquidos al día, e incluso más si hace mucho calor o haces ejercicio. El agua y la leche son excelentes, pero también es divertido variar.

### **9. Cuidate los dientes**

Cuidate los dientes y lávatelos dos veces al día. Los alimentos ricos en almidón o azúcares pueden influir en la aparición de caries si se comen con demasiada frecuencia, así que no picotees o bebas refrescos a todas horas.

### **10. Ponte en movimiento**

Estar en forma es importante para tener un corazón sano y unos huesos fuertes, así que haz ejercicio. Intenta hacer algo de deporte cada día y asegúrate de que te gusta para que seas constante y no dejes de hacerlo. Si tomas demasiadas calorías y no haces suficiente ejercicio puedes engordar. El ejercicio físico moderado te ayudará a quemar las calorías que te sobran. ¡No tienes que ser un atleta para ponerte en marcha!

El presente trabajo ha tenido como fuente la labor realizada por la "Comisión de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana" del Dto. 18 a la que pertenezco. Desde aquí mi gratitud y agradecimiento.

## PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA

<b>I.- Introducción y justificación</b> .....	335
1.- Definición de accidente .....	335
2.- Ahogamiento .....	336
3.- Accidentes de tráfico .....	336
3.1.- Legislación	
<b>II.- Accidentes: como prevenirlos, como actuar</b> .....	337
1.- Golpes y caídas .....	337
1.1.- Como evitarlos	
1.2.- Qué hacer ante:	
1.2.1.- Golpes en la cabeza	
1.2.2.- Golpes en las extremidades	
1.2.3.- Golpes en el tórax o abdomen	
1.2.4.- Golpes en la boca	
2.- Heridas .....	338
2.1.- Como evitarlas	
2.2.- Qué hacer	
3.- Hemorragias .....	338
3.1.- Como evitarlas	
3.2.- Qué hacer	
3.2.1.- Hemorragias por la nariz	
3.2.1.- Hemorragias por el oído	
3.2.3.- Hemorragia por amputación	
4.- Quemaduras .....	339
4.1.- Como evitarlas	
4.2.- Qué hacer	
4.2.1.- En caso de insolación	
4.2.2.- En caso de deshidratación	
4.2.3.- En caso de electrocución	
5.- Intoxicaciones .....	340
5.1.- Como evitarlas	
5.2.- Qué hacer	

6.- Mordeduras y picaduras .....	341
6.1.- Como evitarlas	
6.2.- Qué hacer	
6.2.1.- Mordeduras por animales domésticos o salvajes	
6.2.2.- Mordeduras o picaduras de serpientes	
6.2.3.- Picaduras de insectos	
7.- Cuerpos extraños y atragantamientos .....	342
7.1.- Como evitarlos	
7.2.- Qué hacer	
7.2.1.- Atragantamiento por cuerpo extraño en la garganta	
7.2.2.- Cuerpo extraño en los ojos	
7.2.3.- Cuerpo extraño en la nariz o en los oídos	
8.- Pérdida de conocimiento .....	343
8.1.- Como evitarlo	
8.1.1.- Convulsiones	
8.2.- Qué hacer	
8.2.1.- Pérdida de conocimiento	
8.2.2.- Convulsiones febriles	
8.2.2.- Ataque epiléptico	
9.- Accidentes de tráfico .....	343
9.1.- Como evitarlos	
9.1.1.- Como peatón	
9.1.2.- Como conductor de bicicleta o ciclomotor	
9.1.3.- Como pasajero	
9.2.- Qué hacer	
9.2.1.- Proteger	
9.2.2.- Avisar	
9.2.3.- Socorrer.	
10.- Reanimación cardiopulmonar .....	344
10.1.- Niños mayores (también adultos). Qué hacer. Qué hacer	
10.2.- Niños. Qué hacer	
11.- Conclusión.....	346

## I- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Al hablar de países desarrollados pensamos en cambios sociales, culturales, económicos e industriales entre los que podemos resaltar los avances en el panorama sanitario como la disminución de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida, el control de enfermedades transmisibles, etc. Otra de las proezas de este siglo es el importante descenso de la mortalidad de la infancia, en especial las muertes debidas a enfermedades infecciosas, desnutrición y disminución de la mortalidad en los primeros meses de vida. Sin embargo, lo que no se ha podido evitar aunque se pretende prevenir es que los accidentes infantiles sean en la actualidad una de las primeras causas de muerte en la población infantil y juvenil.

### 1.- DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

“Acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, o acontecimiento independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por un daño corporal o mental”. (OMS, 1958).

En España, los traumatismos son la causa de muerte más frecuente en los niños, provocando más fallecimientos que el cáncer, los defectos congénitos, la neumonía, la meningitis y las enfermedades cardíacas juntas. Incluso entre los bebés menores de un año de edad, cada año se producen casi 1.000 muertes por caídas, quemaduras o ahogos. Sin olvidar los casos de invalidez que las lesiones también pueden causar. De hecho, por cada niño que fallece a causa de alguna lesión, 1.000 sobreviven, pero quedan discapacitados. La curiosidad de los niños suele ser la culpable de unos accidentes que, en general, se pueden evitar. Son más frecuentes cuando el pequeño tiene hambre o está cansado (antes de las comidas o de la siesta), si es muy activo, está bajo el cuidado de una persona diferente a la habitual o vive en un nuevo entorno, como una casa nueva o una residencia de verano. Normalmente ocurren cuando los padres se encuentran ocupados o no son conscientes de los nuevos riesgos que el niño va adquiriendo a medida que crece.

Los accidentes infantiles ocupan el primer lugar como causa de atención a la urgencia hospitalaria y suponen también una importante causa de derivación desde los centros de atención primaria a hospitales. No podemos olvidar que a los servicios de salud sólo acuden aquellos accidentados con lesiones de cierta importancia y, por tanto, son muchos más los accidentes que se producen, unos sin lesiones y otros atendidos en el domicilio o en otros centros.

Según un estudio del departamento de pediatría del Hospital Sant Joan de Deu, de Barcelona realizado en 2004, algo más de la mitad (55%) de los menores de 10 años no estaban bajo ningún tipo de vigilancia o supervisión adulta en el momento del accidente y el 40% de los niños que sí estaban vigilados no realizaban actividades seguras y adecuadas para su edad. Según los mismos datos, el 65% de los accidentes de los niños menores de seis años ocurre en el hogar, porcentaje que se traslada a la vía pública a partir de los diez años de edad. Además, la mayoría de los accidentes ocurren entre los 5 y 9 años y son los niños los más dados a padecerlos.

Ante la importancia de todas estas cifras es recomendable vigilar, estar atento a las actividades del niño y no inducir conductas temerarias, pero tampoco miedo, porque también es importante que aprenda a conocer dónde está el peligro sin sobreprotegerle.

De entre todos los accidentes dos son destacables para merecer mención aparte, uno por sus consecuencias fatales, el ahogamiento, y otro por ser el más numeroso en la sociedad actual, los accidentes de tráfico.

## 2.- AHOGAMIENTO

Cada verano entre 70 y 100 niños fallecen ahogados en nuestras playas y piscinas. Estas cifras podrían reducirse con una mayor atención y vigilancia por parte de los adultos. Nunca hay que dejar que los niños se bañen en una piscina sin supervisión, aunque tengan manguitos o flotador, pues puede ocurrir que se desinflen, se rompan o que el niño se salga de ellos. Además, hay que vaciar las piscinas de plástico después del baño, pues si se deja llena y sin vigilancia, algún niño se puede ahogar. Los pediatras inciden además en que todas las piscinas públicas y privadas deberían estar rodeadas por una valla alta y tener una cerradura de seguridad que impida el acceso a los niños cuando no haya un adulto vigilando y, por supuesto, no debe haber objetos cercanos que puedan ayudar a saltar la valla. También deben extremarse las medidas de seguridad en el mar.

## 3.- ACCIDENTES DE TRÁFICO

UNICEF asegura que el tráfico es la causa del 45% de las muertes infantiles en los países industrializados. La probabilidad de que un niño muera en un accidente de tráfico se multiplica por cinco y la de sufrir lesiones graves es casi tres veces superior, cuando el pequeño va "suelto", es decir, cuando no se usa ningún sistema de retención infantil. Los viajes con niños deben planificarse para su descanso. Se evitará que los niños se aburran e intenten jugar dentro del coche sacando la cabeza, las manos o los brazos fuera del automóvil. Es aconsejable viajar durante las horas más frescas del día para que los niños puedan ir durmiendo y planear el trayecto en dos etapas cuando se vaya acompañado de un bebé. Además, "deben utilizarse elementos de retención homologados y adecuados al peso y estatura del niño, hasta que alcance los 36 kilos de peso o 1,50 centímetros de estatura (en torno a los 12 años de edad), momento a partir del cual deben utilizar el cinturón de seguridad". Es importante tener presente que un niño que no lleve cinturón o no está protegido correctamente en el asiento de seguridad puede ser la única víctima a consecuencia



de un frenazo súbito que no llega a provocar lesiones a los demás pasajeros del automóvil.

### 3.1.- Legislación

La legislación hace obligatorio, desde 1992, el uso de dispositivos especiales de seguridad para menores de 12 años. Éstos deben elegirse en función del peso y edad de los niños. Está demostrado que los sistemas de retención infantil son con diferencia, más eficaces que los cinturones de seguridad para los adultos:

- La eficacia en los adultos para evitar muertes llega a un 60%
- El uso adecuado de los sistemas de retención infantil mirando hacia detrás puede llegar a prevenir hasta un 96% de todas las lesiones graves y mortales de los niños.

El Parlamento Europeo prohíbe que los menores de tres años viajen en coche sin sillita de seguridad. Estos son los puntos básicos:

- Si el vehículo no dispone de dispositivos de seguridad adecuados, no podrán viajar en ellos menores de tres años.
- Los niños de estatura inferior a 150 cm., utilizarán asientos especiales anclados al bastidor del coche, irán sentados en cojines o con sistemas que regulen la altura del cinturón. El límite podrá ser 135 cm. en los países que lo decidan.
- En los taxis la decisión dependerá del país, pero los niños viajarán en las plazas traseras.

El Reglamento de Circulación español (BOE n.27 1992) en su artículo 10, relativo al emplazamiento y acondicionamiento de las personas en los vehículos a motor refiere, en su punto 1:

«Queda prohibido circular con menores de doce años situados en los asientos delanteros del vehículo, salvo que utilicen asientos de seguridad para menores u otros dispositivos concebidos específicamente para ello y debidamente homologados al efecto».

## II.- ACCIDENTES: COMO PREVENIRLOS, COMO ACTUAR

Son muchas las medidas que se pueden adoptar para proteger a los más pequeños o una vez producido el accidente, saber qué actitudes son correctas y cuales contraproducentes. De las medidas a tomar para prevenirlos y los consejos más importantes que los sanitarios debemos transmitir a la sociedad para que sepan como actuar ante ellos se detalla a continuación.

### 1.- GOLPES Y CAIDAS

#### 1.1.- Como evitarlos

- Si un niño está sobre una superficie elevada: cambiadores, tronas, etc, siempre debe haber un adulto con él, colocar barandillas altas o cierres de seguridad en los lugares peligrosos como ventanas, escaleras, balcones...

- Proteger los suelos resbaladizos como la bañera poniendo un material antideslizante en el suelo, evitar pisar los suelos mojados, las alfombras pequeñas, etc
- Utilizar el equipo protector adecuado a cada actividad física como calzado adecuado, casco, o rodilleras.

## **1.2.- Qué hacer ante**

### **1.2.1.- Golpes en la cabeza:**

• Si durante el golpe hay pérdida de conciencia, vómito o sangra por la nariz o el oído se debe acudir al hospital. Si parece una simple contusión poner frío local y observar.

### **1.2.2.- Golpes en las extremidades:**

• Si hay deformidad, dificultad en el movimiento o fuerte dolor, acudir a un centro de urgencias con la extremidad inmovilizada.

### **1.2.3.- Golpes en el tórax o abdomen:**

• Si hay dificultad respiratoria trasladar al accidentado a urgencias tumbado sobre el lado lesionado, con la cabeza y los hombros más altos.

• Si el dolor parece intenso, trasladarlo boca arriba y con las piernas flexionadas o adoptando la postura en que se sienta menos dolor.

### **1.2.4.- Golpes en la boca:**

• Si se ha roto un diente, conservarlo en la saliva del niño, leche o suero. Si ha salido entero intentar meterlo en el hueco que ha dejado y acudir al dentista.

## **2.- HERIDAS**

### **2.1.- Como evitarlas**

- Enseñar a los niños a utilizar o protegerse al usar objetos cortantes o punzantes y lo mismo con aparatos como ventiladores, batidoras, etc.
- Proteger las esquinas de las mesas y los muebles de cristal bajos

### **2.2.- Qué hacer**

• Lavar la herida con agua y jabón o suero fisiológico, desinfectar con yodo, cubrir con apósito o venda si es preciso.

• Si la herida es extensa o profunda, está en la cara, ojos o en los orificios naturales, siempre hay que acudir al médico antes de seis horas.

- COMPROBAR EL ESTADO DE VACUNACIÓN CONTRA EL TÉTANOS

## **3. - HEMORRAGIAS**

### **3.1.- Como evitarlas**

- No introducir ningún objeto - ni los dedos - en la nariz u oídos.
- Recordar los consejos para evitar las heridas y comprobar la vacunación antitetánica.

### 3.2.- Qué hacer

Tumbar y tranquilizar al herido, cubrir la herida con gasa o un paño limpio y hacer compresión. Si la herida está en una extremidad elevarla por encima del corazón.

#### 3.2.1.- Hemorragia por la nariz:

- Pinzarla con los dedos durante 10 ó 15 minutos con la cabeza derecha. Si la hemorragia no cede acudir a urgencias. Si hay sospecha de fractura no tocarla y acudir a urgencias con el herido sentado.

#### 3.2.2.- Hemorragia por el oído:

- Cubrir con gasa o paño limpio y acudir a un centro de urgencias.

#### 3.2.3.- Hemorragia por amputación:

- Conservar la parte amputada en una bolsa de plástico, bien cerrada, dentro de un recipiente de hielo y acudir urgentemente al hospital.

## 4.- QUEMADURAS

### 4.1.- Como evitarlas

- Ser prudente ante actividades con el fuego y enseñar a los niños su manejo y su peligro. No dejar nunca cerillas, mecheros o cigarrillos encendidos a su alcance.
- Procurar que los niños no entren en la cocina mientras se trabaja en ella. Si no se puede evitar poner los mangos de las sartenes o cazos hacia adentro y protectores en la cocina o el horno si el niño los puede tocar.
- Comprobar la temperatura de los líquidos calentados en el microondas y del agua del baño.
- Evitar el contacto con estufas, calefactores, chimeneas, planchas, etc, situándolos lejos de objetos combustibles (cortinas, alfombras,...)
- Al manipular aparatos eléctricos, asegurarse de que están desenchufados y las manos secas. No sobrecargue los enchufes y ponga protectores si hay niños pequeños en la casa.
- En épocas calurosas protegerse del sol con cremas con filtro solar y gorros y no exponerse a la radiación solar en las horas centrales del día ( de 12 a 16h).

### 4.2.- Qué hacer

- Lo primero apartar el fuego.
- A las quemaduras hay que echarles agua fría, a chorro durante 10 ó 15 minutos, desinfectar y cubrir con gasa vaselinizada. Ante cualquier duda acudir a un centro sanitario.
- Si se produce por una llama que prende la ropa hay que impedir que el quemado corra, pues se avivaría el fuego. Se la envuelve en una prenda amplia de abrigo o se le tira al suelo y se le revuelca por él. A continuación se le moja con agua fresca, se

le envuelve en una tela limpia y se le traslada al hospital. No se le debe quitar nunca la ropa.

- Si la quemadura se ha producido por un producto corrosivo (lejía, sosa, amoníaco, etc), retire la ropa y lave al accidentado con agua abundante. Si el tóxico ha caído en los ojos, láveselos con agua o suero fisiológico en abundancia, tapar ambos ojos y acudir a urgencias.

#### **4.2.1.- En caso de insolación**

- Aplicar compresas de agua fría en la cabeza, dar agua fresca (no helada) y llevarle al hospital.

#### **4.2.2.- En caso de deshidratación**

- Las altas temperaturas, la exposición al sol y el aumento de la actividad física del niño durante las vacaciones estivales aumentan de forma significativa el riesgo de deshidratación entre los más pequeños de la casa, más que en los adultos. Si se quiere evitar su aparición, se ha de proteger al niño de la exposición al sol y aportarle suficiente cantidad de líquido. "Cuando se presenta una situación de este tipo lo primero que hay que hacer es poner al niño en la sombra, en un sitio fresco y ventilado de forma inmediata; darle agua para beber y, si se observan calambres, náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, dolor de cabeza o fatiga, acudir rápidamente a un servicio de urgencias", explica el doctor Casanova.

#### **4.2.3.- En caso de electrocución**

- Desconectar la red general o apartar al accidentado de la fuente de electricidad utilizando un objeto aislante como un palo, una toalla seca, etc y llevarle al hospital.
- Si no respira o no tiene pulso proceder como se describe en los apartados de respiración artificial y reanimación cardiopulmonar.

### **5.- INTOXICACIONES**

#### **5.1.- Como evitarlas**

- Guardar los medicamentos y productos de limpieza en su envase original para evitar confusiones y fuera del alcance de los niños.
- Poner las bebidas alcohólicas, los productos tóxicos como pinturas, barnices, de la limpieza, ... fuera del alcance de los niños.
- Comprobar la fecha de caducidad y las abolladuras de las latas de conserva.
- Revisar la instalación de gas periódicamente y cerrar la llave de paso cuando no se esté utilizando.

#### **5.2.- Qué hacer**

- Ante la ingestión (o sospecha) de un producto tóxico: medicamentos, alcohol, limpiadores,... llamar al: INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA. Telf. 91 562 04 20 y decir exactamente de que sustancia se trata.

- No provocar el vómito ni administrar comidas, bebidas o medicamentos hasta que el técnico se lo indique.
- Si se acude al hospital llevar la máxima información posible.
- Si se ha respirado un gas tóxico: pegamentos, pinturas,... sacar al accidentado de la habitación, abrir las ventanas e indicarle que respire despacio. Ante cualquier duda acudir al hospital

## 6.- MORDEDURAS Y PICADURAS

### 6.1.- Como evitarlas

- Enseñar a los niños a tratar a los animales y tener a los de casa correctamente vacunados.
- En el campo llevar calzado adecuado, mirar donde se pisa y no levantar piedras ni introducir la mano en agujeros oscuros.

### 6.2.- Qué hacer

#### 6.2.1.- Mordeduras por animales domésticos o salvajes

- Lavar la herida con agua y jabón, desinfectar con yodo y acudir a un centro de urgencias. Revisar el estado de vacunación
- Procurar identificar o retener al animal.

#### 6.2.2.- Mordeduras o picaduras de serpientes

- Lavar como el caso anterior y si es posible aplicar hielo
- Mantener al herido en reposo y trasladarlo con urgencia al hospital en posición sentada.
- NO intentar sacar el veneno chupando o abriendo la herida.

#### 6.2.3.- Picaduras de insectos

- Vigile que no haya algún avispero o panal de abejas cerca, ya que en esta época del año son muy frecuentes.
- Evite que el niño utilice jabones, desodorante y champúes perfumados.
- Procure utilizar ropas claras, que atraen mucho menos a los insectos que las ropas oscuras.
- Si le picara, trate primero de identificar el insecto causante y si el niño presenta una sola picadura o varias y retire anillos, cadenas, pulseras, etc. de la zona afectada por si se produce una inflamación. Seguidamente, lave la zona con agua y jabón y aplique frío para tratar de limitar la inflamación y la absorción del veneno si se produce una reacción local importante; por el contrario, aplique calor si lo que predomina es el dolor. Vigile la reacción de la piel y el estado general del niño y, ante cualquier signo alarmante de una reacción más grave, acuda a un servicio de urgencias.
- Aplicar agua fría, hielo o amoníaco de farmacia.

Acuda rápidamente al hospital si la mordedura o picadura ha sido en la CARA O CUELLO o si se nota DIFICULTAD PARA RESPIRAR o se produce ENROJECIMIENTO GENERALIZADO DE LA PIEL.

## 7.- CUERPOS EXTRAÑOS Y ATRAGANTAMIENTOS

### 7.1.- Como evitarlos

- Tener cuidado con los objetos pequeños que quedan al alcance de los niños así como los juguetes desmontables, pues todo se lo llevan a la boca.
- Evitar que los niños jueguen con bolsas de plástico por peligro de asfixia.
- Evitar que los menores de 3 años coman frutos secos, acostumarlos a masticar bien y no forzarles a comer cuando lloran o juegan pues pueden atragantarse.

### 7.2.- Qué hacer

#### 7.2.1.- Atragantamiento por cuerpo extraño en la garganta.

Pueden darse dos situaciones:

1. El accidentado habla, tose y respira aunque sea con dificultad. Decirle que tosa fuerte, pero sin dar golpes y sin intentar sacar el objeto, en ambos casos se podría introducir más.
2. El accidentado no puede respirar, es una situación de extrema urgencia.

- Si se trata de un niño pequeño ponerlo sobre el antebrazo, con la cabeza inclinada hacia abajo y déle 5 golpes con el talón de la mano en el centro de la espalda. Después dándole la vuelta, otros 5 en el esternón.
- Si es un adulto o niño mayor y está consciente, puede rodearle con los brazos poniendo la mano cerrada, en un puño, justo por encima del ombligo y colocar la otra encima; realizar varias presiones rápidas y vigorosas, hacia arriba y hacia adentro.
- Si es adulto y está inconsciente tumbarlo en el suelo boca arriba. Colóquese apoyado sobre las rodillas y con una pierna a cada lado del accidentado y las manos una sobre otra situadas por encima del ombligo para realizar presiones bruscas y secas hacia arriba (hacia la cabeza de la víctima).
- Si consigue que salga el cuerpo extraño y la persona continua sin respiración, inicie la técnica de boca a boca explicada en reanimación cardiopulmonar.

#### 7.2.2.- Cuerpo extraño en los ojos

- Lavar con abundante agua fría. Si la molestia no cede acudir a un centro de urgencias.
- NO DEBE restregar los ojos ni intentar quitar el objeto, ni echar pomadas o colirios.

#### 7.2.3.- Cuerpo extraño en la nariz o en los oídos

- Acudir a un centro de urgencias sin intentar nada, salvo que sea un insecto en el oído; en este caso, eche una gota de agua o de aceite para ahogarlo y acudir a urgencias.

## 8.- PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO

### 8.1.- Como evitarlo

- Ante la sensación de mareo o desmayo tumbarse boca arriba y con las piernas elevadas. Si no es posible, sentarse y agachar la cabeza entre las piernas. La respiración debe ser profunda y tranquila.

#### 8.1.1.- Convulsiones

- Si se trata de un menor de 5 años y con fiebre por encima de 38°C, intentar bajar la temperatura con los antitérmicos recomendados por su pediatra. Si no cede bañarle en agua tibia (37 °C) durante 10 minutos.

- Si el niño ha padecido en alguna ocasión convulsiones por fiebre o epilepsia, notificarlo al colegio y siempre que vaya a pasar temporadas fuera de casa. Lo mismo si precisa tomar una medicación y como administrarla.

### 8.2.- Qué hacer

#### 8.2.1.- Perdida de conocimiento

- Tumbarlo boca arriba, con las piernas elevadas. Si a los pocos minutos no recobra la conciencia o se encuentra mal, acudir a un centro de urgencias.

- Al despertar si dice que lleva tiempo sin comer se le puede dar un vaso de agua con azúcar o un zumo.

#### 8.2.2.- Convulsiones febriles

- Dejar al niño en ropa interior y ponerle paños de agua tibia. Acudir a urgencias

#### 8.2.3.- Ataques epilépticos

- Dejarlo moverse sin intentar sujetarlo, podría producirle fracturas.

- Retirar los objetos a su alrededor con los que pueda golpearse.

- Ponerle una prenda de vestir o cojín bajo la cabeza.

- No introducirle objetos en la boca y si la tiene cerrada no intentar abrirla.

- Al terminar el ataque trasladarle al hospital.

## 9. - ACCIDENTES DE TRÁFICO

### 9.1.- Como evitarlos

#### 9.1.1.- Como peatón

- En carreteras o calles sin acera camine en sentido contrario al de la circulación para ver mejor y evitar atropellos.

- Dar la mano a los niños para cruzar la calle y enseñarle a respetar las señales de tráfico.

#### 9.1.2.- Como conductor de bicicletas o ciclomotores

- Llevar ropa bien visible tanto de día como de noche. Es recomendable el uso de casco y de algún material reflectante. En ciclomotores es obligatorio el uso de casco.

- En carretera circular por el arcén o carril bici, si existe, o lo más cerca posible al borde derecho de la calzada.
- Advertir con antelación la maniobra que se va a realizar, no soltar las manos del manillar ni agarrarse a otros vehículos.

### 9.1.3.- Como pasajero

- Los niños deben ir bien sujetos cuando viajan en automóvil.
- Hasta el año de edad o los 9kg de peso puede ir en su silla especial para automóvil en el asiento delantero, en sentido contrario al de la marcha (excepto en coches con "air bag" de acompañante).
- Hasta los 4 ó 5 años el niño se sentará (siempre con el cinturón de seguridad puesto), en su silla especial en el asiento trasero.
- A partir de esta edad el niño siempre irá sentado atrás con el cinturón de seguridad abrochado. Hasta que el cinturón no le pase por el hombro, se le pondrá un cojín especial para elevarlo y que el cinturón no le roce el cuello.
- Utilizar materiales (sillas, cojines) homologados y seguir escrupulosamente las instrucciones de uso e instalación que recomiende el fabricante.
- Impedir que el niño saque fuera del coche los brazos u otra parte del cuerpo.
- El uso del cinturón de seguridad es obligatorio.

## **9.2.- Qué hacer**

### 9.2.1.- Proteger

- En caso de accidente adoptar las precauciones necesarias para evitar que se produzca un nuevo accidente.

### 9.2.2.- Avisar

- En los accidentes graves, NO MOVER a la víctima salvo que exista grave riesgo para su seguridad (incendio, explosión, atropello, etc.). Llamar inmediatamente al servicio de urgencias.

### 9.2.3.- Socorrer

- Si está inconsciente realizar las maniobras de reanimación cardiopulmonar detalladas más abajo.
- Si hay hemorragias o heridas proceder como se recomienda en el apartado correspondiente mientras llega la ambulancia.
- Arropar a la víctima para evitar el enfriamiento.

## **10.- REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR**

### **10.1.- Niños mayores (también adultos). Qué hacer**

1. Compruebe que realmente está inconsciente: grítele y sacúdale suavemente.
2. Pida ayuda al servicio de emergencias.



3. Colóquelo tumbado, en una superficie lisa y dura, con los brazos a lo largo del cuerpo.
4. Ábrale la vía aérea, colocando una mano sobre la frente para extenderle el cuello y, con los dedos de la otra mano, levántele la mandíbula. En caso de que haya sufrido un accidente o una caída evite moverle el cuello, sólo levante la mandíbula.
5. Retire cualquier cuerpo extraño (caramelo,...) que pueda encontrarse en la boca
6. Compruebe que realmente no respira, para lo cual coloque su oído sobre la boca de la víctima, para sentir la respiración y mírele el cuerpo para observar si se eleva el tórax con la entrada de aire.
7. Si respira, continúe observando a la víctima hasta la llegada de los servicios de emergencia.
8. Si no respira, compruebe si tiene pulso.
  - Si no respira pero sí tiene pulso, inicie la RESPIRACIÓN BOCA A BOCA: una vez abierta la vía aérea, píncele la nariz con dos dedos de la mano que sujeta la frente; coja aire, adapte su boca a la de la víctima y realice insuflaciones lentas y seguidas mirándole el tórax para comprobar que se eleva. Mantenga un ritmo de 10 por minuto y compruebe, cada minuto que sigue habiendo pulso
  - Si no respira y no tiene pulso, además habrá que comenzar con el MASAJE CARDIO-PULMONAR, para lo cual:
9. Localice el punto de compresión para el masaje, que se sitúa en la mitad inferior del esternón. Ponga el talón de una mano sobre esta zona y coloque la otra mano encima, entrelazando los dedos y evitando que estos toquen el pecho.
10. Inicie el masaje cardíaco: comprima el esternón haciéndolo descender 4-5 cm., a un ritmo aproximado de 80 compresiones por minuto. Deberá intercalar 2 insuflaciones de aire cada 15 de masaje. Si son dos reanimadores, uno se ocupará del masaje y otro de la respiración.
11. Periódicamente compruebe la recuperación del pulso y de la respiración. Mantenga la reanimación hasta la llegada de los Servicios de Emergencia. Si se recupera colóquelo a la víctima en posición lateral de seguridad.

## 10.2.- Niños. Qué hacer

1. Compruebe que está inconsciente o con pequeños estímulos (pellizcos,...); evite moverle la cabeza o cuello si sospecha que ha sufrido un golpe o caída.
2. Pedir ayuda al Sistema de Emergencias evitando dejar al niño solo e inicie las siguientes maniobras:
3. Colóquelo tumbado boca arriba, en una superficie lisa y dura, con los brazos a lo largo del cuerpo.
4. Ábrale la vía aérea con una mano sobre la frente para extenderle el cuello ligeramente y con los dedos de la otra mano levante la mandíbula. En caso de que haya sufrido un accidente o una caída evite moverle el cuello.
5. Compruebe que realmente no respira, para lo cual coloque su oído sobre la boca y nariz del niño, para sentir la respiración y mírele el cuerpo para observar si se eleva el tórax con la entrada de aire.

6. Si no respira, se iniciará la RESPIRACIÓN BOCA A BOCA: una vez abierta la vía aérea, píncele la nariz con dos dedos de la mano que sujeta la frente; coja aire, adapte su boca a la del niño (en los lactantes la boca del socorrista debe abarcar la boca y la nariz del niño) y realice 5 insuflaciones de aire lentas y seguidas mirándole el tórax para comprobar que se eleva con la entrada de aire.
7. Compruebe el pulso, lo que se realiza en los niños mayores de un año tocando con los dedos índice y medio en el cuello, junto a la nuez (como en el adulto); y en los lactantes, en la parte interna del brazo.
  - Si tiene pulso siga ventilando a un ritmo aproximado de 20 insuflaciones por minuto.
  - Si no tiene pulso inicie el MASAJE CARDIACO para lo cual:
8. Localice el punto de compresión, que se encuentra en la parte media del esternón.
  - En el lactante menor de un año apoye dos dedos en esta zona y comprima hacia abajo a un ritmo de 100 por minuto.
  - Si el niño es mayor de 8 años, se realizará con las dos manos como en el adulto.
9. Coordine la ventilación con el masaje cardíaco dé tal forma que de 5 compresiones y 1 insuflación. Si se hace entre dos personas, una se ocupará del masaje y otra de la respiración.
10. Cada 2 minutos se debe comprobar si el niño ha recuperado la respiración espontánea y/o el pulso.
11. Asegúrese de que alguien avisó al Sistema de Emergencias.

## 11.- CONCLUSIÓN

Los accidentes infantiles son un importante problema de salud pública desde el primer año de vida. Toda la población incluida en el grupo de 1 a 14 años es susceptible de padecerlos, pero en la génesis de los accidentes participan una serie de elementos, de cuyo conocimiento profundo pueden desprenderse medidas y actuaciones que disminuyan su frecuencia y trascendencia.

Los accidentes de tráfico suponen uno de los principales problemas en la edad infantil y juvenil seguido por otros como quemaduras, intoxicaciones y caídas que le siguen en importancia y los ahogamientos por inmersión que destacan como se dijo al principio por sus graves consecuencias.

Por último, decir, que para lograr un buen conocimiento de este problema, es necesario contar con buenos registros, tanto para poder valorar sus consecuencias, como para estudiar a fondo todos los elementos que intervienen en la génesis de los accidentes.

La mayoría de los casos podrían evitarse estando atento a las actividades del niño y no permitiéndoles conductas temerarias.

## VACUNACIONES EN LA INFANCIA

1.- Introducción y objeto del capítulo .....	349
2.- Definición y clasificación .....	349
2.1.- Vacuna	
2.2.- Vacunación	
2.3.- Clasificación de las vacunas según su composición y presentaciones	
2.3.1.- Vacunas vivas (atenuadas)	
2.3.2.- Vacunas muertas o inactivadas	
3.- Estrategias vacunales.....	350
3.1.- Estrategias sistémicas de vacunación	
3.2.- Estrategias no sistémicas de vacunación	
4.- Calendario vacunal .....	351
5.- Manejo de la anafilaxia .....	352
6.- Vacunación infantil.....	352
7.- Registro de vacunaciones.....	353
8.- Perspectivas de futuro.....	353
9.- La importancia de la logística de las vacunas.....	353
9.1.- Cadena de frío	
9.2.- Recursos materiales en la cadena de frío	
9.2.1.- Cámaras frigoríficas	
9.2.2.- Frigoríficos y congeladores	
9.2.3.- Acumuladores de frío bolsas de ice-packs	
9.2.4.- Contenedores con aislamiento térmico	
9.2.5.- Neveras portátiles	
9.2.6.- Termómetros	
10.- Contribución de la enfermera en el proceso de la inmunización.....	355
10.1.- ¿Dónde se inmuniza?	
10.2.- ¿Quién inmuniza?	
10.2.1.- Como administradora	
10.2.2.- Como agente asistencial	
10.2.3.- Como personal docente	
10.2.4.- Como investigadora	
11.- Calendario de vacunaciones sistémicas.....	357

12.- Vacunas sistémicas .....	357
12.1.- Vacuna antidifteria	
12.2.- Vacuna antihepatitis B	
12.3.- Vacuna antiparotiditis	
12.4.- Vacuna antipoliomielítica	
12.5.- Vacuna antirrubéólica	
12.6.- Vacuna del sarampión	
12.7.- Vacuna antitetánica	
Anexo: Vacuna frente al virus del papiloma humano .....	360

## 1.- INTRODUCCIÓN

Las Instituciones Sanitarias en su responsabilidad de la asistencia en Salud a la población tienen en sus estrategias de Salud Pública una de las principales tareas de las que les son competencia. Las campañas de vacunación poblacional son papel estelar en esta línea de asistencia. Con la inmunización de la población infantil se pretende conseguir el control de las enfermedades transmisibles impidiendo la aparición de las mismas y por tanto de transmitirla.

Durante la última década se ha conseguido elevar la protección en la población infantil hasta niveles suficientes para interrumpir la circulación de los virus del sarampión, rubéola y parotiditis, siendo posible eliminar en un futuro cercano estas enfermedades. Es necesario pues mantener y mejorar la calidad en la aplicación del calendario vacunal infantil.

El objetivo de las estrategias inmunización poblacional es proteger a la población infantil de enfermedades transmisibles mediante la administración de vacunas.

## 2.- DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

### 2.1.- Vacuna:

Se entiende como vacuna cualquier agente, generalmente de origen biológico, que administrado por cualquier vía es capaz de inducir una reacción de carácter inmunológico de manera que cualquier contacto posterior con el germen contra el que está dirigida la vacuna supone una respuesta suficiente del organismo, de manera que se evita la enfermedad o se mitigan sus consecuencias.

### 2.2.- Vacunación:

Se refiere al acto físico de la administración de la vacuna.

### 2.3.- Clasificación de las vacunas según su composición y presentaciones:

Las vacunas disponibles se pueden clasificar según diversos criterios. Dependiendo del origen pueden ser víricas o bacterianas; que, a su vez se pueden clasificar en: vivas atenuadas, muertas o inactivadas, y toxoides. Los toxoides se clasifican en vacunas enteras, cuando contienen el virus o las bacterias completas o de subunidades, cuando contienen antígenos purificados o fraccionados. Por la composición cualquier vacuna será monovalente, polivalente o combinada; y por su uso sanitario, sistemáticas o no sistemáticas. El comportamiento de estos productos esta determinado por su naturaleza, según se explica a continuación:

### 2.3.1.- Vacunas vivas (atenuadas):

- Formadas por gérmenes que producen la enfermedad. Son gérmenes atenuados mediante pases sucesivos en series celulares, de manera que son capaces de generar inmunidad sin producir la enfermedad bajo circunstancias normales.
- Inducen anticuerpos y respuestas de células T citotóxicas. Por esta razón debería ser suficiente una sola dosis, y no requerir adyuvantes. Sin embargo, suelen administrarse en más de una ocasión, fundamentalmente, para asegurar una mayor tasa de respuesta (sarampión o varicela).
- Son menos estables. De hecho, pueden estar demasiado atenuadas y no conferir inmunidad.
- Excepcionalmente pueden recuperar su capacidad de producir la enfermedad, un buen ejemplo serían los casos de polio postvacunal.

### 2.3.2.- Vacunas muertas o inactivadas:

- Pueden elaborarse a partir de microorganismos totalmente virulentos. Células enteras inactivadas mediante métodos físicos (calor) o químicos (formol, b-propiolactona). En otros casos se utilizarán antígenos toxoides; fracciones víricas, caso de la Hepatitis B o de la vacuna fraccional de la gripe.
- Al tratarse de organismos sin capacidad de reproducirse, o fragmentos, suelen administrarse en varias dosis con intervalos mínimos entre las mismas. Necesitan un gran número de microorganismos. Se administran por vía parenteral. Requieren adyuvantes. Tienden a ser más estables y, por supuesto, no es posible la difusión de la enfermedad a los no vacunados.

## **3.- ESTRATEGIAS VACUNALES**

Sólo se consigue proteger adecuadamente a nuestros pacientes si empleamos, para cada caso, las estrategias adecuadas, lo mismo sucederá a escala poblacional, donde es necesaria una inmunidad de grupo suficiente para el control de las enfermedades vacunables, que sólo se consigue con coberturas de vacunación elevadas.

### **3.1.- Estrategias sistemáticas de vacunación:**

Se basa en la administración a toda la población de vacunas que han demostrado ser eficaces contra las enfermedades transmisibles de reservorio humano y transmisión interhumana (difteria, tos ferina, poliomielitis, sarampión rubéola, parotiditis, hepatitis B, Haemophilus influenza tipo b). La mayoría se caracterizan por ser teóricamente eliminables, en caso de interrumpir la cadena de transmisión, al disminuir el número de personas susceptibles de padecer la enfermedad (en adelante se nombrarán como "susceptibles"), de forma que se reducirá al mínimo la probabilidad de contacto entre infectados o susceptibles. La vacuna frente al tétanos es una clara excepción a esta norma, dado que aporta beneficios exclusivamente al que la recibe y el reservorio del germen es telúrico.

Persiguen los siguientes objetivos epidemiológicos:

- Proteger a susceptibles
- Obtener inmunidad de grupo para interrumpir la transmisión de enfermedad
- Disminuir la incidencia, controlar, eliminar y finalmente, erradicar la enfermedad.

Forman parte de las políticas de salud:

- Se apoyan en la Atención Primaria
- Se aplican mediante programas
- Son de financiación pública y gratuita
- Se sigue un calendario vacunal

Hasta la fecha se ha excluido a los adultos de esta estrategia, con la excepción de la recomendación de la vacuna frente al tétanos y difteria, cada diez años y la recomendación de vacunación anual frente a la gripe, a los mayores de 65 años.

### **3.2.- Estrategias no sistemáticas de vacunación:**

Se basa en la administración de vacunas que son de interés individual, únicamente están indicadas en las personas con un mayor riesgo de contraer la enfermedad, o por sus circunstancias, de mayores complicaciones en caso de padecerla. Se suelen aplicar bajo prescripción médica, y son las vacunaciones que suelen considerarse como típicas del adulto, por ejemplo:

- Indicadas según circunstancias individuales o ambientales: enfermedad, riesgo laboral, exposición de riesgo u otras: antirrábica, BCG, neumocócica, antigripal, rubéola, tifoidea, hepatitis A y hepatitis B.
- Indicadas según circunstancias epidemiológicas: meningocócica A-C, hepatitis A.
- Exigidas en ciertos viajes internacionales: fiebre amarilla, meningocócica.

## **4.- CALENDARIO VACUNAL**

Se entiende por calendario vacunal la secuencia cronológica de vacunas que se administra sistemáticamente en un país o área geográfica y cuyo fin es el obtener una inmunización adecuada de la población frente a las enfermedades para las que se dispone de una vacuna eficaz.

El calendario vacunal debe ser: eficaz, en términos de uso de vacunas que protejan frente a las enfermedades que abarca; sencillo en cuanto a simplificar al máximo las dosis y las visitas médicas que precisa y que permita dictar recomendaciones claras y concisas; aceptado ampliamente por los médicos y la sociedad; adaptado a las necesidades de la población y la epidemiología local; unificado para el área geográfica donde se aplica; y actualizado periódicamente en función de la aparición de nuevas vacunas y la modificación de la epidemiología.

En España las Comunidades Autónomas tienen potestad para diseñar y aplicar su propio calendario vacunal, y aunque recientemente se están unificando los criterios, todavía existen variaciones importantes entre estas. Es deseable, dadas las mínimas diferencias epi-

demiológicas entre las Comunidades, conseguir un calendario unificado para todos los niños españoles.

## 5.- MANEJO DE LA ANAFILAXIA

La anafilaxia es uno de los efectos adversos más raros y graves que pueden observarse después de la vacunación, su frecuencia es de 1 por 200.000 dosis administradas.

La prevención es la mejor estrategia en el manejo de esta situación. Se debe preguntar en el acto de la vacunación por la existencia de posibles alergias a los componentes de la misma.

En los casos de anafilaxia la sintomatología se desarrolla progresivamente a lo largo de varios minutos. Afecta a varios sistemas (piel, aparato respiratorio y circulatorio). La pérdida de conciencia no es la única manifestación y ocurrirá como un evento tardío y en los casos más graves. Frecuentemente aparecerá un exantema urticariforme pruriginoso (+90% de los casos), hinchazón progresiva e indolora de la cara y labios (angioedema) que puede ser precedido de picor, lagrimeo, congestión nasal y rubefacción facial. Los síntomas respiratorios que aparecerán son estornudos, tos, sibilancias y disnea; en situaciones finales puede aparecer edema de vías aéreas superiores con afonía y posible disfagia que puede llegar a causar obstrucción de vías aéreas. De aparición tardía es la hipotensión, de aparición tardía, que puede progresar a shock.

La anafilaxia debe ser diferenciada del síndrome vaso-vagal, de la apnea voluntaria y de la crisis de ansiedad que son reacciones leves y relativamente frecuentes. Puede presentarse edema, exantema urticariforme y prurito local en las vacunas administradas por vía subcutánea sin que esto indique la aparición subsecuente de anafilaxia.

## 6- VACUNACIÓN INFANTIL

Tanto la vacunación infantil como la del adulto están en permanente evolución. Así lo demuestran tanto la constante actualización como la innovación de estrategias contempladas en los programas de vacunación que la Consellería de Sanidad viene desarrollando: revisión del calendario vacunal infantil, campañas dirigidas a los grupos de riesgo o el desarrollo de herramientas informáticas que permiten la disponibilidad de información en los diferentes niveles.

El primer calendario oficial de vacunaciones infantiles de la Comunidad Valenciana se publicó en el Diari Oficial de la Generalitat Valenciana en el año 84. En él se recogía la recomendación de vacunar frente a la polio, la difteria, el tétanos, las tos ferina, el sarampión, la rubéola y la parotiditis desde los tres meses de edad hasta los 14 años, recomendando la revacunación frente al tétanos cada 10 años. En aquel momento parecía que la estabilidad de los calendarios de vacunaciones era muy elevada y que las perspectivas de que se produjesen grandes modificaciones de los calendarios era escasa.

Desde la actualización del calendario publicado el mes de diciembre del año 2003 se incluye además de las anteriores vacunas la vacunación frente a la hepatitis B, frente a la infección por *Haemophilus Influenzae* tipo B (HIB) y frente a la infección por meningococo.



Esto ha supuesto que en el periodo de 20 años se ha incrementado de manera sustancial el número de antígenos incluidos en la vacunación infantil.

Para hacer frente a la vacunación prevista en el calendario de vacunaciones se utilizan tanto vacunas monocomponentes (hepatitis B, meningococo C), como vacunas combinadas (pentavalentes: polio inyectable + DTPa + Hib; triple vírica: sarampión + rubéola + parotiditis). Estas últimas se incorporan como única fórmula posible para la administración de nuevos antígenos sin incremento del número de visitas o el número de pinchazos en cada visita.

La cobertura vacunal alcanzada es excelente y superior globalmente al 95% de la población.

## **7.- REGISTRO DE VACUNACIONES**

Una parte fundamental de los programas de vacunaciones es el registro de la actividad. Con ello se garantiza tanto la evaluación de los programas, como su eficiencia, reduciendo la administración de dosis innecesarias y facilitando la toma de decisiones, tanto a nivel individual como colectivo.

El Registro de Vacunas Nominal (RVN), junto con el Registro de Almacén (RVA), permite garantizar la disponibilidad de información en todos los niveles de decisión, desde la consulta hasta los servicios centrales. A este registro se accede a través de Internet, y en él se puede, además de registrar las dosis de vacunas administradas a cada persona, declarar reacciones adversas, consultar el historial vacunal de una persona, obtener indicadores de actividad y cobertura, etc.

## **8.- PERSPECTIVAS DE FUTURO**

La situación de los programas de vacunaciones en la Comunidad Valenciana puede considerarse como muy buena. El trabajo de todos los profesionales implicados en la gestión e implementación de los programas es el aval de los resultados obtenidos., las estrategias de prevención están supeditadas a las innovaciones científicas que se incorpora de forma progresiva a las estrategias vacunales en forma de programas basados en la evidencia científica.

## **9.- LA IMPORTANCIA DE LA LOGÍSTICA EN LAS VACUNAS**

En los años ochenta, la OMS introduce la logística en el campo de las vacunas a través del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Los procesos implicados en la logística de las vacunas van desde la fabricación hasta su distribución, almacenamiento, administración al usuario y eliminación de las vacunas caducadas. Una parte importante de este programa es el control de la cadena de frío.

### **9.1.- Cadena de frío**

La cadena de frío puede definirse como el conjunto de elementos y actividades necesarias para garantizar la conservación de la potencia inmunizante de las vacunas, desde su fabricación hasta la administración a la población. Hay que distinguir dos partes: la cade-

na de frío fija, que corresponde al lugar donde se almacenan las vacunas hasta su utilización, esto es, los frigoríficos y congeladores y la cadena móvil, en la que se utilizan contenedores o neveras portátiles y los acumuladores de frío para el transporte.

La logística es, precisamente, esta planificación operativa que garantiza en todos los procesos relacionados con la vacunación, alcanzar la máxima eficacia y eficiencia del programa. Las vacunas, como todas las sustancias biológicas, sufren deterioro y degradación acelerados por el calor, con la consiguiente destrucción del principio activo o antígeno inmunizante. La degradación es un proceso natural de lo biológico. Existe la posibilidad de postergarla o detenerla temporalmente mediante el frío. Las vacunas deben ser conservadas a temperaturas frías, estables y adecuadas al tipo de elementos constitutivos de cada una para prolongar temporalmente su viabilidad. En esta estrategia se hace imprescindible conocer los rangos de refrigeración (entre 0°C y +8°C) y de congelación (entre 0°C y -20°C) de las vacunas.

Temperatura y tiempo son las dos variables fundamentales de la cadena de frío. El incremento de la temperatura por tiempo prolongado conducen a un deterioro proporcional de las vacunas. La eficacia de una vacuna degradada por calor o frío no se recupera por corrección posterior de la temperatura. Lamentablemente, no existen signos externos u objetivos que adviertan sobre la degradación de una vacuna. Sólo cuando ha existido congelación de los productos absorbidos. Ejemplo de ello son las vacunas con toxoides como la Difteria Tetanos Pertusi.

## 9.2. Recursos materiales en la cadena de frío

9.2.1. Cámaras frigoríficas. Utilizadas cuando el volumen de existencias sea elevado. La cámara ha de estar conectada a un grupo electrógeno, debe disponer de un termostato graduable a la temperatura requerida por las vacunas con registro continuo de temperatura y contará con alarma visual y sonora que avise de cualquier incidente en la cadena de frío.

9.2.2. Frigoríficos y congeladores. La capacidad del frigorífico debe estar en función de la población a la que atiende. Las estrategias de inmunización actuales han generado un aumento considerable del volumen total de distribución y almacenamiento. Los medios requeridos son frigoríficos con intervalo de temperatura interior entre +2°C y +8°C y dotados de congelador con intervalo de temperatura entre -15°C y -25°C. Se comprobará que el espesor de la capa de hielo del congelador no sea superior a 5mm para garantizar el buen funcionamiento de los mismos.

9.2.3. Acumuladores de frío o bolsas de ice-packs. Nunca deben apilarse unos sobre otros, esto contribuirá a que la temperatura del congelador sea más fría, y por tanto que los nuevos acumuladores se congelen con mayor rapidez. Congelados a -20°C y conservados en una caja isotérmica mantiene su utilidad durante 48 horas. Se deben mantener a temperatura ambiente durante 15-30 minutos antes de uso para evitar la posible congelación por contacto.

9.2.4. Contenedores con aislamiento térmico. Son generalmente de poliestireno o poliuretano. Su vida media de refrigeración es entre 50 y 150 horas. Pueden mantener perfectamente las vacunas hasta una semana si están embaladas y con los acumuladores de frío adecuados.

9.2.5. Neveras portátiles. Elementos de gran importancia en la cadena de frío, ya que no sólo se utilizan para el transporte de las vacunas sino también como recurso de emergencia para su almacenamiento en el caso de avería de corta duración. También se emplea para las vacunaciones fuera del punto de vacunación

9.2.6. Termómetros. Se recomienda el uso de termómetros de máximas y mínimas con registro digital.

Las principales directrices para la conservación y la distribución de las vacunas son:

1. Nombrar un responsable de la gestión de las vacunas en los distintos centros.
2. Instalar termómetros de máximas y mínimas dentro de los frigoríficos.
3. Leer y registrar la temperatura cada día
4. Garantizar el suministro eléctrico ininterrumpido en los frigoríficos que contienen vacunas.
5. Utilizar frigoríficos exclusivamente para vacunas.
6. No guardar vacunas en las puertas de los frigoríficos.
7. Utilizar y almacenar las vacunas de forma que se garantice la rotación de stock.
8. Sacar del frigorífico la vacuna sólo en el momento de su uso.
9. Colocar sistemas de cierre de seguridad en la puerta del frigorífico.

Un elemento clave para el buen funcionamiento en los programas de vacunación es la figura del responsable de vacunas en cada nivel de aplicación; es decir, contar con una cadena de responsables.

## 10.- CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERA EN PROCESO DE INMUNIZACIÓN

La administración de vacunas no sistémicas o sistémicas es una actividad diferenciada de enfermería. Por una parte, las vacunas no sistémicas, como pueden ser las de sensibilización al polen o vacunas para viajeros, se administran como una actividad delegada del médico. Por otra parte las vacunas sistémicas, incluidas en los programas de salud y cuya administración está incluida en el subproceso de inmunización dentro de la consulta de enfermería.

### 10.1.- ¿Dónde se inmuniza?

La Atención Primaria como puerta de entrada del usuario al sistema de salud, es el nivel óptimo para desarrollar la inmunización, aunque no se descarta la vacunación oportunista en colegios, centros sociales, etc.

Desde la implantación de las consultas de enfermería en AP se integró el proceso de inmunización dentro de este espacio que donde junto a una organización en equipo, con-

figura un marco propicio, no sólo para el almacenaje y custodia de las vacunas, sino también, y muy fundamental para la mejora de las actitudes que la población tiene ante las vacunas:

- Existe un responsable de vacunas que gestionan cada uno, en su nivel de responsabilidad, todo lo necesario al respecto.
- Disponen de un tiempo necesario para la administración de las vacunas.
- Existe un Registro Nominal de Vacunaciones.
- Existe un Registro de Almacén de Vacunas.
- Están dotados de la infraestructura necesaria para albergar las vacunas.
- Hay una optimización de los recursos tanto humanos como materiales que vehicula todo el proceso tanto en el mismo centro como en los colegios, etc.
- Cuenta con el apoyo técnico y logístico de Salud Pública.

La enfermería debe fomentar y colaborar en el correcto cumplimiento del estado de inmunización para lo cuál facilitará el libre acceso y suministro de vacunas como prevención de enfermedades transmisibles.

## **10.2.- ¿Quién inmuniza?**

La Enfermería se constituye en administradora, asistencial, docente e investigadora en este proceso y en el acto vacunal.

### 10.2.1.- Como Administradora

La enfermera es responsable de la cadena de frío para la conservación y de la manipulación de las vacunas desde su recepción hasta su administración. Es responsabilidad compartida con otros profesionales y distintos ámbitos de competencia.

Como administradora gestiona los residuos de las vacunas, residuos sanitarios Grupo III o específicos de riesgo que requieren medidas de prevención en su manipulación, recogida, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación por representar un riesgo para la salud laboral y pública.

Y finalmente elaboran un Registro del acto vacunal, denominado Registro Nominal Vacunal (RVN) que con la notificación de efectos adversos constituyen la fuente básica de datos del sistema de información sobre vacunaciones.

### 10.2.2.- Como agente Asistencial,

la enfermera valora la necesidad del individuo según edad, antecedentes de contraindicación, reacciones adversas, situación clínica actual y observación de signos y síntomas clínicos.

La enfermera prepara la administración, previa comprobación del estado de la vacuna, los recursos materiales y mantiene en uso el botiquín de urgencias.

Administración propiamente dicha de la vacuna ya sea oral, intramuscular, subcutánea o intradérmica.

### 10.2.3.- Como personal Docente,

La enfermera realiza Educación para la Salud durante la vacunación. Es momento usado para informar sobre calendario, dosis, fechas sucesivas e importancia del cumplimiento del calendario vacunal vigente y beneficios para la salud obtenidos.

### 10.2.4.- Como Investigadora.

El RVN permite a los enfermeros obtener una información útil para el análisis de las siguientes cuestiones:

- Coberturas vacunales.
- Estudios epidemiológicos.
- Indicadores de gestión.
- Inmunogenicidad y reacciones adversas.

Cualquiera de estas cuatro facetas es absolutamente decisiva e irrenunciable, como se puede inferir de su simple lectura, para el correcto cumplimiento de un programa de inmunización poblacional que mida y cumpla objetivos diseñados.

## 11.- CALENDARIO DE VACUNACIONES SISTEMATICAS INFANTILES

Se muestra a continuación en la tabla el calendario vacunal infantil vigente en la actualidad en la Comunidad Valenciana.

Edad	Hepatitis B <sup>1</sup>	Polio Inyectable (VPI)	DTPa	Varicela <sup>2</sup>	HIB	Triple Vírica	Meningococo C
Al nacer	1ª dosis						
2 Meses	2ª dosis <sup>3</sup>	1ª dosis	1ª dosis		1ª dosis		1ª dosis
4 Meses		2ª dosis	2ª dosis		2ª dosis		
6 Meses	3ª dosis	3ª dosis	3ª dosis		3ª dosis		2ª dosis
15 Meses						1ª dosis	
18 Meses		4ª dosis	4ª dosis		4ª dosis		3ª dosis <sup>4</sup>
5-6 años			5ª dosis			2ª dosis	
11 años				1ª dosis			
14 años			6ª dosis (Td) <sup>5</sup>				

## 12.- VACUNAS SISTÉMICAS

### 12.1.- Vacuna antidifteria

La toxina corinebacterium dipheriae es la causante del cuadro clínico de la difteria que puede cursar con sintomatología cutánea o respiratoria. Enfermedad actualmente bajo control.

La vacuna antidifterica está formada por la toxina diftérica tratada por calor o formol y se puede encontrar bajo presentación pediátrica o de adultos. Se utiliza combinada con la

vacuna antitetánica (DT en la presentación pediátrica y Td en adultos) o junto a la antiper-tusi (DTP, sólo en presentación pediátrica). Su eficacia puede llegar a ser del 90-95% tras 3 dosis siendo necesaria una revacunación a los 10 años. Los efectos adversos son escasos.

### 12.2.- Vacuna antihepatitis B

Con la vacunación se pretende en primer lugar el control de la enfermedad y si fuera posible su erradicación a largo plazo ya que el ser humano es el único reservorio del virus. La enfermedad puede cursar de forma aguda (cabe la posibilidad de una hepatitis aguda fulminante) o crónica. En España se estima que existen unos 600.000 portadores crónicos del virus, de los que el 25% desarrollarán a lo largo de su vida una cirrosis o un hepatocarcinoma.

Existen dos tipos de vacunas, ambas formadas por antígeno de superficie del virus (HBsAg) cuyos anticuerpos confieren protección contra la enfermedad. Después de la inmunización completa la eficacia en sujetos sanos es del 95%, siendo menor en inmunodeprimidos, personas de mayor edad, obesos y fumadores. Si bien los títulos de anticuerpos decrecen con la edad, no se conoce con exactitud si es precisa la revacunación, al menos hasta 10 años de completada la vacunación inicial.

Se administra por vía IM en el deltoides o en la cara anterolateral del muslo. Sus efectos secundarios son raros pudiendo ser cefaleas, malestar general, fiebre, artralgias y mialgias. Sólo está contraindicada cuando existe antecedentes de hipersensibilidad a alguno de sus componentes.

### 12.3.- Vacuna antiparotiditis

Enfermedad de origen vírico que cursa con inflamación de la parótida y puede complicarse con infecciones del sistema nervioso central producidas por el mismo virus (meningitis o encefalitis urliana) y en varones adultos con orquitis que puede causar esterilidad.

La vacuna está formada por virus atenuados cultivados en embrión de pollo o en células diploides. Siempre se usa combinada con la del sarampión y la rubéola (triple vírica). Una sola dosis confiere inmunidad a más del 90% de los casos. Se administra por vía subcutánea. Los efectos secundarios se asemejan a la enfermedad (febrícula, inflamación de las parótidas); a nivel de SNC se han descrito de forma rara y asociados especialmente a la cepa Jeryl Lynn.

No debe administrarse a niños inmunodeprimidos o con hipersensibilidad a sus componentes (huevo y neomicina)

### 12.4.- Vacuna antipoliomielítica

Enfermedad vírica que puede cursar con parálisis de por vida e incluso provocar la muerte. Actualmente existen dos tipos de vacuna:

- Polio Sabin, de virus atenuados cultivada en células de riñón de mono. Se administra por vía oral y puede producir epidemias vacunales (contagio a terceros).

- Polio Salk, de virus muertos tras el cultivo en riñón de mono por la acción del formaldehído. Su administración es vía IM.

Ambas contienen los tres serotipos del virus de la polio y consiguen una eficacia del 90%. La oral, además consigue inmunidad a nivel de membranas y su único efecto adverso es la posible aparición de polio postvacunal (1 caso por millón de dosis). La vacuna inyectable no tiene efectos adversos importantes.

Se evitará su administración ante antecedentes de hipersensibilidad a algún componente.

### 12.5.- Vacuna antirrubéólica

Enfermedad exantemática cuya vacuna está formada por virus atenuados bien solos o bien asociados a la vacuna de parotiditis y a la del sarampión. Se administra vía subcutánea y tiene una efectividad del 90% manteniendo su protección al menos 20 años.

Como efectos adversos pueden aparecer adenopatías, el rash cutáneo, febrícula y artralgias. Se evitará su administración ante antecedentes de hipersensibilidad a algún componente y a inmunodeprimidos.

### 12.6.- Vacuna del sarampión

Enfermedad exantemática altamente contagiosa que puede complicarse con neumonías, otitis, convulsiones y encefalitis. Su vacuna contiene virus vivos atenuados cultivados en embrión de pollo o en fibroblastos humanos. Una dosis subcutánea produce inmunidad en el 95% de los vacunados.

Como efectos adversos pueden aparecer fiebre alta y el rash cutáneo. Se ha descrito encefalitis al mes de la vacunación así como procesos neurológicos, artralgias, etc. Se evitará su administración ante antecedentes de hipersensibilidad a algún componente y a inmunodeprimidos.

### 12.7.- Vacuna antitetánica

Enfermedad consecuencia de una exotoxina producida por el *Clostridium tetani* que afecta al SNC produciendo parálisis espástica que puede llegar a ocasionar la muerte. La vacuna está formada por toxoide tetánico inactivado por el calor y el formol, que se utiliza de forma aislada o combinada con difteria (DT oTd) o con difteria y pertusi (DTP). Puede alcanzar una protección del 99% en los vacunados siendo necesaria una revacunación cada 10 años.

Los efectos adversos son raros siendo los más frecuentes de carácter local. Sólo existe contraindicación ante contraindicación hipersensibilidad a alguno de sus componentes.

## **ANEXO:**

### **VACUNA FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**

Vacuna de próxima aparición en el calendario vacunal Español. Su ámbito de acción serán para niñas entre 11 y 16 años.

La infección del papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente del mundo. Esta infección constituye una causa necesaria para el desarrollo del cáncer de cerviz y se ha relacionado además con otras formas de cáncer anogenital, de vía aérea y digestivo, y es además el origen de verrugas anogenitales.

En función de la historia natural de la infección por VPH y la neoplasia cervical, el momento idóneo para realizar la primova curación debería ser antes del contacto con el virus, y por tanto, antes del inicio de la actividad sexual.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Compendio de Pediatría. Nelson 3ª Edición, Madrid 1999. Capítulo 1. McGraw-Hill/Interamericana de España.
2. Programa de Supervisión de la Salud Infantil de la Generalitat Valenciana Consellería de Sanitat 1997
3. Manual del Examen de Salud Escolar de la Generalitat Valenciana Consellería de Sanitat
4. Manual de Atención al Niño de la Generalitat Valenciana Consellería de Sanitat. Monografía Sanitaria serie E, nº 2
5. Guía del Programa de Promoción de la Salud Infantil de la Generalitat Valenciana Consellería de Sanitat
6. Normas de Puericultura de la Generalitat Valenciana Consellería de Sanitat.
7. Cartilla de Salud Infantil de la Generalitat Valenciana
8. Actividades de Promoción de la Salud en Centros Docentes. Curso escolar 2004-2005. Generalitat Valenciana Consellería de Cultura., Educació i Esport. Consellería de Sanitat.
9. 100 Problemas más comunes en el cuidado de los niños. Dr. José Ángel Villelabeitia. Deusto 1998
10. Guía de vacunaciones para inmigrantes. Generalitat Valenciana Consellería de Sanitat 2006.