



**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SOCIOSANITARIA
DEL ÁREA DE INFLUENCIA HOSPITALARIA DE
LA “FUNDACIÓN VIRXE DA XUNQUEIRA” DE
CEE (A CORUÑA)**

TESIS DOCTORAL

Marta Eva González Pérez

A CORUÑA, 2005

**UNIVERSIDADE DA CORUÑA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SOCIOSANITARIA
DEL ÁREA DE INFLUENCIA HOSPITALARIA DE
LA “FUNDACIÓN VIRXE DA XUNQUEIRA” DE
CEE (A CORUÑA)**

Tesis presentada por D^a MARTA EVA GONZÁLEZ PÉREZ
para optar al GRADO DE DOCTOR por la Universidade da Coruña

ROSA MEIJIDE FAILDE, Catedrática de Escuela Universitaria del Departamento de Medicina de la Universidad de A Coruña y

MARGARITA TARACIDO TRUNK, Profesora Titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago de Compostela

CERTIFICAN:

Que el trabajo contenido en la presente memoria y titulado: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SOCIOSANITARIA DEL ÁREA DE INFLUENCIA HOSPITALARIA DE LA FUNDACIÓN VIRXE DA XUNQUEIRA DE CEE (A CORUÑA), que para optar al grado de Doctor presenta Dña. Marta Eva González Pérez, ha sido realizado bajo nuestra dirección reuniendo los requisitos necesarios para su lectura y defensa.

Para que así conste a los efectos oportunos lo firmamos en A Coruña a 3 de marzo de dos mil cinco



**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN SOCIOSANITARIA DEL
ÁREA DE INFLUENCIA HOSPITALARIA DE LA
“FUNDACIÓN VIRXE DA XUNQUEIRA”
DE CEE (A CORUÑA)**

Memoria para optar al grado de Doctor
presentada por D^a Marta Eva González Pérez

Me resulta imposible agradecer como quisiera a todas las personas que, de una u otra forma, han estado a mi lado durante el largo proceso que ha llevado a la culminación de este trabajo. En todas ellas he encontrado el comentario oportuno y la palabra de apoyo para seguir adelante. Desde aquí mi gratitud.

Las Profesoras Rosa Meijide Failde y Margarita Taracido Trunk, personas entrañables, que han mostrado un gran interés desde el primer momento por el tema que nos ocupa, y gracias a sus continuos estímulos y orientaciones he podido llevarlo a buen término.

Vicente Domínguez Hernández y José Rey Aneiros por ser las personas que despertaron en mí el interés por el tema y por esta comarca del noroeste peninsular.

La Doctora Inmaculada Gómez Besteiro, y el compañero de la Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica de la Región de Murcia, Lauro Hernando Arizaleta, merecen una mención especial por su desinteresada colaboración, las recomendaciones sugeridas y sus aportaciones en la elaboración metodológica de este trabajo.

Isolina Santiago Pérez por la aportación de sus conocimientos estadísticos y sus recomendaciones para el correcto tratamiento y análisis de los datos.

Ricard Génova Maleras por sus valiosos comentarios y conocimientos en el desarrollo del apartado demográfico de la comarca.

No puedo tampoco dejar de agradecer el empuje y las aportaciones de mi familia, amigos y compañeros de trabajo tanto de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Galicia como del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo de La Coruña, así como de la Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica de la Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia. Merece una mención especial Luis Miguel Alonso Suárez por sus constantes muestras de apoyo.

Estoy en deuda también con las Bibliotecas del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo y de la Consejería de Sanidad de Galicia por su colaboración en las búsquedas bibliográficas.

Finalmente mi agradecimiento a todos aquellos profesionales que cumplimentan los sistemas de información, que permiten disponer de todos estos datos, y que no quiero nombrar por miedo a olvidarme de alguien. Sin su inestimable ayuda no habría sido posible realizar este trabajo.

A TODOS, GRACIAS

A Dani y a mis padres
por la paciencia que demostraron durante
las largas horas que la redacción de esta
tesis me mantuvo aislada.

Relación de abreviaturas utilizadas en el texto:

ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions	EMM	Edad Media de la Maternidad
AE	Atención Especializada	EPA	Environmental Protection Agency
AESA	Agencia Española de Seguridad Alimentaria	EQ-5D	EuroQol
AHA	American Hospital Association	ETAP	Estaciones Depuradoras de Agua Potable
AP	Atención Primaria	EV	Esperanza de Vida
APHEA	Short Term Effects of Air Pollution on Health: an European Approach	GRDs	Grupos Relacionados con el Diagnóstico
APHEIS	Air Pollution and Health: an European Information System	IAM	Infarto Agudo de Miocardio
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos	IARC	Agencia Internacional de Investigación del Cáncer
AVAC	Años de Vida Ajustados por Calidad	ICIDH-2	Clasificación Internacional del Funcionamiento y Discapacidad
CD	Crecimiento Demográfico	IGE	Instituto Gallego de Estadística
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	IMCMV	Índice Modificado de Calidad Material de Vida
CHU	Complejo Hospitalario Universitario	IME	Índice de Mortalidad Estandarizada
CIE 9	Clasificación Internacional de Enfermedades	INE	Instituto Nacional de Estadística
CIE-9-MC	Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Modificación Clínica	INEM	Instituto Nacional de Empleo
CIHI	Canadian Institute for Health Information	IP	Índice de Potencialidades
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud	IPN	Infecciones Potencialmente Nosocomiales
CMBD-AP	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Primaria	IRDBS	Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País
CMBDH	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización	IRF	Índice de Renta Familiar Disponible
CON-94	Clasificación Nacional de Ocupaciones	ISF	Índice Sintético de Fecundidad
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud	ISM	Instituto Social de la Marina
DGSP	Dirección General de Salud Pública	ITV	Inspectores Técnicos Veterinarios
ECHI	European Community Health Indicators	MIPSE	Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable
EDAR	Estaciones Depuradoras de Aguas Residuales	MPMc	Mortalidad Proporcional según Causa de Muerte
EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria	NAAQS	National Ambient Air Quality Standards
EMECAM	Estudio Multicéntrico Español de Contaminación Atmosférica y Mortalidad	NHP	Nottingham Health Profile
EMECAS	Estudio Multicéntrico Español de Contaminación Atmosférica y Salud	OF	Oficinas de Farmacia
		OMS	Organización Mundial de la Salud
		ONG	Organizaciones no Gubernamentales
		OPS	Organización Panamericana de la Salud
		P	Población
		PA	Población Económicamente Activa
		PAC	Puntos de Atención Continuada
		PEACE	Short Term Effects of Air Pollution on Asthmatic Children in Europe

PI	Población Económicamente Inactiva	SOGAMA	Sociedad Gallega de Medio Ambiente
PMSC	Proceso de Mejora de Salud de la Comunidad	SPM	Partículas en Suspensión
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo	SS	Seguridad Social
PP	Población en situación de desempleo	STC	Statistics Canada
PSX	Personal de Servicios Generales	SV	Saldo Vegetativo
RTSU	Red de Transporte de Servicio Urgente	TA	Tasa de Actividad
SERGAS	Servicio Gallego de Salud	TAA	Tasa de Analfabetismo
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	TBM	Tasa Bruta de Mortalidad
SIP	Sickness Impact Profile	TEM	Tasa de Mortalidad por Grupos de Edad
SISBP	Sistemas de Información Sanitaria de Base Poblacional	TEMc	Tasa de Mortalidad según la Causa de Muerte estandarizada por Edad
SM	Saldo Migratorio	TGF	Tasa General de Fecundidad
SMR	Standardized Mortality Ratio	TGN	Tasa General de Nupcialidad
SNC	Sistema Nervioso Central	TO	Tasa de Ocupación
		TP	Tasa de Paro
		WHO	World Health Organization

ÍNDICE

ÍNDICE	Páginas
INTRODUCCIÓN	1
• Concepto de Salud	4
• Determinantes de la Salud	6
• Salud Pública	10
• Promoción de la Salud	11
• Salud Poblacional	12
• Problemas de Salud. Necesidades de Salud	13
• Indicadores de Salud	14
o Indicadores útiles en un Diagnóstico de Salud	15
o Clasificaciones de los Indicadores de Salud	16
o Distintos Indicadores de Salud	18
I. Indicadores demográficos	18
II. Indicadores de determinantes de salud no sanitarios	22
III. Indicadores del estado de salud	30
IV. Características e indicadores de resultado del sistema sanitario	38
• Fuentes de Información	40
• Planificación: Diagnóstico de Salud y Modelos de Planificación	44
• Iniciativas en el Mundo	48
HISTORIA, GEOGRAFÍA, OROGRAFÍA Y CLIMATOLOGÍA	52
JUSTIFICACIÓN	59
OBJETIVOS	62

MATERIAL Y MÉTODO	64
1. Tipo de estudio	65
2. Ámbito de investigación	65
3. Indicadores	66
3.1. Criterios de selección	66
3.2. Clasificación de los indicadores	66
3.2.a. Indicadores demográficos	66
3.2.b. Indicadores de determinantes de salud no sanitarios	71
3.2.c. Indicadores del estado de salud	80
3.2.d. Indicadores de los servicios sanitarios	89
RESULTADOS	100
RESULTADOS: Demografía	101
RESULTADOS: Determinantes de salud no sanitarios	115
RESULTADOS: Estado de salud	137
RESULTADOS: Características del sistema sanitario	171
DISCUSIÓN	189
• Método	193
• Resultados	205
CONCLUSIONES	222
APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS	224
ANEXOS	228
• Anexo I: Indicadores	229
• Anexo II: Recursos materiales del Área	233
BIBLIOGRAFÍA	243

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La situación actual de la salud se caracteriza por la persistencia de enfermedades transmisibles, el aumento de enfermedades crónicas, así como la aparición de nuevos problemas de salud (enfermedades emergentes o reemergentes). Por otro lado, la evolución sociológica de la población (por el aumento de la educación, nivel de vida y envejecimiento) exige nuevos servicios (ligados a avances tecnológicos y a cuidados de la dependencia), una mayor calidad y rapidez de las prestaciones y poder participar en la toma de decisiones. Todo ello en un entorno en el que los recursos son limitados, las necesidades de salud superan la capacidad de los sistemas (los costes sanitarios experimentan un incremento difícilmente asumible) y se ha demostrado que la prestación de atención sanitaria, por si sola, no promueve la salud. Por tanto se hace patente la necesidad de una planificación y adecuación de los servicios a las características y el estado de salud de la población¹.

El carácter global de la salud se expresa a través de dos dimensiones: las condiciones de salud de la población y la respuesta social a las mismas, estructurada a través de los sistemas de salud². La salud de la población se complica por factores de multicausalidad y largos períodos de latencia entre las causas o los factores determinantes de la salud. Se producen vínculos de casos individuales de enfermedades, discapacidad o muerte con los factores genéticos, las condiciones de vida o las exposiciones al medio ambiente. De este modo, las estrategias que influyen en la situación de salud de la población deben abordar la amplia gama de factores determinantes de la salud de forma integral y con atención a su interrelación, ya que la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera del sector de la salud (como el sector económico, educacional, ambiental, ocupacional y social).

Las definiciones del estado y necesidades de salud de las poblaciones han ido variando en el tiempo, de acuerdo con los cambios socioeconómicos, ambientales y los avances del conocimiento. Los cambios demográficos que conllevan un aumento del número de personas con padecimientos crónicos, los cambios en los patrones alimentarios que llevan a las personas a consumir dietas asociadas a un mayor riesgo de enfermedades crónicas, así como el deterioro de los recursos naturales y la producción de contaminantes (cambios en las condiciones ambientales, calidad del agua, del aire y de los alimentos) tienen un gran impacto sobre la salud. La evidencia indica que los factores claves que influyen en la salud de la población son los siguientes: los ingresos,

la posición social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el entorno físico, las características biológicas y la constitución genética, los hábitos de salud y las aptitudes de adaptación, el desarrollo del niño y los servicios de salud³.

Los sistemas de salud se enfrentan a problemas de descentralización, privatización, costos crecientes, y avances científicos y tecnológicos. Al mismo tiempo, el gasto público en salud se ha estancado, y por ello para asignar los recursos es necesario disponer de instrumentos analíticos que permitan determinar las prioridades en la materia. Se precisa adoptar un marco conceptual basado en los factores determinantes de la salud como punto de partida para la planificación y la acción, con la finalidad de mejorar la salud de la población. Además, se necesitan herramientas y métodos que permitan evaluar el impacto en la salud de los diferentes programas de salud a nivel internacional, nacional, provincial y local.

El diagnóstico de salud del área de influencia hospitalaria de Cee (A Coruña) se propone como el medio para decidir cómo deben orientarse los servicios que se están desarrollando actualmente para cubrir las necesidades asistenciales que demanda esta población. Para lo cual necesitamos realizar un análisis previo de la situación sociosanitaria actual, como estudio inicial que servirá para una mejor planificación de dichos servicios.

SALUD

La salud de las personas y de las poblaciones constituye en la actualidad una de las mayores preocupaciones, no sólo de cada uno de nosotros, sino también de los gobiernos de cada país y de muchas Organizaciones No Gubernamentales (ONG). Su problemática va más allá de los límites nacionales, para adquirir una dimensión verdaderamente mundial. La salud del cuerpo y de la mente es necesaria para la vida cotidiana (trabajo, placer, sufrimiento, ocio, creación) y, por tanto, para el desarrollo de todas las funciones individuales y sociales del hombre.

Del concepto de salud existen muchas definiciones. En un estudio interno de la Universidad de Washington que busca una definición amplia de salud, que enfatice los determinantes sociales, así como la biología, los estilos de vida, los ambientes y la atención de salud, se revisan y analizan las diferentes definiciones de salud para cruzar conceptos⁴. La definición de salud ha ido evolucionando desde el entendimiento como "no enfermedad" hasta un concepto más global que enfatiza la salud, el funcionamiento, la calidad de vida y el bienestar. Finalmente, después de este análisis integral de la salud, se concluye que los factores sociales, económicos, políticos, ambientales, así como los cuidados médicos afectan a la salud y la enfermedad.

En las primeras definiciones de salud, subyace un carácter negativo, basado en la ausencia de enfermedad. Sigerist, en 1941, aporta una definición subjetiva al afirmar que "la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino que es algo más, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo. Un hombre saludable es aquel con buen equilibrio mental y corporal y buen ajuste de su ambiente físico y social"⁵.

La Organización Mundial de la Salud, en 1948, define la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud del que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social"⁶. Posteriormente, esta definición ha sido criticada por ser utópica, poco factible, subjetiva y estática. Es una descripción amplia que no establece ningún límite a lo que abarca el concepto de salud.

Lalonde, describe la salud como "una variable influida por diferentes factores: biológicos o endógenos, ligados al entorno, los hábitos de vida y factores

ligados al sistema sanitario". En el Informe, Lalonde, llega a una concepción global de la salud, que otorga más valor a los factores ambientales y los estilos de vida, que a los factores biológicos, y a los relacionados con los servicios de salud, a los que tradicionalmente se les ha dado mayor prioridad, además de ser los mayores receptores de recursos"⁷.

Terris introduce la posibilidad de medir el grado de salud con el concepto continuo de salud-enfermedad. En este continuo, existen dos polos con diferentes gradaciones: el negativo (enfermedad) y el positivo (salud). En el centro, queda una zona neutra, donde actúan distintos factores (socioculturales, económicos y ambientales) que provocan la evolución hacia la salud o la enfermedad⁸.

La OMS añade a su anterior definición un enfoque dinámico y define la salud como "el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionar, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad". De este modo, en la formulación de los objetivos de "Salud para todos en el año 2000", propone como objetivo que "todos los países tengan un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven"⁹.

En el ámbito de Promoción de la Salud, la carta de Ottawa, en 1986, hace referencia a la salud como "un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida", es un concepto positivo y multidimensional, que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas¹⁰. Dentro de esta línea, esta la definición de salud ofrecida por Rootman y Raeburn, que incluye componentes subjetivos y objetivos, elementos del ambiente, socioculturales y del ámbito político, así como relacionados con el individuo¹¹.

Algunos autores hablan de una evolución del concepto de salud: del paradigma médico-ecológico al paradigma socio-ecológico, que da al concepto de salud un enfoque integral. El paradigma socio-ecológico integra las perspectivas biomédicas, psico-sociales y ecológicas e incorpora las actividades relacionadas con la salud, como parte de las políticas sociales. Se pasa de la doctrina determinista de la causalidad simple en el binomio salud-enfermedad a un marco multicausal¹².

En definitiva, el concepto de salud incluye aspectos objetivos (constatables por el observador: aspecto morfológico, funcional, rendimiento vital y patrones de comportamiento), subjetivos (transmitidos por el individuo: bienestar físico,

mental y social) y sociales (adaptación al medio y trabajo socialmente productivo).

La salud se ha convertido en un bien individual y colectivo que forma parte de nuestra cultura social y política. El derecho a la salud está incluido como uno de los derechos humanos básicos, y ha sido recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, redactada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948, artículo 25; en la Constitución Española de 1978, artículo 43; así como en la Ley General de Sanidad, artículo 1^{13, 14, 15}.

DETERMINANTES DE SALUD

En el ámbito de Promoción de la Salud, los determinantes de salud se definen como un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados, y potencialmente modificables; no solamente aquéllos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud¹⁶.

El CDC considera que los determinantes de salud son causas directas y factores de riesgo a nivel de un problema específico de salud. Por ello, los define como factores que a lo largo de la vida afectan al estado de salud de las poblaciones y de los individuos, alterando la respuesta individual (conductas y biología) y la prevalencia de la enfermedad. Se estructuran en factores ambientales sociales (culturales, políticos, sistemas económicos, capital social...), factores ambientales físicos (naturaleza, construcciones) y dotación genética¹⁷.

Los factores que determinan la salud han sido un motivo de preocupación desde la Antigüedad. A finales del siglo XIX, se identifica la enfermedad como causa única, es una época biologicista. A comienzos de los años 50, los datos epidemiológicos comienzan a revelar la relación entre múltiples agentes causales relacionados con los estilos de vida (tabaco, consumo excesivo de alcohol, dietas con alto porcentaje de grasa, falta de actividad física) y la incidencia de las principales enfermedades no transmisibles (cáncer, enfermedades cardiovasculares). Estos factores de riesgo se consideran

básicamente una cuestión de elección personal, asumiendo que están bajo el control de las personas. Se desarrolla entonces un modelo de salud que pone énfasis en actividades dirigidas a promover estilos de vida saludables para reducir los riesgos sobre la salud. Este modelo recibe un gran apoyo en los años 70, especialmente debido a la preocupación por el aumento en el coste de la atención sanitaria. Las enfermedades crónicas llegan a ser la principal causa de morbilidad y mortalidad, dedicándose a la atención médica para tratar estos problemas el porcentaje más importante del creciente gasto sanitario. En un intento de limitar su incidencia y de controlar los costes sanitarios, comienzan a plantearse estrategias individuales sobre los estilos de vida^{2, 18}.

En su informe, "A New Perspective on the Health of Canadians"⁷, Lalonde considera que el nivel de salud de una población está influido por otros factores, además de la atención sanitaria. Identifica cuatro dimensiones en las que ubica los determinantes de la salud de la población: biología molecular, medioambiente, estilos de vida y sistemas de asistencia sanitaria. La biología molecular engloba los aspectos internos del individuo que dependen de su estructura biológica y de su constitución orgánica; el medioambiente representa los factores externos que inciden en la salud y que escapan al control individual; los estilos de vida son factores relacionados con el modo de vida del individuo, sobre los que puede ejercer algún tipo de control; y finalmente, la organización de los servicios sanitarios, tiene que ver con factores de tipo, orientación, calidad, cantidad, financiamiento y recursos disponibles. En el Informe, se da mayor importancia al impacto de las conductas y los estilos de vida individuales sobre la salud de cada uno. Además, Lalonde destaca que la prestación de servicios de atención de salud y la inversión en tecnología y tratamientos médicos no son suficientes para mejorar la salud de la población.

A partir del Informe de Lalonde, se producen importantes avances en el campo de los factores determinantes de la salud y se verifica la necesidad de adoptar un enfoque de riesgos poblacionales más dinámico, que permita predecir las consecuencias que los cambios ambientales y sociales tendrán en un futuro en la salud de la población.

Durante los años 80, surge el abordaje de los entornos (social, físico, económico y político) y el movimiento de "Promoción de la Salud", con documentos como "Alma Ata Declaration"¹⁹, "Health For All Strategy by the WHO"⁹, "The Ottawa Charter on Health Promotion"¹⁰ y "Achieving Health for All: A framework for Health Promotion"²⁰. El argumento de los entornos plantea que existen factores ambientales que actúan como factores de riesgo inespecíficos

de malestar, no de enfermedad propiamente¹⁸. A la vez, existen otros elementos del entorno que aumentan la calidad de vida y la capacidad funcional. Estos elementos son organizacionales, ambientales, del entorno: por ejemplo cambios en los turnos de los hospitales, cambios en la interacción profesor-alumno en los colegios. Por ello, el movimiento de “Promoción de la Salud” se focaliza en mejorar la salud en la escuela, lugar de trabajo y comunidad²¹. También, desde Promoción de la Salud, se trabaja en un concepto clave que es el empoderamiento, proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

En esta misma década, la investigación en diversos campos comenzó a sugerir que los riesgos psicosociales (pobreza, nivel de ingresos, ocupación, nivel de educación, apoyo social...) podían ser determinantes más importantes de la salud que los factores fisiológicos o las conductas de riesgo. Un examen crítico de la situación hizo que se valorase más profundamente el impacto de los factores psicosociales y socioambientales sobre la salud, que no solamente influían sobre los riesgos fisiológicos y de conducta para la salud, sino que eran, por si mismos, riesgos independientes, ya que, a menudo, las personas que viven en condiciones de alto riesgo, adoptan estilos de vida no saludables como una forma de afrontar sus situaciones. A lo largo de los años 90, la investigación en salud de la población ha reafirmado estos hallazgos, comprobando la asociación entre factores psicosociales de riesgo y la morbi-mortalidad individual y el estado de salud de las poblaciones.^{22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29}.

Con la publicación del Informe Black, en Londres, las investigaciones se centran en demostrar la influencia del nivel socioeconómico sobre la causa y la edad de defunción^{30,31}. Posteriormente varios estudios, basados fundamentalmente en el análisis de la mortalidad, destacan la forma en que se distribuyen los ingresos en la población, como mayor determinante de la salud que el nivel de ingresos^{32, 33, 34}. Asimismo, desde el campo de la epidemiología social se documenta la correlación significativa entre nivel socioeconómico, distribución de los ingresos y clase social ocupacional, y desigualdades en salud^{35, 36}. En esta línea, otros estudios relacionan las características de las relaciones sociales y la naturaleza del ambiente social (redes sociales, apoyo social e índice de capital social) con la distribución desigual de los ingresos, y su relación causal con la salud de la población^{37, 38, 39, 40, 41, 42, 43}. Aunque en los estudios más recientes emerge de nuevo la hipótesis de que es el nivel de ingresos individual, el que ejerce un mayor impacto en la salud y en la

mortalidad poblacional, más que la distribución desigual de los ingresos en la población^{44, 45, 46, 47}.

En los años 90 se trata de integrar las dimensiones biológica, socioeconómica y política, y así, dar énfasis a la relación de interdependencia de los individuos con el contexto biológico, físico, social, económico e histórico en el que viven. En 1994, Evans y colaboradores, destacan la importante influencia de los factores del ambiente social, externos al sistema de atención de salud, sobre la salud poblacional, lo que origina la necesidad de redirigir las políticas de salud nacionales. Estos autores aportan evidencia acerca de los determinantes de salud: cultura, predisposición genética, biología, ambiente social y económico. Además, concluyen que la sobreexpansión de los sistemas sanitarios puede tener efectos negativos en el bienestar y en la salud de la población, ya que se están utilizando recursos que podrían ser utilizados en otros sectores que también influyen en la salud. De hecho, estos autores consideran que *“Una sociedad que gasta tanto en atención de salud, no puede gastar adecuadamente en otras actividades que mejoran la salud y actualmente podrían estar disminuyendo la salud de la población”*⁴⁸.

A finales de los años 90, siguiendo con el modelo de Lalonde, surge otro modelo de determinantes de la salud, que incluye además las características sociales y de la sociedad⁴⁹. Este modelo permitiría analizar el efecto de distintos sectores en la salud de la población para poder llevar a cabo un análisis global de la salud.

En la actualidad, se acepta que los factores determinantes de salud en la población actúan en todos los niveles de organización, desde el microcelular hasta el macroambiental, y no únicamente en el nivel individual, lo que determina que el proceso de desarrollar la salud deba ser participativo. Es importante reconocer la intersectorialidad como elemento clave en el desarrollo de la salud de la población, ya que no es algo que pueda conseguirse únicamente desde el sector sanitario, sino que se precisa implicar a otros sectores en el proceso. La colaboración y coordinación efectiva exige un lenguaje común, así como entender la naturaleza multidimensional de los determinantes de la salud⁵⁰. De forma aislada, cada abordaje es insuficiente para tener un impacto significativo sobre la salud poblacional. Al integrarse, sin embargo, pueden proporcionar una visión global de la salud de la población. Por ello, en planificación, el modelo ideal estaría integrado por cinco determinantes de salud (biológicos, estilos de vida, medioambientales, socioambientales y sanitarios), que interaccionan entre sí en múltiples niveles.

Este modelo identifica la coexistencia de una responsabilidad individual, junto con el innegable peso de los factores del entorno físico, social, económico e histórico en el que las personas viven sobre su salud. Así, cada problema de salud puede analizarse y tratarse con este enfoque multidimensional que permite ponderar, en el momento de la planificación y ejecución de programas, el peso específico de cada sector de la estructura estatal en relación al sector salud.

SALUD PÚBLICA

Las primeras definiciones de Salud Pública surgen al comienzo del siglo XX, y ya se concibe como el esfuerzo organizado de la comunidad sobre el medio global y sobre la población para prevenir la enfermedad, fomentar la salud y la eficacia física y mental⁵¹.

La Salud Pública da respuesta a los problemas de salud, inicialmente, a mediados del siglo XIX, se encamina hacia las mejoras medioambientales y condiciones de vida de las poblaciones e introduce las inmunizaciones. Posteriormente, partiendo de una concepción integral de salud, se ocupa de la salud y de las enfermedades de las poblaciones, e incorpora actuaciones de planificación, intervenciones como autoridad sanitaria, información sanitaria, promoción y protección de la salud, así como prevención de la enfermedad, tratamiento, cuidados y rehabilitación del enfermo¹².

En la actualidad, Salud Pública se define como “el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, y a restaurar y restablecer su salud cuando ésta se pierde, y en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, laboral y cultural”⁵¹. Así, dentro de las funciones de Salud Pública se incluyen: protección de la salud, mediante el control del medio ambiente; prevención de la enfermedad, promoción de la salud y restauración de la salud, mediante acciones individuales o colectivas sobre las personas.

La Salud Pública, como autoridad sanitaria, implica a distintos profesionales (médicos, veterinarios, farmacéuticos, enfermeros, trabajadores sociales...), instituciones (sanitarias, educativas, sociales) y sectores (sanitario, educativo, servicios sociales, medios de comunicación de masas, otros colectivos) en una labor multidisciplinar (ciencias biológicas, estadística, pedagogía, ciencias de la comunicación...) para conseguir mantener y mejorar la salud de la población.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Ilona Kichbusch, considera la Promoción de la Salud, como un proceso que combina enfoques diferentes, afecta a la población en su conjunto y trata de influir en los determinantes de salud mediante la participación de la población y de los profesionales de salud, y además permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y mejorarla⁵².

El diccionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Promoción de la Salud como *“un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorar la salud”*¹⁶.

En 1986, se celebra la primera conferencia internacional de Promoción de la Salud y surgen dos documentos claves: Ottawa Charter¹⁰ y “Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion”²⁰.

La carta de Ottawa es una guía para Promoción de la Salud en todo el mundo, que da una visión de los determinantes de salud, a los que denomina pre-requisitos de salud¹⁰. En la carta se pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Se da una visión de la salud integral, en la que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. Por lo que se considera primordial una acción intersectorial para lograr una mayor equidad en salud. Los individuos y las organizaciones tienen que aplicar sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y satisfacer las necesidades de salud. La carta de Ottawa promueve el desarrollo de las aptitudes personales, además de proporcionar la información y educación sanitaria necesarias a la población, para que ésta ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medioambiente. También propone reorientar los servicios sanitarios para que giren en torno a las necesidades del individuo.

El documento “Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion”²⁰ tiene como objetivo disminuir las desigualdades, aumentar la prevención y

mejorar la capacidad de la gente para afrontar las discapacidades. Propone mecanismos similares a las áreas de acción de la Carta de Ottawa.

Posteriormente, en las sucesivas conferencias de Promoción de la Salud se desarrollan las distintas áreas y estrategias de acción de Promoción de la Salud identificadas en la carta de Ottawa^{53, 54, 55, 56}. Con la evidencia disponible sobre los factores determinantes de la salud y las condiciones de riesgo de la enfermedad, se resalta que la Promoción de la Salud es una responsabilidad social que debe ser abordada por todos los sectores.

SALUD POBLACIONAL

Salud Poblacional es un término relativamente nuevo que no ha sido definido de forma precisa. La Salud Poblacional engloba los patrones de determinantes de la salud a lo largo de la vida, las políticas e intervenciones a nivel individual y social, así como los resultados de salud y su distribución en la población. Existen múltiples determinantes de cada resultado de salud, como son la atención médica, intervenciones de Salud Pública, aspectos del ambiente social y físico, genéticos y comportamientos individuales⁵⁷.

Para los canadienses, la Salud Poblacional es la medida de la salud de la población (mediante indicadores de salud), teniendo en cuenta que la salud está determinada por distintos factores: ambientales (sociales, económicos y físicos), prácticas de salud individuales, capacidades y habilidades individuales, condiciones biológicas, desarrollo infantil y servicios de salud. En definitiva, la Salud Poblacional interrelaciona condiciones y factores que influyen en la salud de la población a lo largo de la vida, identifica variaciones sistemáticas en los patrones de ocurrencia y aplica los conocimientos para desarrollar políticas que mejoren el bienestar de estas poblaciones^{58, 59, 60, 61}.

Desde una perspectiva histórica, comúnmente se ha asumido que el proceso del crecimiento económico trae automáticamente mejoras en la salud poblacional. Pero, el crecimiento económico en sí, no tiene necesariamente implicaciones positivas en la salud de la población. En realidad, el crecimiento económico puede ser necesario, pero nunca es una condición suficiente para mejorar la salud. De hecho, en las últimas décadas, se han producido nuevos problemas de salud debido al incontrolado crecimiento económico y urbano que ha afectado a la salud y la seguridad colectiva, con la degradación ambiental y la desigualdad social que ha ocasionado, y por todo ello, ha resurgido el interés por la salud de la población⁶². Así, a lo largo de los años 90 se ha ido

desarrollando el modelo de Salud Poblacional en Canadá, cambiando la agenda de investigaciones, más allá del campo de la actuación médica, hacia los determinantes sociales y económicos de la salud. Los canadienses desarrollan un modelo que analiza los determinantes de la salud, y además, relaciona economías, sociedades y salud⁶³.

La OMS ha contribuido al desarrollo de la nueva Salud Pública, la Promoción de la Salud y después a la Salud Poblacional. La OMS ha reorientado el pensamiento hacia los determinantes de salud, y las estrategias en puntos fuera del sector sanitario, aunque las políticas de salud siguen focalizando los gastos en atención médica, antes que en la investigación de los determinantes de salud⁶⁴.

Finalmente, hay que anotar que la Salud Poblacional en Canadá también recibe sus críticas, por ser demasiado política y carecer de rigor, ya que, destaca la influencia de las condiciones socioeconómicas como determinantes del estado de salud, pero no analiza cómo se producen las situaciones, ni que se podría hacer sobre ellas. Además, no ofrece teoría social y carece de una perspectiva crítica^{63, 65}.

PROBLEMAS DE SALUD, NECESIDADES DE SALUD

Para analizar el estado de salud de una población determinada es necesario identificar qué se entiende por problema y necesidad de salud. El problema de salud es aquel estado de salud considerado deficiente por el individuo, por el médico o por la colectividad⁶⁶. La necesidad de salud, es la diferencia entre una situación considerada como óptima y la situación observada en la actualidad. La determinación de necesidades va más allá de la identificación de una serie de problemas, ya que el concepto de necesidad alude a la obligación de hacer algo para solucionar ese problema⁶⁷. Por lo tanto, la determinación de que es necesario hacer algo, de que existe una necesidad, implica una valoración previa de que existe ese problema. Las necesidades van ligadas a los problemas.

El concepto de necesidad es relativo y su definición depende de los que la interpretan. Sólo la integración de las diferentes perspectivas que definen la necesidad, como la clásica tipología de Bradsdshaw (necesidad normativa, sentida, expresada y comparativa), puede darnos una aproximación razonable a las necesidades existentes en un área sanitaria determinada. El éxito de la

planificación depende del grado de convergencia de las distintas perspectivas de la necesidad.

- La necesidad normativa es la que se establece en relación a una norma deseable u óptima. Es la necesidad objetiva o real y los que no responden a esta norma, se hallan en estado de necesidad.
- La necesidad sentida es la percepción que la sociedad tiene sobre sus problemas de salud.
- La necesidad expresada sería la demanda de cuidados y servicios. Aquella necesidad sentida que finaliza con una demanda de servicios.
- La necesidad comparativa es la que surge al comparar sujetos que poseen las mismas características que otros e identificar diferencias en el estado de salud.

La necesidad de salud produce, a su vez, una necesidad de recursos y de servicios. Para remediar las deficiencias del estado de salud identificadas es importante definir la necesidad según los medios y los recursos disponibles.

En la identificación de necesidades pueden considerarse los problemas de salud que son causa de muerte y los que ocasionan morbilidad, afectando a la capacidad funcional y a la calidad de vida de las personas. Además, es posible identificar la presencia de factores de riesgo, fundamentalmente los relacionados con los estilos de vida y con el medio socioeconómico en que está inmerso el individuo. Por ello, se hace imprescindible el uso de indicadores de salud que consideren la salud de forma integral, la presencia de factores de riesgo, la capacidad funcional y la calidad de vida, así como la valoración individual y social⁶⁸.

INDICADORES DE SALUD

Los indicadores de salud son características de un individuo, población o entorno susceptibles de medición (directa o indirectamente) y que pueden utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo)¹⁶.

Los indicadores de salud tienen diferentes utilidades, ya que sirven para indicar los cambios temporales en el nivel de salud de una población o individuo, para definir las diferencias en la salud de las poblaciones, para definir problemas de Salud Pública en un momento concreto, y para evaluar en que medida se están alcanzando los objetivos de un programa. La principal finalidad de los

indicadores de salud es describir el estado de salud de la comunidad y su relación con los factores determinantes del mismo.

Así pues, los indicadores de salud son instrumentos de medida, que no producen información nueva, sino que analizan la que existe, la interpretan y se sirven de ella para deducir desigualdades.

INDICADORES ÚTILES EN UN DIAGNÓSTICO DE SALUD

La recolección de datos y la estimación de indicadores tienen como fin generar evidencia que permita identificar patrones y tendencias que ayuden a emprender acciones de protección y promoción de la salud, así como de prevención y control de la enfermedad en la población. Normalmente, el estado de salud de la población se mide en términos de mortalidad, morbilidad, determinantes de salud y factores de riesgo, y depende de las características y funcionamiento de los servicios de salud⁶⁶.

Según la profundidad del análisis que se desee realizar y considerando la disponibilidad de la información, algo que hay que tener en cuenta cuando se estudian poblaciones pequeñas, se escogen los indicadores más adecuados que se van a utilizar. En la elección de los mismos hay que considerar:

- el nivel de desarrollo del territorio de estudio, avance tecnológico e industrial, ya que un medio rural no presenta las mismas condiciones de salud que un medio urbano
- el nivel de autoridad y de actividad de la organización sanitaria, ya que las necesidades de información son diferentes a nivel del individuo y de la familia, de la comunidad, nacional o internacional
- el interés primordial del planificador: la enfermedad, las personas, los servicios, los programas de salud, el entorno...
- la etapa del proceso de planificación

En la elaboración de un indicador de salud, se deben utilizar métodos de medida objetivos, definir los fines para los que se establece, modificar lo menos posible la información en el tratamiento de los datos y asegurarse de que los datos sean cuantificables y de fácil interpretación. Además, los indicadores de salud, deben cumplir una serie de criterios, para ser de utilidad en el estudio de necesidades de una población, como: factibilidad, viabilidad, aplicabilidad, validez, sensibilidad, especificidad, fiabilidad, representatividad, estabilidad a lo largo del tiempo, universalidad, sencillez en el cálculo y capacidad de agregación^{3, 69}.

CLASIFICACIONES DE INDICADORES DE SALUD

Los indicadores de salud⁶⁶, como herramientas útiles de medida del estado de salud, desde la perspectiva de planificación de salud, se suelen categorizar en:

- indicadores sociodemográficos (demográficos y socioeconómicos)
- indicadores sanitarios (de mortalidad, de morbilidad, de factores de riesgo y de discapacidad)
- indicadores de servicios de salud (de recursos y de utilización de los servicios sanitarios).

La OMS, en 1981⁷⁰, elaboró una lista de indicadores de salud con la finalidad de evaluar en los distintos países, la “estrategia de salud para todos en el año 2000⁹”. Estos indicadores se categorizan en: indicadores de política sanitaria (asignación y distribución equitativa de los recursos, participación de la comunidad, estructura orgánica y proceso de gestión), indicadores sociales y económicos (producto nacional bruto y distribución de los ingresos, condiciones de trabajo y tasa de alfabetización, paro, vivienda y alimentación), indicadores de prestación de atención de salud (cobertura de atención primaria y especializada) e indicadores del estado de salud (estado nutricional y psicosocial de los niños, tasa de mortalidad infantil y expectativas de vida al nacer y tasa de mortalidad maternal).

En 1995, la Organización Panamericana de la salud (OPS) desarrolla la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País (IRDBS)⁷¹ para poder monitorizar la consecución de los objetivos de salud y a la vez, disponer de un conjunto mínimo de datos recolectados anualmente que permitan evaluar el estado y las tendencias de la situación de salud en la población de los distintos países de la Región de las Américas. La IRDBS es un conjunto integral de indicadores esenciales relacionados con la salud para caracterizar de manera cuantitativa la situación de un país o región. Los indicadores se catalogan en cinco niveles:

- a) demográficos
- b) socioeconómicos
- c) mortalidad
- d) morbilidad y factores de riesgo
- e) recursos, servicios y cobertura.

En Europa, dentro del ámbito de Salud Pública, según la Decisión 1786/2002/CE del Parlamento y del Consejo Europeo, se adopta un programa de acción comunitario con el objeto de proteger la salud humana y mejorar la

salud pública⁷². La finalidad de este sistema es medir la situación sanitaria, las tendencias y los determinantes de salud en toda la comunidad y establecer comparaciones entre los Estados miembros, así como, facilitar la planificación, seguimiento y evaluación de los programas y acciones comunitarios. Para ello, el programa determina una serie de ámbitos en los que pueden establecerse indicadores de salud:

- indicadores de situación sanitaria: mortalidad, esperanza de vida, morbilidad, capacidad funcional y calidad de vida
- indicadores de comportamientos de salud: consumo de tabaco, alcohol y de otras drogas, actividad física, vida sexual,...
- indicadores de condiciones trabajo y de vida: situación profesional, condiciones de la vivienda y del medio ambiente (exterior e interior)
- indicadores de protección de la salud: promoción de la salud y prevención de enfermedades
- indicadores de servicios sanitarios: costes/gastos, consumo/utilización, infraestructura/personal y fuentes de financiación
- indicadores de factores demográficos y sociales: características de la población, educación e ingresos.

En 1999, el *Instituto Canadiense para Información en Salud* (CIHI), *Health Canadá* y *Statistics Canadá* (STC) colaboran en el desarrollo del proyecto “Indicadores de salud”, que establece una lista de indicadores, que permite comparar las características de la salud y de los sistemas de salud de las distintas poblaciones de Canadá. Los canadienses establecen la importancia de los indicadores de salud para conseguir los objetivos de salud basados en definiciones y métodos estándar⁶⁹. Los indicadores de salud seleccionados se organizan, en los siguientes grupos:

- indicadores del estado de salud: bienestar, condiciones de salud, capacidad de funcionamiento y mortalidad
- indicadores de determinantes de la salud no sanitarios: hábitos y conductas, condiciones de vida y de trabajo, recursos personales y factores medioambientales
- indicadores de resultado del sistema sanitario: aceptabilidad, accesibilidad, actuaciones adecuadas, capacitación, seguimiento, efectividad, eficiencia, seguridad

- indicadores de características de la comunidad y del sistema sanitario: comunidad, sistemas de salud y recursos.

DISTINTOS INDICADORES DE SALUD

I) INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Los indicadores demográficos son útiles, ya que es necesario tener un conocimiento de las características de la población, en cuanto a estructura y dinámica poblacional (nacimientos, defunciones, migraciones...)⁶⁶. La información demográfica tiene un especial interés cuando se aplica a las actividades de planificación, ya que se utiliza para elaborar muchos de los indicadores del diagnóstico de salud y para hacer previsiones sobre las necesidades futuras⁷³.

I.1. INDICADORES DE ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

Livi-Bacci se refiere a la población como “un conjunto de individuos, constituido de forma estable, ligado por vínculos de reproducción e identificado por características territoriales, políticas, jurídicas, étnicas o religiosas”⁷⁴. En el campo de la Salud Pública, la población se define como el conjunto de personas que residen habitualmente de forma estable en un territorio geográfico determinado, y se caracteriza por el número de personas que la integran, por su composición según variables biológicas o sociales (estructura de la población por edad, sexo, ...) y por el asentamiento geográfico⁷⁵.

Las variables que se utilizan con mayor frecuencia son la edad y el sexo. El sexo influye en la determinación de riesgos y conductas de salud individuales y en la organización de la vida social. Se producen diferencias entre los patrones de salud-enfermedad de hombres y mujeres, debido a las diferentes características biológicas (diferencias genéticas, hormonales y metabólicas), así como la desigualdad de riesgos y oportunidades en los ámbitos de acción masculino y femenino por la segregación social^{76, 31}.

El mejor modo de visualizar la estructura poblacional es la pirámide de población, ya que refleja el efecto diferencial de la natalidad, mortalidad y migración en función del sexo. Aquello que hace que una población cambie en el tiempo y se distinga de otras no es más que la interrelación de los fenómenos demográficos básicos, que producen el crecimiento de la población.

Existen diversos indicadores estadísticos para medir las características de la estructura por edad y sexo de una población. En primer lugar, es importante

determinar las proporciones de grandes grupos de edad (0-19, 20-59, 60 y más, y 80 y más) sobre el total de la población de su propio sexo, así como los índices de envejecimiento y sobre-envejecimiento. Otro indicador demográfico de interés es el índice de tendencia, que valora el grado de envejecimiento de la población. Cuando es menor de 100, indica disminución de la natalidad, menor crecimiento demográfico y envejecimiento poblacional.

A partir de la composición por edad, se obtiene la relación de dependencia. El índice de dependencia demográfico (total, de jóvenes, senil y de ancianos) es un concepto asociado a la actividad económica en función de la edad. Refleja el peso económico de una sociedad en términos de programas sociales, sanitarios, educativos y económicos que hace o que hará falta poner en marcha para dar respuesta a las necesidades de los más jóvenes y de los más ancianos.

Otros indicadores más específicos dentro de la población activa son: el índice de renovación y de juventud de la población activa. El índice de renovación de la población activa es el indicador con el que se puede medir la capacidad de una población para sustituir los individuos que se van jubilando, relacionando el tamaño de los grupos en edades de incorporarse a la actividad con los que están cerca de la salida. Finalmente, el índice de juventud de población activa valora el grado de mocedad de la población activa, ya que relaciona la población más joven y la mayor, de la población activa.

I.2. INDICADORES DE NATALIDAD, FECUNDIDAD Y NUPCIALIDAD⁷⁷

Es necesario diferenciar los conceptos de natalidad y fecundidad. La natalidad estudia los nacimientos en relación a la población total. La fecundidad toma como referencia sólo aquella parte de la población efectivamente en situación de procrear (población femenina de 15 a 49 años de edad) y es por tanto, una aproximación más precisa al fenómeno.

La fecundidad de una población está determinada por distintos factores y condicionantes:

- factores biológicos: duración del periodo fértil, nivel de esterilidad permanente o transitoria, el tiempo muerto posparto (lactancia), la mortalidad intrauterina por causas naturales o la probabilidad de concebir durante un ciclo menstrual

- factores sociales y culturales: uso y efectividad de la contracepción, aborto inducido y pautas de nupcialidad
- condicionantes sociales, culturales y económicos: el rol social asignado a la mujer, creencias religiosas, control social y normativa legal respecto al aborto, la contracepción o las relaciones extramatrimoniales, el nivel de educación de la población, la valoración de los hijos, situación económica general y personal...

Los indicadores más utilizados para analizar los fenómenos de la natalidad y fecundidad son los siguientes:

La tasa bruta de natalidad es la medida más sencilla para estudiar los nacimientos de una población, pero su utilidad es limitada, ya que está afectada por la composición de la población. Con la tasa general de fecundidad, la información sobre el fenómeno es más precisa, al sustituir el denominador de la tasa bruta de natalidad por la población femenina en edad de procrear.

Otro indicador es la edad media de la maternidad, que permite hacer valoraciones sobre las pautas de comportamiento que llevan a tener los hijos a edades más o menos tempranas como consecuencia de diversos factores socioeconómicos y culturales.

El índice sintético de fecundidad o número medio de hijos por mujer es de gran utilidad para determinar el número de hijos esperado por mujer a lo largo de su vida fértil. Proporciona una información consistente y no afectada por la estructura por edades, de la intensidad del fenómeno fecundidad en una población.

Finalmente, el índice de potencialidades relaciona las dos mitades de la población femenina más fecunda.

La nupcialidad no es un fenómeno que influya directamente en la dinámica y estructura de la población, pero existe una relación entre la nupcialidad y la natalidad, ya que gran parte del proceso reproductivo ocurre en el matrimonio⁷⁸. La medida de nupcialidad se efectúa separadamente por sexos y los indicadores que se utilizan son la tasa bruta de nupcialidad y la tasa específica de nupcialidad.

I.3. INDICADORES DE MIGRACIÓN⁷⁹

El fenómeno de la migración refleja aquellos desplazamientos que suponen un cambio de la residencia habitual desde una unidad administrativa a otra. Las migraciones se producen entre municipios, provincias, comunidades autónomas y países, según el nivel de desagregación territorial que se considere. El análisis de las migraciones tiene como finalidad estudiar los efectos que los movimientos migratorios, en términos de género y edad, producen en las regiones emisoras y receptoras.

Las migraciones constituyen un fenómeno social derivado de las diferentes condiciones de vida (trabajo y economía, estudios, afectividad, calidad de vida, el clima...) El principal motor de las migraciones humanas es el económico, según las formulaciones de Ravenstein en 1885, que son consideradas el punto de partida del desarrollo de la teoría de la migración: la búsqueda de trabajo, o la mejora de las condiciones laborales, o incluso la finalización de la vida laboral son el principal motivo para un cambio de residencia, sin descartar otras causas (afectivas, motivos de salud, políticas, religiosas, etc.)

Las migraciones pueden producir problemas sanitarios y sociales (chabolismo, patología del emigrante...) Suponen un reordenamiento del espacio social, que afecta a la gestión y planificación de los servicios y recursos sanitarios.

El saldo migratorio es el indicador que se usa habitualmente para la migración, y es igual a la diferencia entre el crecimiento real (población al final del periodo considerado menos la población al inicio de dicho periodo) y el crecimiento natural (el número de nacimientos menos el número de defunciones en dicho periodo).

I.4. PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS

Las proyecciones demográficas analizan cómo será una población después de un periodo de tiempo fijado⁸⁰. De este modo, en planificación, para determinar cuáles serán las necesidades futuras en salud se elaboran proyecciones demográficas, que permiten estimar los recursos necesarios para satisfacer esas necesidades⁶⁶.

En el caso de poblaciones de áreas reducidas, como el área de influencia de un hospital, las proyecciones demográficas, se encuentran con problemas específicos como son: dificultad para encontrar la información demográfica necesaria, así como la no disponibilidad de series históricas de indicadores que faciliten el planteamiento de la evolución en el futuro. Además, en

poblaciones reducidas, el impacto de factores económicos, urbanísticos..., suele ser menos previsible que en ámbitos poblacionales mayores.

II) INDICADORES DE DETERMINANTES DE SALUD NO SANITARIOS

Los determinantes de salud no sanitarios son el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que integrados, ejercen un claro impacto en la salud de las poblaciones.

II.1. INDICADORES DE COMPORTAMIENTOS DE SALUD

Determinados comportamientos o estilos de vida, como son el consumo de tabaco, de alcohol, de otras sustancias adictivas, la obesidad, nutrición deficiente, hábitos alimenticios insanos, la actividad física o las prácticas sexuales de riesgo, están relacionados con el estado de salud y son un reflejo de las desigualdades sociales⁸¹. Aunque tienen sus determinantes en los estilos de vida y las preferencias individuales, el mantenimiento de estos comportamientos de salud está condicionado socialmente, y ligado a las actitudes y creencias de una población. Así, los valores de los compañeros y las redes sociales constituyen influencias importantes en los estilos de vida⁷⁶.

Los indicadores que se utilizan para valorar los comportamientos de salud son: el porcentaje de fumadores según el consumo de tabaco por género y grupo de edad, y el porcentaje de bebedores según el consumo de alcohol por género y grupo de edad. Para valorar el grado de actividad física se utiliza el porcentaje de población que afirma realizar alguna actividad en el trabajo o en el tiempo libre, o la tasa de inactividad física según el nivel de estudios y el género.

II.2. INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

El nivel de salud de la población tiende a asociarse con el grado de crecimiento económico y la disponibilidad general de los recursos, ya que los países que tienen mejores niveles de ingresos poseen servicios que contribuyen a la salud de la población (nutrición, agua potable y saneamiento, calidad de los servicios de salud, información y educación apropiada)^{31, 82}.

Existen evidencias suficientes para asegurar que uno de los principales determinantes del estado de salud de la persona es su nivel de ingresos y su posición social⁷⁶. El nivel de ingresos es una categoría socioeconómica útil, ya que se ha asociado con otros determinantes. Varios estudios relacionan el nivel de ingresos y su distribución en la población con la mortalidad^{31, 33, 44, 45, 47}. Otros estudios relacionan las desigualdades en resultados de salud y el acceso a la atención sanitaria de la población en función del nivel de

ingresos^{24, 83, 84}. También se evidencia que cuanto más equitativa es la distribución de la riqueza, más saludable es la población^{32, 34, 46, 76}. La medición de las desigualdades económicas y su impacto en los indicadores de salud a nivel de los países se refleja en el análisis de los ingresos per cápita y de la distribución de los ingresos en relación con indicadores sanitarios (esperanza de vida al nacer) y de educación (nivel de instrucción)⁸⁵.

La clase social también se ha asociado con la salud. Las personas que pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas tienen peores oportunidades de supervivencia y es más probable que fallezcan a edades más jóvenes que los de las clases más altas⁷⁶. Según la clase social se producen diferencias en la morbilidad percibida y en el uso de los servicios de salud⁸¹.

La pobreza es otro condicionante de la salud, y esta relación es recíproca, la salud también influye sobre la pobreza. Hay privaciones intrínsecamente importantes como la desnutrición, la mala salud o el analfabetismo, y otras desempeñan un papel instrumental determinante, como los ingresos bajos. Vivir en condiciones de pobreza se asocia con baja esperanza de vida, alta mortalidad infantil, alto porcentaje de enfermedades infecciosas, tuberculosis y VIH, importante uso de sustancias adictivas, depresión y suicidio, e incremento de exposición a riesgos ambientales²⁷. También se ha documentado que la pobreza y la exclusión social tienen un mayor impacto en la salud y la muerte prematura⁸⁶. Además, el principal determinante de la reproducción intergeneracional de la pobreza es la carencia de acceso a la educación y a la salud.

También, el acceso a oportunidades educativas equitativas y la calidad de la educación recibida son factores determinantes del estado de salud y las condiciones de vida de la población. Hay estudios que relacionan la salud familiar y el nivel de instrucción formal de hombres y mujeres, ya que la educación ofrece a las personas el conocimiento y habilidades que necesitan para tomar decisiones saludables, tener mejores ingresos y más seguridad laboral, y un sentido de control en las circunstancias de su vida⁷⁶. Desde Promoción de la Salud, se destaca la importancia que tiene una baja alfabetización en la salud del individuo, al limitar su desarrollo personal, social y cultural, e impedir el desarrollo de la educación para la salud. La educación para la salud permite adoptar medidas que mejoran la salud personal, mediante un cambio de los estilos y de las condiciones personales de vida¹⁶.

Otro determinante que se asocia con un mejor nivel de salud es el apoyo social, las buenas relaciones sociales, la disponibilidad de apoyo emocional y la participación social^{37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 76, 87}. Se ha comprobado que, tanto el nivel de integración familiar, como las redes de amistades ejercen un papel determinante en los problemas de salud de la población. Dentro de este contexto, existen determinados grupos étnicos de la población, que desde la Antigüedad han sido excluidos estructuralmente, no han tenido acceso a los servicios de educación y salud, y han ocupado un lugar desfavorable en el mercado de trabajo⁸².

Otro aspecto a considerar es la actividad laboral. Un trabajo con sentido, un ambiente laboral saludable y una estabilidad económica se asocian con buena salud. Las personas tienen más salud cuando tienen un empleo seguro, sienten que el trabajo que tienen es importante y las condiciones de trabajo son seguras y saludables. Por ello, el conocimiento de la situación laboral de la población es un dato de gran interés. En varios estudios se asocia el desempleo con un estado de salud deficiente, ya que genera síntomas de depresión, ansiedad, problemas de salud y hospitalización⁷⁶. La inestabilidad económica y los niveles altos de desempleo producen importantes problemas de salud mental y físicos en las personas desempleadas y sus familias^{76, 86}. Asimismo, la posición que se ocupa en el lugar de trabajo es importante, ya que las personas que tienen un mayor control de las circunstancias de su trabajo, y con menos estrés laboral están más sanas. El apoyo social en el trabajo, también se asocia con mayor salud⁸⁷.

Finalmente, otro factor determinante de la salud poblacional es el nivel de seguridad laboral. Los accidentes laborales y las enfermedades profesionales tienen importantes consecuencias en la salud del trabajador⁷⁶.

En el ámbito de la Salud Pública, se han usado diferentes indicadores (ocupación, educación, ingresos, propiedades materiales, etc) para determinar la posición de las personas en la estructura social. Estos indicadores han sido considerados buenas aproximaciones para medir la clase social o el nivel socioeconómico. La ocupación y el nivel de estudios son indicadores que se han usado frecuentemente y que han demostrado su validez, fiabilidad y factibilidad tanto en la observación como en el análisis⁸⁸. Los indicadores más utilizados para reflejar la situación laboral de la población son: la tasa de actividad, de ocupación y de paro⁸¹.

Con frecuencia, se utilizan una serie de índices que intentan aportar una imagen sintética de variables socioeconómicas, y que permiten integrar la pobreza, deprivación, o educación, como determinantes de salud, a los efectos de factores de ajuste en la asignación de recursos.

En la comparación entre países, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha elaborado entre otros, un índice sintético, el Índice de Desarrollo Humano, que incluye la Esperanza de Vida al nacer, el logro educacional (alfabetización de adultos y la tasa de escolarización combinada de primaria, secundaria y superior) y el Producto Interior Bruto per cápita⁸⁹.

En algunas Comunidades Autónomas de España se utiliza el Índice Modificado de Calidad Material de Vida (IMCMV), integrado por el Índice de Swaroop-Vermura (que expresa la proporción anual de defunciones que se han producido de personas de 50 y más años) y el porcentaje de alfabetización en menores de 10 años, menos el porcentaje de mortalidad infantil.

El índice de Jarman expresa, contra un estándar nacional de Inglaterra, la existencia de variables socioeconómicas que determinan mayores necesidades de salud en los distritos y regiones, y que condicionan políticas de asignación de recursos adicionales.

Otros índices del área económica que se aplican al estudio de desigualdades en salud son el índice de Gini y el índice de concentración, que miden la desigualdad de los ingresos y su aporte al bienestar y la equidad. El índice de Gini ordena las distintas unidades geográficas según la variable de salud. Si se incluye en el análisis la dimensión socioeconómica, se obtiene el índice de Concentración⁹⁰.

También se utiliza para clasificar las zonas geográficas, el índice sintético de problemática social, que está compuesto por el índice de dependencia, la tasa de analfabetismo, la tasa de desocupación y la proporción de población ocupada⁸¹.

En este apartado es de utilidad, el índice sintético que contempla datos sobre las características de la vivienda, espacio vital, la higiene, antigüedad de la casa y el bienestar. Así como, estimar la composición de los hogares, grado de hacinamiento y número de personas mayores que viven solas.

En planificación sanitaria a nivel municipal, un estudio llevado a cabo en Méjico, examina la utilidad de un índice de bienestar social con variables de ingreso, vivienda, educación, ocupación y salud, que discrimina áreas con

diferentes necesidades de salud. Este índice puede ser un potencial instrumento para la planificación y asignación de recursos en el ámbito local, para atender de forma efectiva y equitativa las necesidades básicas de salud de la población que vive en áreas geográficas pequeñas, con diferentes condiciones de vida y de salud⁹¹.

II.3. INDICADORES QUE VALOREN EL EFECTO DE LOS DISTINTOS FACTORES MEDIOAMBIENTALES SOBRE LA SALUD

El medioambiente puede constituir un factor de riesgo para la salud, pero también puede desempeñar un papel protector en función de las relaciones que se produzcan entre las distintas variables. De hecho, los principales avances que se produjeron en el ámbito de la Salud Pública, con intervenciones sanitarias sobre el abastecimiento de agua potable, saneamiento, condiciones de trabajo, vivienda, higiene alimentaria y calidad del aire permitieron elevar el nivel de salud de la población sin invertir costosos recursos.

En los últimos años se está produciendo un avance en el conocimiento de la relación entre el medioambiente y la salud humana^{92, 93, 94, 95, 96, 97}. El rápido desarrollo económico ha ocasionado numerosos problemas de salud por la contaminación ambiental generada por la emisión e inmisión de sustancias y preparados tóxicos para la salud humana y el medio ambiente. En la actualidad, un tema que ha tenido un gran impacto social y sanitario es el vertido de fuel-oil del buque "Prestige" frente a las costas gallegas⁹⁸. La salud de la población, también se ha visto alterada por el crecimiento del comercio internacional de alimentos y productos biológicos, los cambios ambientales ligados a la deforestación y alteración del clima y los cambios en los métodos de procesamiento y distribución de alimentos.

Tanto la Constitución Española (artículo 45) como la Ley General de Sanidad (artículos 6, 8, 18, 19, 21, 22...) hacen referencia al medio ambiente y la salud ambiental⁹⁵. La Salud Ambiental es el área de conocimiento de la Salud Pública que identifica, caracteriza, vigila, controla y evalúa los efectos, sobre la salud humana, de los riesgos físicos, químicos, psicosociales y biológicos del medio ambiente^{99, 100, 101}.

Los riesgos asociados a los factores medioambientales no son simples, sino que se combinan y actúan conjuntamente, lo que dificulta la cuantificación de la magnitud de los efectos que producen, como ocurre por ejemplo, en la

exposición simultánea a la contaminación atmosférica, al medio ambiente laboral y al humo del tabaco.

Entre los efectos sobre la salud y los marcadores biológicos asociados a los factores ambientales destacan^{102, 103, 104, 105, 106, 107}.

- Exceso de morbilidad cardiorespiratoria: mayor número de muertes de origen cardíaco o pulmonar del número esperado.
- Aumento de la utilización de los recursos sanitarios: Aumento de hospitalizaciones, visitas médicas, visitas a urgencias.
- Aumento de las enfermedades respiratorias: Aumento de infecciones respiratorias, agudizaciones del asma, bronquitis, enfisema, disminución de la función pulmonar.
- Enfermedades infecciosas, intoxicaciones y accidentes.
- Aumento del cáncer de piel, leucemias, quemaduras.....

La Agencia Europea de Medio Ambiente establece como principales contaminantes atmosféricos: alteración de la calidad del aire (el dióxido de azufre, las partículas en suspensión, el monóxido de carbono, el dióxido de nitrógeno y el ozono)^{100, 108, 109, 110}, el cambio climático, la acidificación, el ozono troposférico y la reducción de la capa de ozono estratosférica. Además de estos contaminantes existen cerca de 200 que engloban lo que la Agencia de Protección del Medioambiente (EPA), según los Estándares Nacionales de Calidad del aire en los Estados Unidos de América (NAAQS), ha calificado como aire tóxico¹¹¹. Estos contaminantes, todavía no han sido suficientemente evaluados desde el punto de vista de su peligrosidad.

La calidad del aire se determina mediante el establecimiento de redes de vigilancia que constan de estaciones que pueden ser fijas o móviles, que miden los niveles de inmisión (la concentración de contaminantes en la atmósfera a nivel del suelo, de modo temporal o permanente) de los contaminantes atmosféricos. Las principales ciudades, así como la mayoría de las Comunidades Autónomas cuentan con redes de vigilancia, dentro del “Plan de optimización de redes de vigilancia de la contaminación atmosférica” que está realizando el Ministerio de Medio Ambiente.

En la actualidad, se están desarrollando varios proyectos multicéntricos que evalúan el impacto a corto plazo de la contaminación atmosférica sobre la población como son APHEA (estudio de los efectos a corto plazo de la polución del aire en la salud en Europa), APHEIS (Polución del aire y salud: un sistema de información europeo), PEACE (estudio de los efectos agudos de la

contaminación atmosférica en niños asmáticos en Europa), EMECAM (estudio sobre la relación de contaminantes atmosféricos y la mortalidad en España), EMECAS (estudio sobre la relación de contaminantes atmosféricos y la mortalidad y morbilidad en España)^{100, 112, 113, 114, 115, 116}.

Otro determinante importante de la salud es la calidad del agua de bebida. El agua es indispensable para la vida y la salud, y es necesario poner a disposición de los consumidores un abastecimiento satisfactorio haciendo todo lo posible para obtener la mejor calidad que permitan las circunstancias^{117, 118}. La primera línea de defensa es protegerla de la contaminación y, para ello el mejor método es la protección de la fuente, que debe preferirse al tratamiento del agua contaminada. Para evitar el riesgo de padecer brotes de enfermedades infecciosas y afecciones intestinales, las fuentes de agua deben protegerse de la contaminación por desechos de origen humano o animal, que pueden tener múltiples bacterias, virus y protozoarios patógenos, así como helmintos y parásitos.

Un problema menos prioritario que los contaminantes microbianos son las sustancias químicas tóxicas que se encuentran en el agua de bebida. Las sustancias químicas presentes en el agua que puedan causar problemas de salud agudos son pocas, salvo la contaminación accidental masiva del abastecimiento. Cuando estas sustancias se encuentran presentes en el agua de bebida, pueden afectar negativamente a la salud tras períodos de exposición prolongados, como en el caso de los contaminantes con propiedades tóxicas acumulativas (los metales pesados y las sustancias cancerígenas). De hecho, la desinfección del agua es una de las medidas de Salud Pública que ha tenido uno de los efectos más beneficiosos para evitar un gran número de enfermedades transmisibles. Sin embargo, la utilización de compuestos clorados para la desinfección produce subproductos conocidos con el nombre de Trihalometanos (cloroformo, bromodicloro-metano, etc.) que están clasificados como carcinogénicos tipo B, según la clasificación de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC)^{119, 120}. Aunque algunos estudios han encontrado alguna asociación entre subproductos de la desinfección por cloro y cáncer vesical y de colon, no se ha sugerido abandonar la desinfección del agua de bebida, ya que las evidencias no son concluyentes. Sin embargo, es necesario promover medidas más eficaces para mejorar la calidad en origen de los abastecimientos de agua potable, investigando al mismo tiempo e invirtiendo en nuevos procedimientos seguros y eficaces para la desinfección del agua¹¹⁸.

Otro factor a tener en cuenta es la seguridad alimentaria. A veces las enfermedades gastrointestinales se adquieren por el consumo de alimentos contaminados. La contaminación se produce por mecanismos biológicos, químicos o físicos¹²¹. También, la adecuada manipulación de los alimentos, desde que se producen hasta que se consumen, incide directamente sobre la salud de las poblaciones.

La salud animal constituye un factor importante en la seguridad alimentaria. Algunas zoonosis, como la tuberculosis, la salmonelosis y la listeriosis pueden ser transmitidas a los humanos a través de alimentos contaminados. Estas alteraciones pueden resultar especialmente graves para determinadas personas¹²². En los países en vías de desarrollo son una importante causa de morbi-mortalidad y suponen importantes pérdidas económicas. Determinadas zoonosis tienden a difundirse en países desarrollados como consecuencia del aumento de la población humana en zonas urbanas y periurbanas, además del aumento del tráfico de animales a nivel internacional, que conlleva el riesgo de introducir enfermedades exóticas en nuestro entorno¹²³.

La Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESA) es el referente a nivel nacional para cualquier asunto relacionado con la seguridad de los alimentos. La información sobre higiene de los alimentos se obtiene a través de las actas de inspección y de la información de los programas de control sanitario de la industria de la alimentación (industrias cárnicas y puntos de venta, mataderos, explotaciones agrarias, industrias de la pesca...) y restauración colectiva.

En este apartado se analizan también los residuos. Los residuos constituyen el principal factor de contaminación cuando son liberados de forma incontrolada al medio ambiente. Incluso cuando son convenientemente gestionados siempre comportan un riesgo ambiental de mayor o menor gravedad según la naturaleza del residuo. Por ello, los residuos deben ser tratados adecuadamente para respetar la salud y el medio ambiente¹²⁴.

Los indicadores útiles para valorar el impacto sobre la salud de los distintos factores ambientales son^{100, 125, 126}:

- Indicadores para valorar los efectos a corto plazo de la contaminación atmosférica: aumento de la mortalidad total y por causas específicas, incremento de la utilización de los servicios sanitarios (urgencias, ingresos hospitalarios, consultas médicas), alteraciones de los índices funcionales pulmonares e incremento de los síntomas de enfermedad y del uso de fármacos.

- Otros indicadores de efectos sobre la salud: brotes atribuidos al pescado o contaminantes del agua de bebida, melanoma, muertes por temperaturas extremas...
- Indicadores de riesgo: promedio anual de la concentración diaria de dióxido de azufre, de partículas y de otros contaminantes ambientales, porcentaje de viviendas que disponen de agua potable, porcentaje de viviendas con acceso a un sistema de evacuación de aguas residuales, patrones de uso de pesticidas, presencia de contaminantes tóxicos o pesticidas residuales en las comidas, luz ultravioleta...

III) INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

La distribución de los indicadores sanitarios en la población y la contribución relativa de determinadas patologías y trastornos a la suma total es útil para comprender la escala de problemas de salud y su distribución entre los individuos, los países, las regiones, los grupos socioeconómicos,... En las políticas destinadas a “mejorar la salud” de la población, dichos indicadores sirven para establecer prioridades y evaluar el éxito de tales políticas¹²⁷.

Para medir el estado de salud de la población, dependiendo de cuál sea su definición, existen diversos métodos; así por ejemplo, en una definición amplia, se mediría el nivel de salud y bienestar, la capacidad funcional, la presencia y las causas de enfermedad y muerte y la expectativa de vida de la población. Los indicadores disponibles son, en gran parte, de estados de salud negativos (mortalidad, morbilidad, discapacidades...) Actualmente se están desarrollando indicadores de salud positivos (en dimensiones tales como salud mental, autoestima, ejercicio físico...), aunque todavía no se ha encontrado el grupo de indicadores que reflejen todas las dimensiones de los estados de salud positivos de una forma fácil, accesible y sistemática⁸¹.

III.1. INDICADORES DE MORTALIDAD

La mortalidad no es sólo un fenómeno demográfico de interés para analizar la dinámica poblacional, sino que habitualmente se utiliza para medir la salud de las poblaciones, por su importancia, fiabilidad y disponibilidad. La probabilidad de muerte de un individuo depende de sus características biológicas (edad, sexo) y de las condiciones en las que se desarrolla su existencia (alimentación, salubridad, tipo de actividad, confort climático y la capacidad de defensa frente a las agresiones del medio)¹²⁸.

Los indicadores de mortalidad general o por causas específicas permiten comparar el nivel general de salud e identificar causas de mortalidad relevantes como accidentes, tumores... Los indicadores utilizados con más frecuencia son la mortalidad bruta, mortalidad específica por edad, mortalidad proporcional, mortalidad por causa de muerte, mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad estandarizada, años potenciales de vida perdidos y esperanza de vida.

La tasa bruta de mortalidad representa el número de muertes que se producen en un periodo de tiempo en relación a la población total a mitad de ese periodo. Describe el fenómeno de la mortalidad poblacional, pero no es un buen indicador del fenómeno ya que está afectado por la estructura por edades y en menor medida por la distribución por sexos, y no permite establecer la importancia de las distintas causas de mortalidad¹²⁸. Con la tasa específica de mortalidad por edad, se controla el efecto de confusión de la variable edad. En Salud Pública tienen especial interés las tasas de mortalidad específica por edad, sobre todo la mortalidad infantil y perinatal. La tasa de mortalidad infantil o postneonatal (defunciones del primer año de vida) es un indicador del estado de salud y del desarrollo socioeconómico de la población. Una tasa de mortalidad infantil elevada implica deficiencias a nivel del entorno físico y socioeconómico, de la nutrición, de la educación o de los cuidados de salud de una población. Actualmente en los países desarrollados es muy baja. La mortalidad perinatal es de gran utilidad para detectar deficiencias en el sistema sanitario (especialmente, de la atención en el embarazo)⁸¹. La mortalidad materna, también esta ligada al estado de desarrollo socioeconómico, educación de la mujer y accesibilidad a los servicios sanitarios.

El estudio de la mortalidad según la causa de muerte es de gran interés para conocer las características de mortalidad de la población. Su estudio se puede abordar con distintos indicadores: mortalidad proporcional, tasas específicas (por causa, por causa y edad); o mediante la construcción de tablas de mortalidad. Este análisis ayuda a determinar la importancia de los problemas de salud en un momento determinado o, si se observa en el tiempo, detectar las diferencias en la evolución de la mortalidad por las distintas causas entre ambos sexos y en los diferentes grupos de edad. Así, en la medida en que ciertas causas de mortalidad puedan estar relacionadas a factores de riesgo, se pueden definir las distintas intervenciones en Salud Pública.

Las tablas de mortalidad son un instrumento muy útil para el análisis de la mortalidad, ya que resumen la experiencia de mortalidad de una población. La

tabla de mortalidad de periodo da una visión transversal de las características de mortalidad y de supervivencia a todas las edades de una población durante un periodo de tiempo. Se trata de una cohorte ficticia sometida al impacto de la mortalidad.

Para interpretar mejor los indicadores de mortalidad se lleva a cabo la estandarización de las tasas de mortalidad (método directo e indirecto), que es el procedimiento que ayuda a neutralizar el efecto de variables de confusión, como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico... La estandarización de tasas consiste en la comparación de las tasas con un valor de referencia que puede ser de cualquier unidad geográfica de mayor tamaño. Aunque siempre es preferible el método directo, metodológicamente, en el estudio de áreas pequeñas, la estandarización indirecta se adecua mejor^{128, 129}.

Por otro lado, uno de los indicadores sintéticos de mortalidad más utilizados para comparar las regiones o los países es la Esperanza de Vida al nacer, ya que representa el número de años que una persona espera vivir desde que nace, según las tablas de mortalidad del momento, asumiendo que se sometieran a esas mismas tasas de mortalidad específicas por edad. La Esperanza de Vida se ha incrementado de forma espectacular durante el siglo XX en todos los países, y el principal factor de esta ganancia ha sido el descenso de la mortalidad infantil.

Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) valoran las defunciones según la edad a la que se producen. Este indicador tiende a ponderar más las enfermedades que causan la muerte en edades jóvenes y a dar mayor prioridad a estos problemas. Así, los APVP permiten valorar la importancia relativa de distintos problemas de salud, establecer prioridades de intervención o de investigación, orientar la dotación de recursos o comparar la efectividad de distintas actuaciones. Metodológicamente, se calcula la diferencia entre la edad de muerte y un estándar de edad, que se fija arbitrariamente. Los diferenciales de salud miden la diferencia entre la salud actual de la población y una norma u objetivo específico.

Otro indicador útil para detectar necesidades de salud es el número de muertes potencialmente evitables, que son aquellas causas de muerte que podrían haberse evitado con el uso de medidas preventivas o curativas eficaces⁸². La tasa de Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (MIPSE) se utiliza para detectar diferencias geográficas en la mortalidad y como indicador más sensible a las intervenciones sanitarias⁸¹.

En los últimos 100 años, la disminución de la mortalidad en todos los países y fundamentalmente en los países más desarrollados, ha venido marcada por un descenso de la mortalidad infantil en primer término, que ha sido seguida por una disminución de la mortalidad en jóvenes y adultos en edades intermedias y finalmente por un declive de la mortalidad en personas de edad avanzada. Por ello, la sensibilidad de las medidas de mortalidad para reflejar cambios en la salud de las poblaciones, es cada vez menor. Este hecho plantea la necesidad de nuevos indicadores que incorporen medidas de salud de las poblaciones, y no sólo datos de mortalidad: Indicadores que midan las expectativas de salud (tiempo que una persona puede esperar vivir en un estado de salud determinado; como la Esperanza de Vida libre de Discapacidad, Deficiencia, Minusvalía) o que midan diferenciales de salud (Años de Vida Ajustados por Discapacidad, Años de Vida en Buena Salud)^{130, 131, 132}.

III.2. INDICADORES DE LAS CONDICIONES DE SALUD

Existe una preocupación importante por la pérdida de salud que se fundamenta en la evidencia de que ningún ser humano deja de padecer una enfermedad en algún momento de su vida. De ahí que la Medicina y la Higiene dirijan sus esfuerzos a conseguir la disminución de la frecuencia con que se padecen los procesos patológicos y en obtener una rápida y eficaz curación tras su aparición cuando es posible.

La enfermedad se define como cualquier estado morfológico o funcional que es inusual para los profesionales sanitarios, para el sujeto o para el entorno del sujeto, necesita algún tipo de intervención, altera el futuro del sujeto y ocurre cuando existen medidas curativas o preventivas¹³³. Por tanto, la morbilidad puede ser objetivada, al generar cualquier tipo de atención (morbilidad diagnosticada) o ser percibida, y no producir ningún proceso de atención (morbilidad sentida o percibida). La morbilidad que no es percibida por el individuo, sólo se puede conocer mediante las técnicas de diagnóstico precoz (morbilidad diagnosticable).

Los dos indicadores clásicamente señalados para medir la morbilidad en la población son la incidencia y la prevalencia¹³⁴. Sin embargo, por diversas circunstancias casi nunca puede conocerse la incidencia o prevalencia de la mayoría de las enfermedades y lo que normalmente se obtiene es la morbilidad atendida en los servicios sanitarios o bien, la morbilidad declarada por los individuos en las encuestas de salud por entrevista. Una y otra

presentan importantes limitaciones para reflejar el nivel de salud de la población¹³⁵.

III.2.1. Morbilidad objetiva

La información relativa a la morbilidad diagnosticada, normalmente es la más accesible, pero refleja sólo una parte de la morbilidad real y está influida por los condicionantes de la propia utilización de los servicios. Además, el conocimiento de la morbilidad objetiva plantea problemas, ya que no existe un único sistema de información.

La morbilidad que está mejor registrada es la que se genera al alta hospitalaria. El conjunto de procesos de salud de una población que han requerido un ingreso hospitalario, constituye la morbilidad basada en altas hospitalarias, registrada en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización (CMBDH). El CMBDH contiene un conjunto de datos clínicos y administrativos de cada episodio de hospitalización. Las variables de carácter médico son las de mayor interés para una utilización posterior, como instrumento para la evaluación de la actividad médica y la investigación. El CMBDH es un sistema de información sanitaria pensado más para la medición de la producción hospitalaria y la gestión clínica, de gran utilidad para mostrar diferencias geográficas, pero que no sirve para la evaluación de tendencias¹³⁶. A partir del CMBDH, también se puede obtener la información en forma de GRDs (Grupos Relacionados con el Diagnóstico). Los GRDs fueron creados por un equipo de la Universidad de Yale, con el objetivo de obtener una clasificación de episodios de hospitalización, en función del consumo de recursos y de la lógica en el manejo clínico de los pacientes. Los GRDs constituyen un sistema de clasificación de episodios de hospitalización con definiciones clínicamente reconocibles y en la que los pacientes de cada clase se espera que consuman una cantidad similar de recursos (grupos de isoconsumo o case- mix), como resultado de un proceso de cuidados hospitalarios similares. Cada episodio de hospitalización es asignado a una sola clase que le caracteriza, y no necesariamente a la situación patológica global del enfermo. Su utilidad radica en la posibilidad de describir la casuística de un determinado período en un hospital o servicio médico, así como los indicadores funcionales, de calidad o coste para cada tipo de paciente^{136, 137}.

La morbilidad atendida en Atención Primaria es la menos conocida ya que no existen registros sistemáticos. Es uno de los temas pendientes en España y en la mayoría de los países del entorno. No existe un sistema equivalente al CMBDH, entre otras razones por la complejidad de los recursos que requeriría;

ni hay un sistema de registro homogéneo y ágil que permita obtener información de la patología atendida en el primer nivel de información. La morbilidad atendida en Atención Primaria plantea más problemas al estar menos acotados los episodios de cuidados, y prevalecer un enfoque biopatográfico en la atención de las personas. Los datos de Atención Primaria podrían ser particularmente útiles para conocer factores de riesgo proximales, estados fisiológicos de riesgo y la prevalencia de ciertas patologías, pero no toda la morbilidad atendida.

Un indicador que puede ser de gran utilidad es la valoración de los episodios susceptibles de cuidados ambulatorios: las hospitalizaciones generadas por “ambulatory care sensitive conditions” (ACSC), que miden la utilización de los servicios sanitarios por problemas de salud que podrían haberse prevenido y controlado en la Atención Primaria, ya que las tasas elevadas de este tipo de hospitalizaciones indican una deficiente atención ambulatoria^{81, 138}. Los ACSC son un grupo de códigos de diagnóstico de alta hospitalaria que se han propuesto como indicador indirecto de medida de la capacidad de resolución de la Atención Primaria, y directo de un volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial. En un estudio descriptivo realizado por Caminal y col. se observó que el 8,4% de las altas registradas eran ACSC, de las cuáles, el 87% correspondían a 4 categorías diagnósticas: enfermedad cardiovascular e hipertensión, insuficiencia cardíaca, neumonía y pielonefritis aguda¹³⁹.

Una forma de conocer la incidencia real de una enfermedad es mediante los datos facilitados por los registros de base poblacional. En este tipo de registros, se recoge de una manera exhaustiva y permanente los casos nuevos de una enfermedad bien especificada a partir de múltiples fuentes de información. Normalmente sólo se ponen en marcha estos registros para enfermedades de cierta trascendencia social y sanitaria, en las que el diagnóstico puede ser establecido sobre bases relativamente objetivas: tuberculosis, cáncer, infarto agudo de miocardio, malformaciones congénitas y, últimamente, SIDA¹⁴⁰, pero difícilmente se pueden obtener datos desagregados para áreas pequeñas de salud.

Para aproximarse al conocimiento de la morbilidad de una población se utilizan indicadores como: tasa de incidencia de cáncer, tasa de incidencia de SIDA, tasa de incidencia de tuberculosis, tasa de incidencia de las enfermedades de declaración obligatoria (conjunto de problemas de salud tributarios de vigilancia epidemiológica). Este último indicador refleja el éxito de los cambios producidos

con el control de las enfermedades transmisibles. Otros indicadores de interés, ya que valoran el impacto del trabajo en la salud son: la tasa de accidentes de trabajo, el número de trastornos agravados por las condiciones de trabajo, así como las enfermedades profesionales, pero su análisis es dificultoso porque no existen registros sistemáticos⁸¹.

Los indicadores de salud positivos que se utilizan son la cobertura vacunal de la población, el desarrollo pondoestatural, la salud bucodental, el peso de los recién nacidos,...

III.2.2. Morbilidad percibida

La valoración del estado de salud del propio individuo está condicionada por las enfermedades reales padecidas y por sus características personales (sexo, edad, estado civil, familia e instrucción), socioeconómicas (ingresos y estatus social) o incluso residenciales (tipo y tamaño de hábitat y grado de satisfacción residencial con la propia casa y el entorno). La autopercepción del estado de salud es un indicador efectivo del estado de salud global, como factor predictivo de necesidades asistenciales, que tiene importantes repercusiones para la salud, la morbilidad, y una vejez saludable y activa.

La morbilidad percibida, sólo se puede conocer por medio de Encuestas de Salud, pero este método es costoso y se debe utilizar siempre que se pueda, encuestas ya realizadas en la zona⁸¹. Las encuestas de salud son fuentes de datos sobre la morbilidad percibida y sobre la valoración subjetiva del estado de salud por parte de la población. Además de los recursos que se requieren, la principal limitación es, en algunos casos, el nivel de desagregación utilizado en la explotación de los datos, que no permite obtener la información que se desea referida, por ejemplo, a un sector sanitario o un área básica de salud, como ocurre con los datos de la Encuesta Nacional de Salud. Una opción es realizar estimaciones por extrapolación de las tasas obtenidas a nivel de una gran unidad geográfica y aplicarlas a la población en estudio, ya que los datos sobre incidencia y prevalencia de los problemas de salud pocas veces están disponibles en las unidades geográficas pequeñas. Además, llevar a cabo encuestas epidemiológicas, requiere tiempo, dinero y competencia, elementos poco accesibles a nivel local.

III.2.3. Calidad de Vida relacionada con la salud

Hoy en día es prioritaria la monitorización clínica de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) debido al aumento de la supervivencia y de la prevalencia de las enfermedades crónicas. La preocupación por la calidad de esa vida más larga es una cuestión primordial para el bienestar del individuo, de la familia y de los responsables de las políticas sociales. La CVRS aporta información útil para la planificación de la atención prestada en los sistemas sanitarios y evaluación de los resultados de los tratamientos y de las políticas sanitarias.

La Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) es un concepto multidimensional que se basa en la percepción experimentada y declarada por el paciente. Se dispone de distintos instrumentos para comparar la salud de las personas: las mediciones genéricas (Sickness Impact Profile (SIP), el Nottingham Health Profile (NHP), el SF- 36, el EuroQol (EQ- 5D), y las láminas COOP/WONCA), y las mediciones específicas de enfermedad (por ejemplo escalas para evaluar los cánceres, los trastornos psiquiátricos, los procesos neurológicos...) Los instrumentos genéricos, a diferencia de los específicos, se pueden utilizar en casi todo tipo de pacientes y en la población general.

Otros instrumentos de medida que combinan información de cantidad y calidad de vida son los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC o QALYs). Los AVAC se utilizan para evaluar la efectividad de las intervenciones de salud y para estudios de coste- efectividad^{141, 142, 143}.

III.2.4. Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

La invalidez ha constituido siempre un grave problema de Salud Pública por su elevada prevalencia e incidencia, el elevado número de población afectada y que precisa rehabilitación, el aumento del número de discapacitados y el importante coste que ocasionan. Además la calidad de vida de estas personas es menor y sufren marginación social. Por ello es importante determinar la proporción de población que necesita servicios de rehabilitación.

Las discapacidades han aumentado por varios factores: los avances de la medicina y de los servicios sociales, mayor número de ciudadanos que perciben las limitaciones que poseen, el aumento de la esperanza de vida media que conlleva un aumento de los ancianos, enfermedades crónicas e invalideces, así como el desarrollo y la mecanización que suponen un aumento de los accidentes¹⁴⁴,..

A lo largo de la historia la terminología utilizada para referirse a las personas con algún tipo de discapacidad, deficiencia o minusvalía, varía y evoluciona, paralelamente a la tecnología aplicada a la rehabilitación y a la relación de la sociedad con sus miembros. En la 54 Asamblea Mundial de la Salud se aprueba la nueva clasificación en la resolución WHA54.21, del 22 de mayo de 2001, denominándose “Clasificación Internacional del Funcionamiento y Discapacidad” (ICIDH-2). La nueva clasificación hace referencia al funcionamiento en lugar de a la discapacidad y tiene en cuenta los factores contextuales (ambientales y sociales) asociados al estado de salud y que explican mejor las dimensiones del funcionamiento. La ICIDH-2 es, por ello, un instrumento que permite fundamentar las respuestas sociales en salud e implementar políticas sanitarias adecuadas para una asignación racional de los recursos¹⁴⁵.

Las medidas utilizadas para conocer estos aspectos son indicadores que informan del impacto físico o emocional de los problemas de salud sobre la actividad de las personas que los padecen (número de días de incapacidad temporal), así como, de la severidad de la discapacidad o el grado de dificultad para realizar una determinada actividad (proporción de personas con discapacidad según el máximo grado de severidad). Otros indicadores de interés son: la proporción de personas con discapacidad según los grupos de discapacidad (discapacidad para ver, oír, comunicarse...) o según los grupos de deficiencia (deficiencia mental, física o sensorial) y proporción de población que sufre alguna incapacidad permanente.

IV) CARACTERÍSTICAS E INDICADORES DE RESULTADO DEL SISTEMA SANITARIO

Otro determinante del estado de salud es la organización y las características de la atención de salud en una población. Los servicios médicos ejercen un papel importante para mejorar el estado de salud de la población en su conjunto y otros para la salud individual. Son variables de interés a este nivel de agregación, el acceso económico, geográfico y cultural a los servicios de salud, la cobertura, calidad y oportunidad de la atención de salud y el alcance de las actividades de proyección comunitaria².

IV.1. INDICADORES DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA SANITARIO

La accesibilidad a los servicios sanitarios, así como el inventario de los recursos, son factores importantes a considerar en el diagnóstico de salud. En el programa de “Salud para todos en el año 2000” de la OMS se contempla, que los recursos sanitarios se distribuyan según las necesidades y que sean física y económicamente accesibles para todas las personas⁹.

En la actualidad, hay un interés creciente por conocer la función que desempeñan los servicios sanitarios en el estado de salud de las poblaciones, debido al aumento progresivo de las personas que demandan servicios y al mayor conocimiento de los problemas de la atención de salud. De lo que se deduce, la necesidad de adecuar las prestaciones de los servicios a las características y estado de salud de la población, de reestructurar los servicios para adecuarlos a los cambios del entorno y del desarrollo, así como de evaluar los servicios y las políticas sanitarias que puedan afectar a la provisión de los mismos.

El inventario de los recursos es de utilidad para un posterior análisis del ajuste de los recursos y los servicios a las necesidades de salud de un territorio o de una colectividad⁶⁶. Los recursos sanitarios son de tres órdenes: recursos humanos, materiales o físicos y financieros. Por ello, la descripción de los recursos incluye los distintos elementos de estructura, equipamiento disponible, personal, servicios de atención primaria y servicios de apoyo y de referencia (hospitales, servicios de atención especializada, de urgencias, de pruebas complementarias, centros sociosanitarios y prestaciones específicas del sistema sanitario)⁸¹. Los indicadores de recursos se pueden estructurar en: indicadores de la capacidad del recurso, indicadores de empleo del recurso y la relación entre ambos.

En planificación, es importante conocer la situación actual respecto a los recursos y también en un futuro, es decir, los recursos y servicios necesarios para alcanzar un objetivo de estado de salud.

IV.2. INDICADORES DE RESULTADO DEL SISTEMA SANITARIO

Los indicadores sobre utilización de los servicios sanitarios, junto con los datos sobre recursos sanitarios y de salud propiamente dichos, completan el marco de la situación sanitaria de una población. La utilización de los servicios de salud corresponde a las necesidades de una población en materia de servicios, e intervienen varios factores en el proceso: factores relacionados con la

naturaleza de la morbilidad (gravedad o urgencia), con los usuarios (demográficos, geográficos, socioeconómicos, culturales y psicosociales), con los profesionales (edad, sexo, número de años transcurridos desde la obtención del título, especialidad, características psicosociales y medios de formación), factores organizacionales (trabajo individual versus trabajo de grupo, hospital y forma de remuneración) y factores institucionales (régimen de seguro de enfermedad, marco que rige el ejercicio de las prácticas profesionales y cantidad o tipo de recursos existentes). Aunque, fundamentalmente, intervienen dos componentes: el individuo que solicita los cuidados y el profesional que controla y prescribe esos servicios. De la interacción de ambos surge el fenómeno de la utilización de los servicios⁶⁶.

El planificador, por tanto, al realizar la asignación de los recursos no debe basarse sólo en la información procedente de las instituciones, sin considerar las características de la población. El lugar de residencia es importante para establecer una relación entre la utilización de los servicios sanitarios, la necesidad de asistencia y el nivel de salud¹⁴⁰.

Para medir la atención que prestan los servicios sanitarios, se utilizan indicadores de cobertura, frecuentación, tipo de recursos utilizados, grado de derivación y tipología de las demandas. En el análisis de la organización de los servicios es interesante analizar las modalidades de atención (consultas médicas, de enfermería, atención urgente o continuada y atención domiciliaria)⁸¹.

FUENTES DE INFORMACIÓN⁶⁶

En la carta de Adelaida, de Promoción de la Salud, se promueve el desarrollo de sistemas de información en salud que permitan evaluar el impacto de las Políticas Públicas Saludables⁵³.

La información disponible para la planificación de los servicios de salud es incompleta¹⁴⁶. Por ello, se crean los sistemas de información, para poder disponer de una herramienta de evaluación del estado de salud de la población¹⁴⁷. En Salud Pública, las fuentes de información se utilizan para fundamentar las intervenciones que se realizan y las decisiones que se toman en la organización y gestión de los sistemas sanitarios¹⁴⁸.

Los Sistemas de Información Sanitaria de Base Poblacional (SISBP) constituyen una fuente de información sobre el nivel de salud de la población, la magnitud de los problemas de salud prioritarios y los determinantes de la

necesidad de la asistencia sanitaria¹⁴⁰. E Regidor, distingue entre los sistemas de información sanitaria de base poblacional propiamente dichos (SISBP) y los sistemas de información sanitaria procedentes de los servicios sanitarios. Los sistemas de información sanitaria de base poblacional son aquellos que permiten obtener estimaciones sobre fenómenos de salud en el conjunto de la población. Sin embargo, los sistemas de información que recogen los datos que se producen en instituciones sanitarias, usan como denominador a los usuarios de esos servicios. El desarrollo de este tipo de registros, SISBP, no es fácil, debido a la falta de un código único de áreas geográficas pequeñas, falta de identificación personal, que permita un registro de datos personalizado, y falta de datos sobre variables socioeconómicas¹⁴⁹.

En la actualidad, el desafío es conseguir un sistema de información integral válido, fiable, factible y aceptable por los profesionales implicados en la atención clínica y útil para la toma de decisiones; ya que, avanzar en el conocimiento de la situación de salud y de la planificación es un tema prioritario, en todos los sectores¹⁴⁷.

Las fuentes de información útiles en un diagnóstico de salud son^{81, 150}:

En demografía las fuentes más utilizadas por las ciencias de la salud son el censo, el padrón municipal de habitantes y el movimiento natural de la población.

El censo es una fuente de datos de primer orden, de la que se obtiene el denominador para el cálculo de las tasas. El censo se hace regularmente en la mayoría de los países (en España cada 10 años), con la finalidad de conocer las características demográficas y socioeconómicas de sus habitantes. Los censos son recuentos exhaustivos, individuales y universales de la población, que contienen datos sobre edad, sexo, estado civil, nacionalidad, residencia, educación, actividad económica, fecundidad y sobre los hogares y familias.

El padrón municipal de habitantes es otra fuente de recuento tradicional en España, pero inexistente en muchos otros países. Es un registro administrativo de gestión municipal que se renueva cada año, pero su fiabilidad es más baja que la del censo.

El movimiento natural de la población es una fuente de gran fiabilidad, que consiste en una estadística de flujos sobre nacimientos, defunciones y matrimonios basada en datos del registro civil y de los respectivos boletines estadísticos (boletín estadístico de parto, de matrimonio y de defunción). Para

cada acontecimiento recoge información sobre las principales características de la persona que lo protagoniza: edad, sexo, residencia, tipo de parto, causa de muerte, etc... Aunque se trata de un registro continuo, las publicaciones del movimiento natural de la población tienen periodicidad anual.

Los datos de mortalidad son responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística, (y los centros de estadística de algunas Comunidades Autónomas) y de los registros de mortalidad.

Otras fuentes de información demográfica son: la Encuesta de Variaciones Residenciales, la Encuesta de Fecundidad, la Encuesta Sociodemográfica, la Encuesta de Población Activa y el Panel de Hogares.

Los datos de morbilidad, provienen fundamentalmente de registros hospitalarios. La morbilidad hospitalaria está mejor documentada que la generada en Atención Primaria, ya que utiliza los datos del CMBDH, conjunto mínimo básico de datos de hospitalización. El CMBDH, elaborado en 1982, es el resultado de un consenso respecto al menor número de variables a recoger en los episodios de hospitalización que permite obtener un máximo de aplicaciones clínicas y administrativas. Se ha constituido un estándar internacional, que es homologable en los países occidentales. En España, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) y las diversas Comunidades Autónomas han ido implantando el CMBDH. Las variables clave que utiliza son: diagnóstico principal del episodio, diagnósticos secundarios, procedimientos quirúrgicos y obstétricos, y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Los diagnósticos y procedimientos son codificados con la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, modificación clínica (CIE-9-MC) de la American Hospital Association (AHA)¹³⁶.

En atención ambulatoria están poco desarrollados los sistemas de información, debido a las dificultades para delimitar los motivos de consulta y establecer los recursos consumidos. En la planificación, gestión y evaluación de la Atención Primaria, sería de gran utilidad, el disponer de un “Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Primaria” (CMBD- AP) como herramienta de medida de las necesidades de salud de la población, y de evaluación de los distintos programas de salud poblacional. Los principales sistemas de clasificación desarrollados en Atención Primaria se basan en el proceso de atención, pero son sensibles a las variaciones en el modo de proceder del profesional (Ambulatory Visit Groups, Ambulatory Patients Groups, Products of Ambulatory Care). Los sistemas que se fundamentan en medir la carga de morbilidad de la

población, centrados en el paciente, son más coherentes en el campo de la atención ambulatoria (grupos de atención ambulatoria o grupos clínicos ajustados), aunque en España tienen que ser validados previamente a su utilización. Estos sistemas se basan en los problemas de salud y los recursos utilizados en la atención de los pacientes, agrupándolos en categorías homogéneas durante un período determinado (Ambulatory Care Groups, Adjusted Clinical Groups)¹⁴⁷.

Otras fuentes son la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria y la Encuesta de Deficiencias, discapacidades y minusvalías. Las encuestas sistemáticas proporcionan información sobre la morbilidad sentida, utilización de los servicios de salud, hábitos de vida, restricción de actividades y características sociodemográficas. Estos estudios son costosos y muy complejos, lo cual obliga a reservarlos para grandes unidades geográficas.

Los datos de salud laboral se pueden obtener a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

También es de gran utilidad la declaración obligatoria de algunas enfermedades. Ordinariamente se hace de las enfermedades graves e importantes para la Salud Pública. Estos datos se encuentran en la Dirección General de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y en los Boletines Epidemiológicos.

La información zoonosanitaria está disponible en las Consejerías de Política Agroalimentaria.

La información de medio ambiente relativa a calidad del aire, control del agua, y recogida de residuos sólidos urbanos es facilitada por las Consejerías de Medioambiente y Delegaciones Provinciales.

La información sobre el personal sanitario, proviene de las Estadísticas Gubernamentales, aunque la fuente principal son los diversos registros de las corporaciones profesionales, y también las memorias anuales de las instituciones sanitarias.

En cuanto a los recursos materiales o físicos, se encuentran recogidos en los informes anuales de los diferentes Ministerios y en las Estadísticas Gubernamentales.

PLANIFICACIÓN. MODELOS DE PLANIFICACIÓN

Pineault define, la Planificación como *“un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas, teniendo en cuenta el grado de dificultad de cada una, tanto conocidas actualmente como previsibles en el futuro”* ¹⁵¹. Por tanto, la tarea esencial en planificación es establecer planes, es decir, prever para el futuro a partir de la situación actual. Esta tarea incluye dos procesos paralelos en relación con tres elementos: objetivos de salud, actividades o servicios y recursos (humanos, técnicos y financieros):

- análisis de la situación actual
- proceso de previsión

La planificación se jerarquiza en una serie de etapas: Planificación normativa o política, estratégica, táctica o estructural y operacional.

En el proceso de planificación se pueden identificar varios elementos característicos:

- Su visión es hacia el futuro, ya que trata de aplicar un proceso que conduce a decidir qué hacer, cómo hacerlo, y cómo evaluar lo que se haga, antes de hacerlo
- Está orientada a la acción: existe una relación de causalidad entre la acción y los resultados alcanzados, y pretende conseguir el cambio mediante la puesta en marcha del proceso
- Es un proceso continuo y dinámico, ya que para que funcione debe adaptarse a la realidad, a las situaciones particulares, y al momento del tiempo
- Tiene una naturaleza multidisciplinar, que incorpora diversos profesionales con diferente formación y puntos de vista.

Diagnóstico de Salud

En el campo de la Planificación Sanitaria, se debe partir de una fase inicial, que consiste en el análisis de la situación actual o diagnóstico de salud. Un diagnóstico de salud es, por tanto, una “radiografía” de una situación en un momento determinado. Su realización es imprescindible para tener una base sobre la que desarrollar cualquier planificación y es necesaria su actualización periódica, ya que es un instrumento activo y permanentemente confrontado con

la realidad. El cometido principal de un diagnóstico de salud debe ser la identificación de los problemas y de las necesidades de salud en los que vive inmersa una comunidad^{152, 153}, así como los factores que determinan esas necesidades detectadas. Además, el diagnóstico de salud tiene que servir de referente para evaluar los avances acontecidos y los distintos programas y planes que se desarrollan en un área de salud, y establecer las pautas de una nueva planificación⁶⁸. Finalmente, con el diagnóstico de salud, se intenta implicar a toda la sociedad, incluyendo otros sectores (además del sector sanitario), para que las personas tomen la iniciativa en el cuidado de su salud y así, conseguir aumentar los niveles de salud de la comunidad.

El diagnóstico de la situación actual permite la determinación de las necesidades de una población, no sólo de salud, sino también, de servicios y de recursos. El estudio de las distintas necesidades hay que abordarlo en dos tiempos:

- 1) identificación de problemas de salud: medida del estado de salud y recogida de la información
- 2) definición de las necesidades de salud: interpretación y análisis de los problemas de salud identificados

Primero se recoge la información y se identifican los problemas de salud, que se analizan e interpretan, y a continuación, se definen las necesidades de salud, de servicios y de recursos. Estas etapas preliminares de la planificación apuntan hacia la planificación táctica o estructural, que se ocupa de la disposición, la organización y la incorporación de las actividades y de los recursos. El proceso de planificación, por tanto, comienza con la determinación de unos objetivos, en base a los problemas de salud detectados en la población diana, y continúa con la estructuración de las actividades y de los recursos.

El estudio de necesidades se desarrolla en varias etapas:

- establecer la conveniencia de llevar a cabo el estudio,
- determinar la finalidad del estudio,
- definir la población objeto de estudio,
- seleccionar los indicadores que se van a utilizar a partir del tipo de información deseada,
- localizar las fuentes de información y establecer los recursos financieros necesarios para la recogida y el análisis de los datos,

- elegir el método para el estudio de necesidades y elaborar un protocolo para cada método utilizado,
- recoger la información,
- analizar e interpretar los resultados, y
- elaborar un informe con la información recogida en materia de problemas y necesidades de salud, de servicios y de recursos, así como las recomendaciones.

Modelos de Planificación

En el ámbito de la Salud, existen distintos modelos de planificación cuya finalidad es ofrecer alternativas metodológicas para conseguir los objetivos determinados.

Lawrence W. Green y Marshall W. Kreuter plantean el modelo **“Precede-Proceed”**¹⁵⁴, cuyo nombre proviene de las iniciales en inglés de predisposing, reinforcing, enabling constructs in educational environmental diagnosis and evaluation (Precede), and policy, regulatory, and organizational constructs in educational and environmental development (Proceed). La característica más importante del modelo es que permite dar respuesta a una necesidad mediante la planificación global de las intervenciones. El modelo se basa en una fase de diagnóstico de necesidades y otra fase de desarrollo de actividades con su puesta en marcha y evaluación. La fase “precede” contempla los factores que influyen en el estado de salud y permite centrarse en un conjunto de los mismos, definir indicadores y objetivos de intervención. La fase “proceed” se centra en el desarrollo de programas, su puesta en marcha y evaluación.

El proceso consta de seis fases que se pueden extender a siete u ocho según los requerimientos de la evaluación:

- Fase 1. Análisis social y situacional, con el fin de identificar los problemas sociales o económicos que afectan a la calidad de vida de esa población.
- Fase 2. Análisis epidemiológico, que permite establecer la relación entre los problemas de salud y los problemas sociales, así como cuantificar y priorizar los mismos mediante los distintos indicadores de salud.
- Fase 3. Análisis de las conductas y del entorno, que pretende identificar las conductas, estilos de vida y elementos del entorno asociados con los problemas identificados como más relevantes.

- Fase 4. Análisis educativo y organizacional, que determina los factores predisponentes, de refuerzo y capacitantes que se asocian a los factores conductuales y del entorno y determinan los distintos problemas de salud.
- Fase 5. Análisis administrativo y político, que analiza las capacidades administrativas y organizacionales y los recursos para el desarrollo e implementación de los distintos programas.
- Fase 6, 7 y 8. Implementación y evaluación, que consiste en el diseño y puesta en marcha de actividades, evaluación del proceso, de los programas, evaluación del impacto de los factores caracterizados y evaluación de resultados de los problemas identificados.

En este modelo se parte de la base de que la salud y los riesgos para la misma están determinados por muchas causas y por ello los esfuerzos deben ser multidimensionales o multisectoriales para conseguir un cambio en las conductas, social y del entorno.

El modelo del **Círculo de la Salud**¹⁵⁵, se desarrolla en la provincia canadiense de Prince Edward Island. El sistema sanitario de Prince Edward Island se fundamenta en los determinantes de la salud. De este modo, el Círculo de la Salud representa en el centro del círculo todo aquello que determina la salud, quién está implicado, y cómo mantener y mejorar la salud. El anillo exterior y el eje central representan los valores y los por qué de la Promoción de la Salud, tanto individuales como de la sociedad, evidenciando la necesidad de mantener un balance entre los valores de los individuos y de la sociedad. En definitiva, en el círculo de la salud se incluyen:

- necesidades, que indican la finalidad por la que se debe actuar
- estrategias, que nos indican cómo mejorar la salud
- poblaciones: individuos, familias, comunidades, sectores o la sociedad
- determinantes, factores que hacen y mantienen sana a la población: ingresos y nivel social, redes de apoyo social, educación, empleo y condiciones de trabajo, medio ambiente interior y exterior, prácticas personales de salud y habilidades de afrontamiento, desarrollo infantil saludable, género y cultura
- valores, que serían la justificación de por qué queremos promover la salud: compartir, cuidar, justicia social, respeto...

El modelo del **Proceso de Mejora de Salud de la Comunidad, (PMSC)** “Community Health Improvement Process” fue elaborado por el “Institute of Medicine”, que publicó un informe titulado “Improving Health in the Community: a Role for Performance Monitoring”¹⁵⁶. El modelo del PMSC ofrece una vía para que una comunidad encauce la responsabilidad colectiva y pueda mejorar la salud de sus integrantes, y organice los recursos de las distintas instituciones implicadas.

En este modelo, el proceso de mejora de la salud de la comunidad avanza en una serie de etapas: análisis de la salud y sus determinantes, inventario de los recursos disponibles, desarrollo de estrategias de mejora de la salud, puesta en marcha de actividades, implementación de las estrategias de mejora y monitorización del proceso y de los resultados de las acciones de las distintas instituciones. Inicialmente, se catalogan por orden de importancia los problemas y después, se desarrollan actividades y estrategias de intervención para resolver dichos problemas, dando énfasis a la responsabilidad a nivel comunitario de mantener y mejorar su salud en un proceso de colaboración.

Como resultado del análisis, se ofrece un perfil de salud de la comunidad con información básica sobre sus características demográficas, socioeconómicas, estado de salud... que ayuda a identificar los problemas que necesitan una mayor dedicación. Cuando los objetivos se van alcanzando, se establecen nuevos objetivos. Así, el ciclo de análisis y puesta en marcha del PMSC se apoya en el inicio de nuevas actividades y la selección de nuevos indicadores.

INICIATIVAS EN EL MUNDO

La Organización Mundial de la Salud, OMS, así como otros organismos promotores de la salud destacan la necesidad de abordar los vínculos entre la salud y los entornos social, físico y económico, debido a que el nivel de conocimientos es inadecuado y la medición de los fenómenos relacionados con la salud es insuficiente. Además, existe gran incertidumbre acerca de la influencia relativa de algunos factores determinantes de la salud y estructuras insuficientes para administrar la información y los sistemas pertinentes. Por ello, la OMS adoptó la iniciativa de una política de “Salud para todos en el año 2000”, en 1981, y elaboró una lista de indicadores de salud con la finalidad de evaluar en los distintos países los resultados conseguidos⁷⁰. Y, en 1985, la oficina regional Europea de la OMS publicó “Metas de salud para todos”, que fue revisada en 1991.

A nivel mundial, el grupo encargado del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ha elaborado un listado de indicadores para monitorizar los objetivos de desarrollo del milenio, cuya máxima prioridad es erradicar la pobreza en el mundo, basándose en las necesidades y prioridades locales¹⁵⁷. Este informe proporciona nuevos instrumentos de medición y análisis innovadores que sirven como base para la comparación internacional del estado sociosanitario de los países.

Los indicadores que conforman la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País (IRDBS) fueron diseñados por la OPS para disponer de un conjunto de datos que permitan evaluar el estado y las tendencias de la situación de salud en la población de la Región de las Américas, y además fueron empleados en los análisis de la situación de salud para la definición de prioridades dentro del Plan Estratégico de la OPS para 2003-2007^{71, 158}.

También, el Instituto Canadiense para la Información de Salud (CIHI) en colaboración con el centro de estadística de Canadá, ha elaborado un documento que identifica las medidas de los determinantes de salud y los sistemas de salud, que se deben usar para informar sobre el estado de salud de los canadienses^{159, 160}.

Con la finalidad de promocionar la salud, prevenir la enfermedad, discapacidad y muerte prematura, el Servicio de Salud Pública de los EEUU, en el año 2000, publicó "Gente sana para el 2010", que pretende desarrollar estrategias dirigidas a varios determinantes de salud (actividad física, obesidad, tabaquismo, comportamientos sexuales, calidad medioambiental...) y se centra en el aumento de la calidad de vida y de los años de vida saludables y en la eliminación de diferenciales de salud¹⁶¹. Hacen una evaluación permanente de necesidades, mediante los Indicadores del Estado de Salud (HSIs) y se marcan objetivos para valorar el estado de salud de la población.

En Europa, la oficina europea de la OMS, dispone de información de la situación de salud (estado de salud, estilos de vida, medio ambiente y sistemas de salud) de los distintos países que la integran, lo que permite hacer comparaciones de la posición de un determinado país frente a otros¹⁶². Asimismo, el uno de enero de 2001, el Parlamento Europeo y el Consejo adoptaron un programa de acción comunitario en el ámbito de la Salud Pública (2001- 2006). Este programa abarca cuestiones relacionadas con los factores determinantes de la salud, la situación sanitaria de la población y los sistemas sanitarios, centrándose en tres líneas de actuación: mejorar la información y los conocimientos sobre la salud, responder rápidamente a las amenazas para la

salud y afrontar los factores determinantes de la salud⁷². En esta línea, dentro de los programas de monitorización de la salud, se ha elaborado el proyecto “Indicadores de salud de la comunidad Europea”, con la finalidad de disponer de un sistema que permita evaluar los distintos programas y acciones en la comunidad, y la comparación de la información sobre la salud entre los distintos estados miembros de la comunidad. Así, se ha diseñado una lista de indicadores genéricos de salud, que se estructuran en cuatro categorías principales (situación demográfica y socio-económica, estado de salud, determinantes de salud y sistemas de salud)¹⁶³. La Comisión Europea, también, ha publicado “For better health in Europe” que pretende identificar los problemas comunes asociados con el estado de salud de los estados miembros de la Unión Europea, y se centra principalmente en los patrones de morbilidad, discapacidad y muerte prematura. Destaca como principales determinantes de los problemas de salud: fumar, el abuso del alcohol, dieta inadecuada, drogadicción, inactividad física, malas condiciones ambientales y bajo nivel socioeconómico¹⁶⁴.

Del mismo modo, el Reino Unido, con la finalidad de mejorar la salud de la población y partiendo del estudio de los determinantes del binomio salud-enfermedad (factores fijos, socioeconómicos, ambientales, estilos de vida y acceso a los distintos servicios), identifica cuatro áreas de acción prioritarias (enfermedades cardíacas, accidentes, cáncer y salud mental) para conseguir incrementar la calidad de vida de la población¹⁶⁵. También, se desarrollan otras iniciativas similares en Escocia, Irlanda del Norte y Gales que tienen como fundamento “the Health improvement Programmes” (1999), cuyo objetivo es el desarrollo de estrategias para identificar las necesidades de salud a nivel local y qué hacer para superarlas.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, siguiendo la línea de los indicadores de salud de la OMS para la evaluación del programa regional europeo “Salud para Todos”, vigila el estado de salud de la población y de los factores asociados y ayuda a la difusión de la información sobre salud¹⁶⁶. Asimismo, se han elaborado una serie de Planes de Salud que basándose en un trabajo inicial de análisis de la situación, desarrollan unos objetivos y líneas estratégicas de acción. Así, el Plan de Salud de Galicia (2001-05) parte de recogida de datos, análisis de la situación de salud inicial, identificación de las necesidades de salud y con la evaluación de las necesidades, establece una serie de líneas estratégicas de acción y objetivos de salud prioritarios¹⁶⁷. Inicialmente se ha realizado un estudio de los principales indicadores

demográficos, socioeconómicos, resultados de salud, factores condicionantes y recursos sanitarios¹⁶⁸.

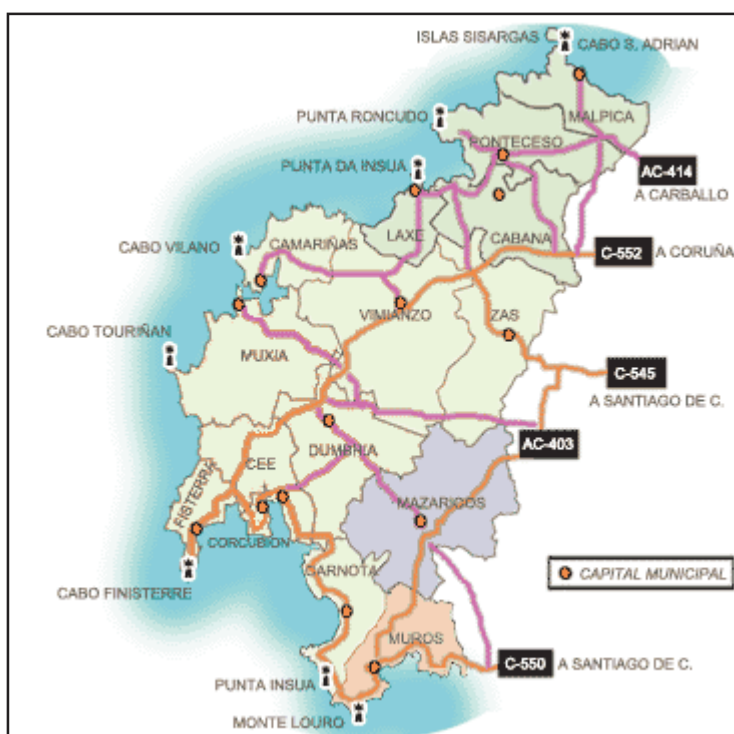
En Galicia y en el resto de España se han realizado varios diagnósticos de salud en la década de los 80. Así, en La Coruña se elaboró el “Diagnóstico de la situación de salud: municipio de La Coruña”¹⁶⁹. En relación con la población objeto de estudio, en 1986, fue galardonado con el premio de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia “el Estudio médico, geográfico y epidemiológico del partido judicial de Corcubión”, que corresponde a los mismos municipios del área de influencia hospitalaria de Cee (A Coruña) y el municipio de Carnota.

**HISTORIA,
GEOGRAFÍA,
OROGRAFÍA Y
CLIMATOLOGÍA**

HISTORIA, GEOGRAFÍA, OROGRAFÍA Y CLIMATOLOGÍA^{170, 171}

Los municipios que se van a estudiar se incluyen dentro de la “Costa da morte” (figura 1). El topónimo “Costa da morte”, parece que tiene su origen en la cantidad de catástrofes marinas que ocurrieron en este litoral, ya que en un período de cerca de cien años, se registraron más de ciento cuarenta naufragios, por la peligrosidad de sus acantilados y los frecuentes temporales. Estos nueve municipios pertenecen a tres comarcas diferentes: Fisterra, Terra de Soneira y Muros.

Figura 1. Mapa del área objeto de estudio



En el sector más occidental de la España peninsular, se localiza la comarca de Fisterra, que está integrada por los municipios de Cee, Corcubión, Dumbría, Fisterra y Muxía.

El municipio de Cee (A Coruña) está constituido por las parroquias de: Ameixenda, Brens, Cee, Lires, Pereiriña y Toba. Sus límites son el valle del río Castro, que se precipita hacia Lires, la zona costera de la ría hasta las proximidades de Ézaro y la playa de Estorde.

Se halla a 95 kilómetros de La Coruña, en el lugar donde se une la carretera AC-552, de La Coruña a Fisterra, con la AC-550, de Cee a Tui. Esta última carretera, que parte de Cee, es la que recorre toda la costa occidental gallega hasta la Guardia y Tui. Ambas carreteras son las dos principales vías de

comunicación del municipio. Una serie de redes secundarias unen las diversas parroquias y lugares.

Corcubión está constituido por las parroquias de Corcubión y Redondela y tiene como límites el cabo de Cee y la punta del Fornelo en O Pindo.

La AC-552 atraviesa el término municipal desde la Xunqueira de Cee hasta la playa de Estorde. Del límite con el ayuntamiento de Cee parte la AC-550 hasta Tui, y es la que comunica Corcubión con Muros, Noia y Santiago (104 Km.) La distancia a La Coruña es de 96 kilómetros.

Dumbría está constituída por las parroquias de Berdeogas, Buxantes, Dumbría, Ézaro, Olveira, Olveiroa y Salgueiros. Sus límites son el río Castro, al norte, el municipio de Cee al oeste, al noreste el municipio de Vimianzo y al sureste Mazaricos.

La principal vía de comunicación, es la AC-552, situándose a 78 kilómetros de La Coruña. Desde Santiago por la AC-545 se sigue el recorrido de Noia, Serra de Outes, Pino de Val y Mazaricos, con una distancia de 76 kilómetros.

Fisterra está constituido por las parroquias de: Fisterra, San Martiño, San Vicente de Duido y Sardiñeiro. La parte occidental de la "Costa da Morte" está en mar abierto y al otro lado del cabo, mirando a la ría de Corcubión se hallan dos ensenadas, Sardiñeiro y Langosteira, y el puerto.

Se llega por la carretera AC-552, que une el municipio con La Coruña, a una distancia de 108 kilómetros. Desde Santiago, el camino más corto es cogiendo las carreteras AC- 545 y AC- 550, que pasa por Negreira y Verdeogas, donde se accede a la AC-552, con un recorrido de 95 kilómetros; o siguiendo la carretera de la costa por Noia, Muros y Cee y el recorrido por esta vía es de 120 kilómetros.

Muxía está constituido por las parroquias de Bardullas, Buiturón, Caberta, Couceiro, Frixe, Leis, Moraima, Morquintián, Muxía, Nemiña, Nosa Señora Da O, Touriñán y Vilastose. Ocupa la orilla meridional de la ría de Camariñas y un segmento de la "Costa da Morte" en el que se encuentra el cabo Touriñán. Hacia el interior limita con los municipios de Cee y Dumbría al sur, y Vimianzo al este. Camariñas se, extiende por la otra orilla de la ría.

Desde la carretera AC-552, parten varias salidas hacia el norte que se dirigen a Muxía. A 77 kilómetros de La Coruña, en Berdoias, se coge la LC-440 que termina en Muxía, con un recorrido total de 92 kilómetros desde la capital. La LC-441, de Negreira a Muxía cruza también en Berdoias la AC-552. La distancia a Santiago por Negreira es de 75 kilómetros.

Por esta comarca discurre el Xallas que recorre todo el límite meridional del municipio de Dumbría desde el embalse de Fervenza hasta su desembocadura en la cascada de Ézaro, al pie del Monte Pindo. A lo largo de su recorrido se suceden los embalses (Ponte Oliveira, Castrelo) y las centrales eléctricas (Xallas y Ézaro). Al Xallas van a desembocar todos los arroyos de la mitad meridional del municipio. Por el norte de dicho municipio se halla el río Castro, que marca el límite con el municipio de Muxía. Entre el Xallas y el río Castro, el río de Brens baja por el valle de Buxantes hasta desembocar en la ensenada de Brens, dentro del municipio de Cee.

El litoral presenta una morfología accidentada, en la que abundan los acantilados con pronunciadas pendientes. Destacan las costas rocosas con salientes, como el cabo de Cee (límite de la ría), el de Naza y el de Fisterra. En la orilla meridional de la costa de Camariñas, en el término municipal de Muxía, se encuentra el cabo de Touriñán, que es la tierra más occidental de Galicia.

El municipio de Corcubión es recorrido de norte a sur por una serie de colinas, que conforman el Alto das Penas o monte de San Andrés (206 metros de altitud) y el de Quenxe (143 metros).

En la entrada de la ría se ven los islotes de Carromeiro Grande y Carromeiro Chico, y las islas de Lobeira Grande y Lobeira Chica. El islote Carromoeiro Chico pertenece al municipio de Cee. Los otros entran dentro de la demarcación de Carnota.

En Fisterra, están protegidos de los vientos por el monte Facho, donde se ubica el faro, y los de Veladoiro (243 metros) y Seoane (247 metros).

Los municipios de Camariñas, Vimianzo y Zas constituyen la comarca de Terra de Soneira.

El municipio de Camariñas está constituido por las parroquias de Camariñas, Camelle, Ponte do Porto y Xaviña. Camariñas se encuentra en el centro de la "Costa da Morte", ocupando una península que cierra por el norte la ría de su nombre, con dos caras distintas: la que mira al mar abierto y la que mira a la ría. Limita por el sureste con el municipio de Vimianzo.

Se llega a Camariñas por la carretera AC-432, que parte de Vimianzo en dirección a la costa y recorre, a partir de Ponte do Porto todo el litoral del ayuntamiento hasta el cabo Vilán. Se encuentra a 18 kilómetros de Vimianzo y a 69 kilómetros de La Coruña, por la AC-552. Desde Santiago se accede por la carretera de Santiago a Baio (61 kilómetros), por Portomouro y Santa Comba (AC-546, AC-400, AC-404). En Baio se continúa en dirección a Vimianzo (AC-

552) y aquí se coge la carretera AC-432 a Camariñas, con un total de 87 kilómetros. La otra alternativa, es dirigirse a Berdoias por Negreira (AC-546, AC-441) y desde allí, por Ponte do Porto, a Camariñas, recorriendo 80 kilómetros.

Vimianzo está constituido por las parroquias de: Baiñas, Bamiro, Berdoias, Calo, Cambeda, Carantoña, Carnés, Castrelo, Cereixo, Salto, Serramo, Tines, Treos y Vimianzo. Camariñas y Laxe son sus municipios colindantes por el norte. Al oeste limita con Muxía, al sur con Dumbría y Mazaricos, y al este, con Zas.

La carretera AC-552 atraviesa la capital municipal a 69 kilómetros de La Coruña. La AC-542, que parte de Santiago en dirección a Santa Comba, se une con la AC-552 en Baio, siendo la distancia total desde Santiago hasta Vimianzo de 65 kilómetros.

Zas está constituido por las parroquias de Allo, Baio, Brandomil, Brandañas, Carreira, Castro, Gándara, Lamas, Loroño, Meanos, Mira, Muiño, San Cremenzo, Poma, Vilar y Zas. El municipio de Zas se ubica entre Baio y el embalse de Fervenza. La distancia en línea recta entre ambos extremos es de 22 kilómetros.

Desde La Coruña se llega a Baio, por la carretera AC-552, a 60 kilómetros de la ciudad. Por Santiago la vía más directa es la carretera AC-546 de Santiago a Santa Comba por Portomouro. De Santa Comba se llega a Baio atravesando la capital municipal.

El camino de Arou al Cabo Vilán, que fue declarado de interés Nacional (orden ministerial de 1933), tiene varias calas como la de Santa Mariña y Porto do Aceite. El cabo Vilán se localiza al norte de la ría de Camariñas y de los cabos de Fisterra y Touriñán. Cerca del cabo se extiende el “cementerio de los ingleses” y el área natural de la “Ensenada de Trece”, donde la noche del 10 de febrero de 1890, trescientos cadetes de la marina británica, naufragaron en el buque escuela «The Serpent».

La Serra de Pena Forcada, que no llegan a superar los 200 metros de altitud, separa los dos litorales de la península de Camariñas.

Las tierras de la comarca de Terra de Soneira forman parte del valle del río Grande do Porto, excepto una minúscula porción de la parroquia de Baiñas, al sur, que pertenece a la cuenca del Tambre. Este valle se inclina desde la sierra de Santiago hacia la costa, diferenciando dos zonas: la meridional, que es

relativamente montañosa, y el valle, que va descendiendo, y el único accidente de relieve es el monte Faro Fontefría (444 metros).

La comarca de Muros está formada por los municipios de Carnota y Muros, aunque sólo se incluye en el estudio, el municipio de Carnota. Desde el punto de vista geográfico, se sitúa en una zona de transición entre las Rías Altas y las Rías Bajas, pero por su estructura social y económica se encuentra entre las comarcas de la “Costa da Morte”.

El municipio de Carnota está constituido por cinco parroquias: San Mamede de Carnota, Santa Comba de Carnota, Lariño, Lira y O Pindo. Todas ellas abiertas al mar, con una zona septentrional desde Caldebarcos hasta O Pindo. Carnota es un municipio atlántico limitado al Norte por el Olimpo Celta, el Monte Pindo, y con las sierras de Muros al Nordeste.

La principal vía de comunicación es la AC-550. Esta carretera discurre por la costa desde Fisterra en el Norte hasta Tui en el Sur. Desde La Coruña se llega por la AC-552 o la autovía AG-55 hasta Carballo, y siguiendo por la AC-552 hasta Cee, dónde se enlaza con la AC-550. Desde Santiago, siguiendo la AC-545 hasta Noia, se enlaza con la AC-550. También se llega a través del alto de O Cubelo enlazando con la carretera de Coristanco a Muros en Paxareiras.

La orografía es accidentada, aunque no se superan los 700 m de altura. El Monte Pindo, entre la ría de Corcubión y la península de Monte Louro y entre los municipios de Dumbría y Carnota, es el que presenta las mayores elevaciones, como el Bico da Moa (641 m), Montevos (478 m) o A Forcada (471 m). En su sector septentrional es atravesado por el río Xallas. La erosión dió lugar a sugerentes formas talladas en la roca granítica por lo que se considera, el “Olimpo Celta”.

En contraste con las elevaciones prelitorales, se encuentra el extenso arenal de la playa de Carnota, que desde la Punta de Caldebarcos al Norte y la de Os Remedios al Sur, alcanza la longitud de casi 7 km., donde se producen cuatro ecosistemas diferentes: la playa, una zona dunar, zona intermareal y las marismas, formadas por la desembocadura del río Vadebois.

Las tierras de Carnota están bañadas por diversos ríos y arroyos, que nacen en la vertiente este de los montes y van a desembocar en el océano, como el Valdebois, y a su afluente el Louredo, al río Muíños, al Pedrafigueira y al Larada. El Xallas, que desde las tierras del mismo nombre llega para perfilar el límite norte del municipio y formar el salto del Ézaro, cuya explotación se utiliza para la producción hidroeléctrica.

En estas comarcas, la vegetación arbórea autóctona de roble y castaño desapareció casi en su totalidad, debido a la repoblación forestal realizada con pino y eucalipto. Las zonas próximas a la costa, presentan formaciones de tojo y ericáceas. Las praderas y las zonas de cultivo (maíz, centeno, patatas y habas) se sitúan en las zonas costeras abrigadas, en los valles y llanuras del interior.

Esta zona posee un clima oceánico, caracterizado por temperaturas suaves a lo largo del año y abundantes precipitaciones. La temperatura media anual se aproxima a los 13 grados, con temperaturas que oscilan entre los 18 y 19 grados, los meses cálidos (julio y agosto); y entre 8 o 9, los meses más fríos. En cuanto a las precipitaciones, la media oscila los 1500 mm. anuales, y se concentran principalmente en el período otoño-invierno, reduciéndose en más de un 90 % en la época estival. También son frecuentes los vientos, que azotan con fuerza el litoral.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

El gasto sanitario está alcanzando cotas tan altas que impone un profundo análisis de su rentabilidad. A pesar de los avances realizados en los últimos años para mejorar el alcance y la utilización de los servicios de salud en todo el mundo, las necesidades de salud de toda la población siguen siendo muy superiores a la capacidad de los sistemas. El gasto público en salud se ha estancado haciendo aún mayor la diferencia entre la capacidad de los sistemas y las necesidades de salud. Los cambios que se están produciendo en los perfiles epidemiológicos de la población y en el financiamiento y la organización de los sistemas de salud, aumentan la necesidad de determinar prioridades en la materia. Los gestores sanitarios se enfrentan a difíciles opciones en el momento de asignar los recursos y se carece de instrumentos analíticos para determinar prioridades. Por ello los investigadores tienen que intensificar sus esfuerzos por formular marcos conceptuales y diseñar indicadores y métodos destinados a fijar prioridades en materia de salud.

Los responsables de la administración sanitaria deben tener presente que su paciente es la globalidad del conjunto social para el que deben obtener el máximo rendimiento con recursos limitados; y que la salud es una aspiración y un derecho reconocido constitucionalmente de todos los ciudadanos. Para conseguir ese máximo rendimiento de los escasos recursos es imprescindible la utilización de técnicas de planificación porque los factores que influyen en la salud de un colectivo son múltiples, y algunos están específicamente asignados a otros sectores de la Administración; y también porque los problemas de salud son muy heterogéneos, cada vez más complejos y aumentan con rapidez la carga absoluta de morbilidad y la demanda de atención de salud. De ahí que en la actualidad, la demanda por generar evidencia epidemiológica relevante para la gestión en salud es más intensa y se hace más crítica y necesaria. Se reclama la prioridad de desarrollar redes y sistemas de información, fortalecer las capacidades analíticas de la situación de salud y el uso de la epidemiología en la gestión sanitaria.

En el área objeto de estudio se realizó, en 1986 “el estudio médico-geográfico y epidemiológico del Partido Judicial de Corcubión” que incluía los mismos municipios. Estos municipios tienen unas características geográficas, sociales y medioambientales comunes. En ese análisis anterior de la situación se detectaron una serie de deficiencias en la zona, por ejemplo, graves problemas de saneamiento, inexistencia de registros fiables y gran escasez de recursos

materiales y humanos. Han pasado casi veinte años, y se han producido cambios en las condiciones del área, como el vertido de fuel-oil del buque “Prestige” frente a las costas gallegas, mejoras en los sistemas de información y además cuentan con una mayor dotación de recursos sanitarios, tanto humanos como materiales (más centros de salud, consultorios, y un hospital). Los cambios que se han producido en la zona y los argumentos a favor de la determinación de prioridades en materia de salud hacen necesaria una actualización de la información, que permita conocer el nivel de salud actual de la población y así poder adecuar los servicios de salud que se están prestando a la realidad socioeconómica de esta comunidad. Con el diagnóstico de salud se intenta adoptar un marco conceptual basado en los factores determinantes de la salud, reconociendo la intersectorialidad como elemento clave en el desarrollo de la salud de la población. De este modo, el diagnóstico de salud será un instrumento activo y permanentemente confrontado con la realidad, que servirá como referente para evaluar los programas para la protección y promoción de la salud, así como, para la prevención de la enfermedad que se desarrollen en esta área.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivo general

Descripción de la situación de salud de la población del área de influencia del Hospital de Cee (A Coruña), como marco conceptual que sirva de base para una planificación racional de los servicios de salud y una asignación eficiente de los recursos.

Objetivos específicos

1. Análisis descriptivo del estado de salud de la población del área de influencia del Hospital de Cee (A Coruña).
2. Identificar problemas y necesidades de salud prioritarias en el área de influencia del Hospital de Cee (A Coruña).

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO

1) Tipo de estudio

El trabajo se plantea como un estudio epidemiológico, descriptivo, transversal.

2) Ámbito de investigación

a) Ámbito poblacional

La población objeto de estudio es la población residente en el área de influencia del Hospital de Cee (Fundación “Virxe da Xunqueira”), que incluye los municipios de Camariñas, Cee, Corcubión, Dumbria, Fisterra, Muxía, Vimianzo y Zas. Además del municipio de Carnota, ya que por su estructura social y económica se incluye entre los municipios de la “costa da morte” y además, una parte importante de su población acude a dicho hospital.

Figura 1. Municipios del área de influencia hospitalaria de Cee (A Coruña)



b) Ámbito temporal

El año de estudio es el 2001. En caso de no disponerse de información del mismo se ha recogido la correspondiente al año más próximo.

En algunas variables de mayor interés se ha recogido una serie temporal para evaluar su evolución.

3) INDICADORES

3.1. Criterios de selección

Para la selección de los indicadores a estudio, se revisaron las clasificaciones utilizadas en diferentes países y ámbitos de la salud: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud^{70, 71, 76, 82} (Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País (IRDBS), Situación de Salud en las Américas), Banco Mundial¹⁵⁷ (Indicadores del Desarrollo Mundial), Canadá^{69, 159, 160} (Instituto canadiense para la información de la salud: indicadores de salud), países miembros de la Unión Europea (Indicadores de Salud de la Comunidad Europea)^{162, 163, 164, 172}, observatorios de Salud Pública en Inglaterra (indicadores de Salud Pública para las distintas regiones de Inglaterra)^{173, 174}, cuarta evaluación en España del programa de “Salud para todos en el año 2000”¹⁶⁶ informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)¹⁷⁵ y Plan de Salud de Galicia^{167, 168}.

Una vez revisadas las distintas clasificaciones, se preseleccionaron los indicadores del modelo europeo “European Community Health Indicators (ECHI-2 list)”¹⁷² y del modelo canadiense⁶⁹. De todos ellos, se extrajo el grupo definitivo de indicadores, tras adaptarlo a las necesidades del área objeto de estudio y teniendo en cuenta las limitaciones de la información disponible. En el anexo I se recogen todos los indicadores utilizados en este trabajo.

3.2. Clasificación de los indicadores

Se han elaborado cuatro grandes grupos:

- a) Indicadores demográficos
- b) Indicadores de determinantes de salud no sanitarios
- c) Indicadores del estado de salud
- d) Indicadores de los servicios sanitarios.

3.2.a. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Estos indicadores se elaboraron a partir de los datos de estructura y composición de la población obtenidos del censo del año 2001. Como denominadores de los distintos indicadores de salud y sociales se utilizaron las estimaciones intercensales hasta el año 1997 (a partir del censo de 1991 y los padrones municipales de 1986 y 1996), y para los años 1998, 1999 y 2000 se emplearon los datos del Padrón continuo.

Fuente de datos: Instituto Gallego de Estadística (IGE)¹⁷⁶, Instituto Nacional de Estadística (INE)¹⁷⁷: censo de población y viviendas del año 2001, padrón municipal de habitantes del año 2001 y estadística de variaciones residenciales desde el año 1991 hasta el año 2001; y Servicio de Información sobre Salud Pública de la Dirección General de Salud Pública de Galicia. También se consultaron las publicaciones del Anuario Social¹⁷⁸ y el Anuario Económico¹⁷⁹ de la Caixa de los años 2004 y 2003, respectivamente.

Del total de indicadores que se utilizan para conocer la **ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN**, se seleccionaron un total de ocho indicadores, y para su elaboración, se emplearon los datos del censo de población y viviendas del año 2001:

- a) Pirámide de población: este indicador se representa gráficamente por un doble histograma que muestra las proporciones de cada edad y sexo respecto de la población total, y nos informa acerca de la distribución por edad y sexo de la población. En este estudio se representó la población masculina a la izquierda y la femenina a la derecha, con las edades más jóvenes en la base y las ancianas en la cima para cada municipio y para el total del área de estudio.

- b) Densidad poblacional: este indicador se define como el número de habitantes por kilómetro cuadrado, y nos va a informar acerca de la dispersión demográfica en cada municipio del área de estudio en los años 1991 y 2001.

- c) Proporción de personas mayores de 60 años: este indicador valora la proporción de personas mayores de 60 años sobre el total de la población del área. Se calculó el porcentaje de personas mayores de 60 años (P(60+)) sobre el total de la población (P(total)) de cada municipio. De manera accesoria también se tuvo en cuenta al grupo de ancianos (personas mayores de 80 años (P(80+)) debido a su gran magnitud relativa.
 - Proporción de mayores: $P(60+)/P(\text{total})$
 - Proporción de ancianos: $P(80+)/P(\text{total})$

- d) Índice de envejecimiento: indicador que identifica el grado de envejecimiento de la población. Este índice, se obtuvo relacionando la población de mayores P(60+) con la población de jóvenes (P0- 19) para cada municipio. A su vez se obtuvo el Índice de sobre-envejecimiento, que distingue el grupo de personas más longevas P(80+), dentro del grupo de las personas mayores P(60+).
- Índice de envejecimiento: $(P(60+)/P(0-19))*100$
 - Índice de sobre-envejecimiento: $(P(80+)/P(60+))*100$
- e) Índice de dependencia: indicador demográfico asociado a la actividad económica en función de la edad, que relaciona la población de mayores y la población de jóvenes con la población de adultos. Para su elaboración se relacionó la población dependiente con la población de adultos (P (20- 59)) para cada municipio. Se consideró población dependiente: la población de jóvenes (P(0-19)), la población de mayores (P(60+)) y la población de ancianos(P(80+)); y así, el índice se estructuró en cuatro categorías:
- Índice de dependencia global: $[(P(0-19)+ P(60+))/ P(20-59)]*100$
 - Índice de dependencia juvenil: $[P(0-19)/P(20-59)]*100$
 - Índice de dependencia de mayores: $[P(60+)/P(20-59)]*100$
 - Índice de dependencia de ancianos: $[P(80+)/P(20-59)]*100$
- f) Índice de recambio de población activa: este índice valora la capacidad de una población para sustituir a los individuos que se van jubilando. Se calculó dividiendo los sujetos que están a punto de salir de la edad activa (P(60-64)) por los que están a punto de entrar (P(20-24)) para cada municipio.
- Índice de recambio de población activa: $(P60- 64/P20- 24)*100$
- g) Índice de juventud de la población activa: índice que determina el grado de juventud de la población activa. Para su elaboración se relacionó el grupo de generaciones más jóvenes (P(15-39)) con el grupo de generaciones mayores en activo (P(40-64)) para cada municipio.

- Índice de juventud de la población activa: $(P(15-39)/(P40-64))*100$
- h) Índice de tendencia: este índice valora el grado de envejecimiento de la población, y se calculó dividiendo los niños nacidos recientemente ($P(0-4)$) por la población de 5 a 9 años ($P(5-9)$) para cada municipio.
- Índice de tendencia: $(P0- 4/P5- 9)*100$

Para conocer la dinámica de la población se utilizaron los datos del movimiento natural de la población de los años 2000 y 2001, del Padrón Municipal de habitantes del 2001, y la Estadística de Variaciones Residenciales desde 1991 hasta el año 2001. Además se consultaron las publicaciones del Anuario Social¹⁷⁸ y el Anuario Económico de la Caixa¹⁷⁹. Dentro de los indicadores que se emplean habitualmente para conocer la **DINÁMICA DE LA POBLACIÓN**, se encuentran:

- a) Tasa General de Fecundidad (TGF): indicador que relaciona el número de nacidos vivos con las mujeres en edad fértil. Para su elaboración, se utilizaron las tasas calculadas por el IGE, dividiendo los nacidos vivos durante el año 2001 y la población femenina en edad fértil ($PF(15- 49)$) para cada municipio.
- $TGF = [Nacimientos/PF_{(15-49)}] * 1000$
- b) Índice Sintético de Fecundidad (ISF): índice que valora el número de hijos esperado por mujer a lo largo de su vida fértil, y aporta una información consistente de la intensidad del fenómeno fecundidad en la población, ya que no se ve afectado por la estructura por edades de la misma. Este índice se obtiene sumando la serie completa de tasas específicas de fecundidad (f_x). (La tasa específica de fecundidad relaciona los nacimientos correspondientes a madres de una determinada edad con el efectivo de mujeres de esa misma edad). También se utilizaron los valores calculados por el IGE.
- $ISF = \sum f_x$
- c) Edad Media de la Maternidad (EMM): este indicador es la media aritmética de las edades a las que las mujeres tienen los hijos,

ponderada por las tasas específicas de fecundidad de cada grupo de edad. Este indicador se obtuvo a partir de los datos elaborados por el IGE.

- $EMM = \sum(x+n/2) * f_x / \sum f_x$

d) Tasa General de Nupcialidad (TGN): indicador que valora el número de matrimonios que se producen al año en la población; y para obtenerlo, se utilizó la TGN elaborada por el IGE por municipio de residencia.

- $TGN = (\text{número de matrimonios}_{(sexo)} / \text{población}_{(sexo)}) * 1000$

e) Índice de Potencialidades (IP): índice que relaciona las dos mitades de la población femenina en edad fértil, y se calculó dividiendo el grupo de mujeres jóvenes (PF(20-34)) por el grupo de mujeres mayores (PF(35-50)) para cada municipio.

- $IP = (PF20-34 / PF35-50) * 100$

f) Saldo Vegetativo (SV): es el balance entre los nacimientos y las defunciones que se producen a lo largo del año. Este indicador se calculó a partir de la diferencia entre los nacimientos ($N^{t, t+n}$) y las defunciones ($D^{t, t+n}$) del año 2001, para cada municipio y para el área de estudio. Posteriormente se determinó la tasa de saldo vegetativo desde el año 1991 hasta el 2001, dividiendo por la población del área de cada año (población a mitad de periodo).

- $SV = N^{t, t+n} - D^{t, t+n}$

- Tasa de SV = $[(N^{t, t+n} - D^{t, t+n}) / \text{población del área}] * 1000$

g) Saldo Migratorio (SM): es el balance entre inmigrantes y emigrantes en un año. Se calculó la tasa de saldo migratorio anual desde 1991 hasta el 2001. Inicialmente se estimó la diferencia entre inmigrantes ($I^{t, t+n}$) y emigrantes ($E^{t, t+n}$) anual, para el área de estudio, y después se dividió por la población del área (población a mitad de periodo).

- $SM^{t, t+n} = I^{t, t+n} - E^{t, t+n}$

- Tasa SM $^{t, t+n} = [(I^{t, t+n} - E^{t, t+n}) / \text{población área}] * 1000$

Así mismo se obtuvo la estadística de variaciones residenciales del área del año 2001, según fuera: interno (intraprovincial, resto de Galicia) o externo (resto de España, extranjero). Y se estudió la emigración por las bajas que se produjeron en el ayuntamiento de cada municipio de sus residentes hacia otros municipios durante el año 2001, según los datos publicados en el Anuario Social de la Caixa del año 2004¹⁷⁸.

- h) Ritmo de crecimiento medio anual de la población: indicador que determina en que medida se ha producido la variación de la población intercensal. Se utilizaron los valores de la diferencia absoluta y relativa de población entre el censo del año 2001 y 1991 (variación absoluta y relativa), en los municipios del área de estudio, publicados en el Anuario Económico de la Caixa del año 2003¹⁷⁹. Así como el ritmo de crecimiento medio anual en cada municipio.
- i) Crecimiento Demográfico (CD): es el crecimiento real que la población experimenta en un año. Para calcular el crecimiento demográfico desde 1991 hasta el 2001, se sumó el saldo vegetativo y el saldo migratorio por año, para el área de estudio. Posteriormente, se dividió por la población del área (población a mitad de periodo) para obtener así, la tasa de crecimiento anual.
- $CD = (N^{t, t+n} - D^{t, t+n}) + (I^{t, t+n} - E^{t, t+n})$
 - Tasa CD = $[(N^{t, t+n} - D^{t, t+n}) + (I^{t, t+n} - E^{t, t+n})] / \text{población área (cada año)} * 1000$

3.2.b. INDICADORES DE DETERMINANTES DE SALUD NO SANITARIOS

Los indicadores de determinantes de salud no sanitarios son un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales, y por ello, se obtuvieron de fuentes de distinta índole. Así, los determinantes de salud no sanitarios se estructuraron en seis categorías:

- Indicadores de comportamientos de salud o estilos de vida
- Indicadores de factores de riesgo

- Indicadores de condiciones de vida y de trabajo
- Indicadores del nivel de instrucción
- Indicadores del nivel económico
- Indicadores de factores medioambientales

Los datos sobre **COMPORTAMIENTOS DE SALUD O ESTILOS DE VIDA** proceden del estudio realizado por la Asociación de Neira en colaboración con la Universidad de La Coruña y la Fundación Hospital “Virxe da Xunqueira” de Cee (A Coruña) en esta zona (aunque el estudio incluye otros 3 municipios: Laxe, Mazaricos y Cabana de Bergantiños). El estudio se realizó en el año 2003. En este estudio se identifican los patrones de consumo de drogas, alcohol y otras sustancias en la población adolescente y juvenil, de edades comprendidas entre 13 y 19 años; y así los grupos de edad que se establecieron al elaborar los indicadores fueron: 13 años, 14, 15, 16 y 17 y más años. La recogida de datos se realizó según el cuestionario de Hawkins y Catalano.

Proporción de consumo de sustancias adictivas entre la población juvenil: este indicador refleja el patrón de consumo de drogas, alcohol y otras sustancias entre la población joven del área. Las sustancias consideradas fueron: alcohol, tabaco, marihuana, LSD, cocaína y otras drogas. Para su elaboración se calculó la proporción de jóvenes que habían consumido alguna de estas sustancias sobre el total de los jóvenes que participaron en el estudio en el último mes por sexo y por grupos de edad. Además se determinó la proporción de alto consumo de alcohol y tabaco. (Se consideró alto consumo de alcohol, el haber tomado dos o más copas en las dos últimas semanas; y de tabaco, el haber fumado 1 o más paquetes al día).

Como **FACTOR DE RIESGO**, se utilizó un indicador que es clave para determinar la supervivencia, la salud y el desarrollo infantil:

Proporción de niños con bajo peso al nacer: este indicador valora el porcentaje de niños nacidos con un peso inferior a los 2,5 kg, y se calculó a partir del total de nacimientos que se produjeron en los años 1999, 2000 y 2001 en la Fundación Hospital “Virxe da

Xunqueira” de Cee (A Coruña). Para su elaboración se utilizaron los datos del Servicio de Análisis de Información del SERGAS.

- Proporción de niños con bajo peso al nacer = (nacidos con un peso menor de 2,5 kg / total de niños nacidos) * 100

Dentro del nivel de **CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO** se analizó la situación de empleo de la población, así como las características de la vivienda. Para la elaboración de los indicadores de condiciones de trabajo se utilizaron los datos de la Encuesta de Población Activa del 2001 obtenidos a través del IGE, y de la oficina del Instituto Nacional de Empleo (INEM), y se consideró:

Población económicamente activa (PA): al conjunto de personas mayores de 16 años dentro de la población, que suministran mano de obra para la producción de bienes y servicios económicos o que están disponibles y hacen las gestiones para incorporarse a la producción. Por lo tanto esta categoría comprende la población ocupada (PO) y la población en situación de desempleo (PP).

Población económicamente inactiva (PI): al conjunto de personas mayores de 16 años dentro de la población, que se ocupan de las labores del hogar, estudiantes, jubilados o retirados, incapacitados, personas que reciben una pensión diferente a la de la jubilación o prejubilación, personas que realizan sin remuneración trabajos sociales.

Del total de indicadores que se utiliza para conocer la situación laboral de la población se seleccionaron seis:

- a) Tasa de Actividad (TA): este indicador relaciona el número total de la población activa (PA) con el total de la población (PT). Para su elaboración, se utilizaron los valores publicados por el IGE, según sexo y por municipio de residencia para los años 1996 y 2001.

- $TA = (PA / PT) * 1000$

- b) Tasa de Ocupación (TO): indicador que identifica la población con empleo (PO) sobre el total de la población económicamente activa (PA). La tasa de ocupación se elaboró a partir de los datos publicados por el IGE, de los años 1996 y 2001 por sexo y municipio de residencia.

- $TO = (PO / PA) * 1000$

- c) Tasa de Paro (TP): este indicador relaciona la población en situación de desempleo (PP) con el total de la población económicamente activa (PA), y se obtuvo, igualmente a partir de los valores publicados por el IGE, por sexo y municipio de residencia de los años 1996 y 2001. También se analizaron las tasas de paro por grupos de edad. Los grupos de edad considerados fueron: población de 16 a 24 años, de 25 a 44 años y de 45 a 64 años.
- $TP = (PP/PA)*1000$
 - $TP_{16-24} = (PP_{16-24}/PA_{16-24})*1000$
 - $TP_{25-44} = (PP_{25-44}/PA_{25-44})*1000$
 - $TP_{45-64} = (PP_{45-64}/PA_{45-64})*1000$
- d) Proporción de población ocupada según la actividad: indicador que identifica la población ocupada por sectores de actividad económica. Para su elaboración se calculó el porcentaje de la población con empleo por sector de actividad sobre el total de la población ocupada por sexo y municipio de residencia. Se consideraron las categorías de agricultura, ganadería, caza y silvicultura; pesca, construcción, industria y servicios.
- e) Proporción de población ocupada según la ocupación: este indicador clasifica el tipo de actividad que realiza la población ocupada, según la ocupación. A partir de los datos publicados por el IGE, se calculó el porcentaje de población con empleo según la ocupación (incluyendo las categorías de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CON-94))¹⁸⁰ sobre el total de la población ocupada por sexo y municipio de residencia.
- f) Proporción de población parada según el nivel académico: indicador que identifica el porcentaje de población parada según su nivel de estudios. Para su elaboración se obtuvo la proporción de población que demandó empleo en el año 2001, según su nivel de estudios académicos, sobre el total de la población parada y por municipio de residencia. El nivel de estudios académicos se estructuró en cinco

categorías: sin estudios, estudios primarios o certificado de escolaridad, EGB, estudios de grado medio y estudios universitarios.

Los datos sobre las **CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS** se obtuvieron del IGE, del Censo de población y viviendas del 2001, y se elaboraron tres indicadores:

- g) Proporción de viviendas principales según el número de residentes por hogar en el área: este indicador ayuda a identificar el porcentaje de personas que viven solas. A partir de los datos del IGE, se calculó el porcentaje de viviendas según el número de residentes por hogar sobre el total, en el área. El indicador se estructuró en viviendas con uno, dos, tres, cuatro, cinco y seis o más habitantes.
- h) Proporción de viviendas principales según los metros cuadrados por persona: indicador que ayuda a identificar situaciones de hacinamiento. Para elaborarlo se calculó el número de metros cuadrados de la vivienda principal disponibles por persona en el área. El número de metros cuadrados se estructuró en varias categorías: hasta 10 m², de 11 a 15 m², de 16 a 20 m², de 21 a 25 m², de 26 a 30 m² y más de 31 m².
- i) Proporción de viviendas principales sin aseo: indicador que ayuda a identificar condiciones de mal saneamiento en la vivienda, y para su elaboración se calculó el porcentaje de viviendas principales que no tenían aseo, sobre el total de viviendas de cada municipio.

Para conocer el **NIVEL DE INSTRUCCIÓN** de la población y los recursos educativos de los que disponen, se utilizaron los datos del IGE obtenidos del censo de población y viviendas del año 2001 y los datos publicados en el Anuario Social de la Caixa del año 2003¹⁷⁸ y se elaboraron tres indicadores:

- a) Tasa de Analfabetismo (TAA): este indicador identifica la proporción de la población mayor de 16 años que no tiene estudios (P_{se}) sobre el total de la población mayor de 16 años ($P_{>16a}$), y se obtuvo

dividiendo la población que no tenía estudios por el total de la población por sexo y por municipio de residencia.

- $TAA = (P_{se} / P_{>16a}) * 1000$

- b) Proporción de población según el nivel académico: indicador que estructura la población según el nivel de estudios que ha alcanzado. Para su elaboración se utilizaron los datos de la población con estudios publicados por el IGE, según el nivel alcanzado, y se calculó el porcentaje de cada nivel sobre el total de la población de 16 y más años del área. El indicador se categorizó en: no sabe leer ni escribir, menos de 5 años de escolarización, sin completar el bachillerato elemental (ESO O EGB), bachillerato elemental completo (ESO O EGB), bachillerato superior (BUP/ LOGSE, COU/ PREU), FPI, FP grado medio (oficialía industrial), FIP, FP grado superior (maestría industrial), diplomatura (arquitectura, enseñanza técnica), licenciatura (arquitectura, enseñanza técnica).
- c) Recursos educativos: este indicador identifica el número de centros formativos y culturales en el área. Para su elaboración se hizo un recuento de todos los centros formativos y culturales de los municipios del área. El indicador se estructuró en distintos niveles: total de centros, centros escolares públicos, centros escolares privados, centros escolares de educación infantil y ESO/Bachillerato/COU/FP.

Uno de los indicadores más utilizados para conocer el **NIVEL MEDIO ECONÓMICO** de una población es la renta familiar disponible.

Índice de Renta Familiar disponible (ÍRF): este índice ayuda a determinar el nivel medio económico de la zona, ya que estima los ingresos netos percibidos por las economías domésticas en un período. En este estudio se han utilizado los valores del IRF para cada municipio del área del año 2001, publicados por el Anuario Económico de la Caixa del año 2003¹⁷⁹ El índice se obtiene al sumar el total de ingresos procedentes del trabajo, las rentas de capital y las prestaciones sociales; y restar los impuestos directos pagados y las cotizaciones a la seguridad social. El ÍRF se estructuró en diez

niveles: 1 (hasta 6.400 euros), 2 (6.401-7.300 euros), 3 (7301-8225 euros), 4 (8226-8.800 euros), 5 (8.801-9.700 euros), 6 (9.701-10.650 euros), 7 (10.651-11.500 euros), 8 (11.501-12.500 euros), 9 (12.501-13.500 euros) y 10 (más de 13500 euros).

Entre los **FACTORES MEDIOAMBIENTALES** se consideró la contaminación del aire por los principales contaminantes atmosféricos: partículas en suspensión, ozono, óxidos de nitrógeno... Los datos sobre calidad del aire proceden de las estaciones de la red de vigilancia de la contaminación atmosférica más próximas a estos municipios (estaciones de Fadibón, Raxo y Grixá, Paradela, Ansean y Logoso). En ellas sólo se determinan los niveles de inmisión de "partículas en suspensión" (SPM). Las estaciones de Fadibón, Raxo y Grixá, pertenecen a la subred "Ferroatlántica Cee", que utiliza la técnica de microbalanza para determinar los niveles de partículas en suspensión. Las estaciones de Paradela, Ansean y Logoso pertenecen a la subred "Ferroatlántica Dumbría", que utiliza la técnica de absorción beta para determinar los niveles de partículas en suspensión. Estos datos fueron facilitados por el Laboratorio de referencia de Medio Ambiente de Galicia (Consejería de Medio Ambiente de Galicia).

En el análisis se tuvieron en cuenta como valores de referencia, los valores límite para partículas en suspensión para el período anual o invernal, que se establecen en el Real Decreto 1321/1992¹⁸¹.

Para el estudio de la *contaminación ambiental* se elaboraron tres indicadores:

- a) Media de los valores diarios de partículas en suspensión (SPM): indicador que representa la media aritmética de los valores medios diarios registrados de los niveles de inmisión del parámetro SPM. Los datos se analizaron anualmente desde el año 1997 hasta el 2001, y por los períodos invernales correspondientes a los años 1997-98, 1998-99, 1999-2000 y 2000-01. Estos valores se compararon con los niveles permitidos por la legislación vigente (valor guía).

- b) Mediana de los valores diarios de partículas en suspensión (SPM): este indicador representa el 50% de los valores diarios del parámetro SPM. Se analizaron los datos de los períodos invernales correspondientes a los años 1997-98, 1998-99, 1999-2000 y 2000-

01. Estos valores se compararon con los niveles permitidos por la legislación vigente (valor guía).

- c) Percentil 98 de los valores medios diarios de partículas en suspensión (SPM): este indicador representa el 98% de todos los valores medios diarios registrados del parámetro SPM. Los datos se analizaron anualmente desde el año 1997 hasta el 2001, y por los períodos invernales correspondientes a los años 1997-98, 1998-99, 1999-2000 y 2000-01. Estos valores se contrastaron con los niveles permitidos por la legislación vigente (valor guía).

Dentro de los factores medioambientales, también se analizó la *calidad y vigilancia de las aguas potables de consumo público y las características de los distintos abastecimientos* en su totalidad. Los datos fueron facilitados por el Laboratorio de la Delegación Provincial de La Coruña, la sección de Aguas de Galicia de la Consellería de Medio Ambiente de Galicia, los Ayuntamientos Municipales, y el Servicio de Prevención de Riesgos Específicos de la Dirección General de Salud Pública de Galicia. Como indicadores se seleccionaron cuatro:

- a) Proporción de muestras de aguas no potables: indicador que valora el número de muestras de agua no potable dentro de los abastecimientos de agua potable. Con los datos de las muestras controladas por el laboratorio de la Delegación Provincial de La Coruña se obtuvo el porcentaje de muestras que no fueron potables sobre el total a lo largo del año 2001 en los municipios objeto de estudio.
- b) Proporción de población cubierta por Estaciones Depuradoras de Agua Potable (ETAP): indicador que identifica el número de estaciones depuradoras de aguas potables que están en funcionamiento en estos municipios. Con los datos facilitados por Aguas de Galicia (en enero del año 2004), se calculó el porcentaje de población que dispone de un sistema de depuración de agua potable. Además se especifican las estaciones que hay en cada Ayuntamiento, la población a la que abastece, la empresa

explotadora, el lugar en el que se produce la captación y la capacidad de filtración.

- c) Proporción de población cubierta por Estaciones Depuradoras de Aguas Residuales (EDAR): indicador que identifica el porcentaje de población que dispone de un sistema de saneamiento integral. Con los datos facilitados por Aguas de Galicia (en enero del año 2004), se obtuvo el porcentaje de población según el sistema de evacuación de excretas del que disponen sobre el total en cada Ayuntamiento. Se especifican las estaciones que hay y las que habrá en cada Ayuntamiento, el sistema de depuración y la población cubierta.
- d) Proporción de aguas de baño aptas: indicador que valora el número de zonas de baño que son aceptables para el baño en estos municipios, así como el número de playas que tiene buenas condiciones generales. Para su elaboración, a partir de los datos facilitados por el Servicio de Prevención de Riesgos Específicos de la Dirección General de Salud Pública, se calculó:
- Proporción de aguas de baño habilitadas que fueron aptas para el baño en los años 2001 y 2002
 - Proporción de aguas de baño habilitadas según las condiciones generales de los alrededores en los municipios estudiados y en el año 2001. (Se valoraron las condiciones generales, basuras y residuos, vertidos y aguas residuales. La puntuación final se categorizó en pésima, mala, tolerable y buena).

Otro factor medioambiental a tener en cuenta es la *Gestión de residuos sólidos* urbanos: el control y tratamiento adecuado de los residuos. Para su valoración se elaboraron dos indicadores:

- a) Proporción de municipios que tienen implantado el plan de la Sociedad Gallega de Medio Ambiente "SOGAMA": este indicador identifica los municipios que tienen implantado el plan de la Sociedad Gallega de Medio Ambiente "SOGAMA" (plan gallego para la adecuada gestión de los residuos sólidos). Estos datos fueron facilitados por los Ayuntamientos Municipales del área y se

clasificaron los resultados según estuvieran adheridos, y tuvieran o no implantado el plan SOGAMA (mayo de 2004).

- b) Número de vertederos y de puntos negros incontrolados: este indicador recoge los vertederos incluidos dentro del “Programa de adecuación, sellado y clausura de vertederos de Galicia”. A partir de los datos obtenidos de la Consellería de Medio Ambiente de Galicia y de los Ayuntamientos Municipales se identificaron y clasificaron los vertederos y puntos negros ubicados en el territorio de estos Ayuntamientos, según estuvieran sellados y clausurados, o pendientes, y aquellos en los que todavía no estaba programada su clausura (mayo de 2004).

Las *Zoonosis* también son determinantes de la salud de la población. Los datos fueron facilitados por la Consellería de Agricultura y Desenvolvemento Rural de Galicia, y los indicadores seleccionados fueron:

- a) Número de animales de ganado vacuno positivos a la tuberculosis: indicador que valora el número de animales de ganado vacuno que fueron positivos a la tuberculosis en los años 1998, 1999, 2000 y 2001 en estos municipios.
- b) Número de animales de ganado vacuno positivos a la brucelosis: indicador que valora el número de animales de ganado vacuno que fueron positivos a la brucelosis en los años 1998, 1999, 2000 y 2001 en estos municipios.

3.2.c. INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD

Los indicadores del estado de salud se elaboraron a partir de datos procedentes de distintas fuentes y se estructuraron en:

- Indicadores de mortalidad y expectativa de vida
- Indicadores de condiciones de salud
- Indicadores de condiciones de discapacidad

Los **DATOS DE MORTALIDAD Y EXPECTATIVA DE VIDA** del área de influencia de la Fundación Hospital de Cee (A Coruña), se obtuvieron del IGE y del Registro de Mortalidad de la Dirección General de Salud Pública de Galicia. El registro de mortalidad requiere de la certificación de la muerte, para lo cuál se usa el Certificado Médico de Defunción. Las causas de mortalidad están codificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión (CIE 9ª) hasta 1998, y el año 1999 según la décima revisión. Los datos del Registro de Mortalidad fueron facilitados hasta el año 1999, porque no estaban disponibles de fechas posteriores. Los indicadores seleccionados fueron siete:

- a) Tasa Bruta de Mortalidad (TBM): indicador que mide el número global de defunciones que se producen durante un año en la población. Se hallaron las TBM del año 2001, según sexo y municipio de residencia, así como, la evolución temporal de las tasas desde 1991 hasta el 2001.
 - $TBM = (\text{defunciones}_{(2001)} / \text{población total}_{(2001)}) * 1000$

- b) Tasa de mortalidad por grupos de edad (TEM): indicador que determina el número de defunciones que se producen en cada grupo de edad (x) de la población. Para su elaboración, se calculó el cociente entre el número de defunciones de personas de un determinado grupo de edad y la población total en ese grupo de edad (x) en el año 2001 en toda el área. La edad se categorizó en: menores de 20 años, de 20 a 29 años, de 30 a 39 años, de 40 a 49 años, de 50 a 59 años, de 60 a 69 años, de 70 a 74 años y mayores de 74 años.
 - $TEM = (\text{defunciones}_{(x)} / \text{población total}_{(x)}) * 1000$

- c) Mortalidad Proporcional según Causa de Muerte (MPM_c): este indicador identifica el porcentaje de mortalidad por las distintas causas de defunción sobre el total de las defunciones. A partir de los datos facilitados por el Registro de Mortalidad, sobre el total de muertes que se produjeron en el año 1999, se determinó el porcentaje de defunciones por las causas más importantes (enfermedades del aparato circulatorio, tumores, enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades del aparato digestivo y causas

externas) y por sexo. También se calculó la evolución temporal de la mortalidad proporcional desde 1991 hasta 1999.

- $MPM_c = (\text{defunciones por una determinada causa}_{(1999)} / \text{total de defunciones}_{(1999)}) * 100$

d) Tasas de mortalidad según la causa de muerte estandarizadas por edad (TEM_c): este indicador permite neutralizar el efecto del factor de confusión de la edad. Para su elaboración, se realizó la estandarización de tasas por el método indirecto, ya que la población del área es pequeña. Para conseguir una mayor consistencia, se agruparon los resultados por trienios (el Índice de Mortalidad Estandarizada, IME, es el promedio del trienio) desde 1991 hasta 1999. Como población estándar se utilizó la población de Galicia, y se obtuvieron las tasas específicas de mortalidad (TEM) por sexo de la población gallega, para cada grupo de edad quinquenal_(x) y para cada trienio.

- $TEM = (\text{defunciones}_{(x)} \text{ del trienio} / \text{población total}_{(x)} \text{ del trienio}) * 1000$

La población del área se agrupó por trienios para cada grupo de edad, se multiplicó por las tasas específicas de mortalidad por sexo de la población estándar (TEM de Galicia), y se obtuvieron así, las defunciones que se podrían esperar en la población si tuviese las tasas específicas de la población de Galicia. Finalmente, se sumaron las defunciones totales (defunciones observadas) del área de cada trienio, se compararon con las esperadas, y de este modo, se obtuvo el IME por todas las causas (que habitualmente se multiplica por 100).

- $IME = (\text{defunciones observadas} / \text{defunciones esperadas}) * 100$

La estandarización de las tasas de mortalidad se realizó para todas las causas de mortalidad (CIE-9 001-799, E800-999; CIE 10 A00-Y89), enfermedades cardiovasculares (CIE-9 390-459, excepto 427.5, 435, 446, 459.0; CIE 10 I00-I99), tumores (CIE-9 140-239, 273.1.3, 289.8; CIE 10 C00-D48), aparato respiratorio (CIE-9 460-519, 786.0; CIE 10 J00-J99), enfermedades aparato digestivo (CIE-9 520-579; CIE10 K00-K93) y causas externas (CIE-9 E800-999; CIE 10 V01-Y89). Para cada grupo de causas (enfermedades

cardiovasculares, tumores, enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades del aparato digestivo y causas externas) se siguió el mismo proceso utilizando, para cada causa, las tasas específicas de mortalidad de Galicia y las defunciones totales del área.

e) Tasa de mortalidad en menores de 5 años: indicador que cuantifica la mortalidad infantil. Al elaborar este indicador, para conseguir una mayor consistencia, se agruparon los resultados por trienios desde 1991 hasta 1999 (1991-93, 1994-96 y 1997-99) según sexo. La población del grupo de edad 0, se estimó a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), de 1993 a 1999. Para los años 1991 y 1992, como no estaban disponibles los nacidos por sexo, se calculó la razón hombre/mujer de 1993 a 1999 y se aplicó a las cifras de nacidos en 1991 y 1992. Este indicador se estructuró en: tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad en menores de 5 años.

- Tasa de mortalidad infantil: n° de defunciones en niños menores de 1 año (trienio)/total de nacidos en ese periodo * 1000.
- Tasa de mortalidad en menores de 5 años: n° de defunciones de niños menores de 5 años (trienio)/población de menores de 5 años del mismo periodo * 1000.

f) Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP): indicador que da una idea de la importancia relativa que tienen las distintas causas de mortalidad en una población determinada. Para su cálculo, cada muerte se ponderó según la diferencia entre la edad de muerte de cada fallecido en la población y un límite de edad concreto fijado, que se establece de forma arbitraria (en este caso se empleó el umbral de 70 años). A continuación se suman “los años perdidos” por parte de los individuos que fallecen antes del umbral, por una determinada causa, según grandes grupos de la CIE (CIE-9^a y de la CIE-10^a) en la población. (La suma da el total de “años perdidos” por esa causa en la población).

Los resultados se calcularon en número y tasas por 1000 habitantes de APVP según la causa de muerte, por grandes grupos de la CIE

desde 1991 hasta 1999. También se calcularon los “años potenciales de vida perdidos” por causas principales en el año 1999.

- g) Esperanza de Vida (EV) al nacer: indicador que valora el número medio de años que una persona espera vivir desde el día de su nacimiento, según las estadísticas de mortalidad de ese momento. Como la población es pequeña para dar más consistencia a los resultados, la estimación de la Esperanza de Vida se realizó por trienios desde el año 1991 hasta el año 1999 (1991-93, 1994-96 y 1997-99). Para elaborar este indicador, se agrupó la población por grupos de edad quinquenales (x), se sumaron las defunciones de cada trienio para los mismos grupos de edad (x) que las poblaciones; y se calculó la EV para esos trienios, a partir de las tablas de vida; como el cociente entre el total de años por vivir y la cantidad de personas dispuestas a hacerlo (número de supervivientes en cada quinquenio). Para estimar la población del grupo de edad 0, se usaron los datos del INE, de 1993 a 1999. Para los años 1991 y 1992, como no estaban disponibles los nacidos por sexo, se calculó la razón hombre/mujer de 1993 a 1999 y se aplicó a las cifras de nacidos en 1991 y 1992.

También se calculó, del mismo modo, la Esperanza de vida a los 65 años, que es el número de años (en media) que se espera que una persona que ha alcanzado los 65 años de edad viva.

Los datos sobre **CONDICIONES DE SALUD** de la población se fundamentan en datos de morbilidad objetiva, que se han obtenido de los registros de enfermedades que existen: Delegación Provincial de Sanidad de La Coruña, Servicio de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles de la Dirección General de Salud Pública de Galicia y Servicio de Análisis de Sistemas de Información del Servicio Gallego de Salud de Galicia. Para su estudio se seleccionaron los siguientes indicadores:

- a) Tasa de incidencia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO): indicador que valora el número de casos nuevos de EDOs que se producen en la población durante un año. Para elaborarlo, se calcularon las tasas de los casos nuevos de EDOs por 100.000 habitantes en la población de estudio durante los años 1998, 1999,

2000 y 2001. Las enfermedades consideradas fueron: tuberculosis respiratoria (CIE-9 MC 010-012), hepatitis víricas (CIE-9 MC 070), tos ferina (CIE-9 MC 033), sífilis (CIE-9 MC 091), infección gonocócica (CIE-9 MC 0998.0 e 0998.1), sarampión (CIE-9 MC 055), tétanos (CIE-9 MC 037, 771.3), difteria (CIE-9 MC 032), paludismo (CIE-9 MC 084), poliomielitis (CIE-9 MC 045).

- Tasa de Incidencia de EDOs = n° de casos nuevos / ((población del área * tiempo) * 100.000)

b) Tasa de incidencia de la enfermedad tuberculosa: este indicador valora el número de casos nuevos de tuberculosis que se producen en la población durante un año. Se calculó, dividiendo el número de casos de tuberculosis que se produjeron al año sobre el total de la población desde 1996 hasta el año 2001, en el área. También se determinó la tasa específica (por grupos de edad) para los mismos años. Los grupos de edad considerados fueron: de 1-4 años, de 5-14 años, de 15-24 años, de 25-34 años, de 35-44 años, de 45-54 años, de 55-64 años, de 65-74 años y mayores de 75 años.

- Tasa de Incidencia de tuberculosis = $[n^{\circ}$ de casos nuevos / (población del área * tiempo)] * 100.000
- Tasa específica de incidencia de tuberculosis = $[(\sum n^{\circ}$ de casos_(x)_{año} / (\sum población_(x)_{año} del área de influencia hospitalaria)] * 100.000

c) Tasa de incidencia de SIDA: indicador que informa del número de casos nuevos de SIDA que se producen en la población durante un año. Para elaborar este indicador, se calculó la tasa bruta de incidencia y la tasa específica (por grupos de edad), para el período 1991- 2001 (total y por sexos) en el área de influencia hospitalaria. El tratamiento de los datos se realizó agrupado, debido al bajo número de casos que se produjeron en los 11 años.

- Tasa bruta de incidencia de SIDA = $[(\sum n^{\circ}$ de casos)₁₉₉₁₋₂₀₀₁ / \sum población del área de influencia hospitalaria)₁₉₉₁₋₂₀₀₁] * 100.000

Para determinar la tasa específica, la edad se estructuró en los siguientes grupos (x): 20- 24 años, 25- 29 años, 30- 34 años, 35- 39 años, 40- 44 años, 45- 49 años, 50- 54 años y 55- 59 años.

- Tasa específica de incidencia de SIDA = $[(\sum n^{\circ} \text{ de casos}_{(x)})_{1991-2001} / (\sum \text{ población}_{(x)})_{1991-2001}] * 100.000$

- d) Proporción de episodios de morbilidad hospitalaria por grandes grupos de enfermedades de la CIE 9ª MC: con este indicador se estudia la frecuencia de las enfermedades que fueron motivo de ingreso en la Fundación Hospital “Virxe da Xunqueira”, por grandes grupos de enfermedades de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Modificación Clínica (CIE 9ª MC). El cálculo de este indicador se basó en el análisis de los datos de morbilidad hospitalaria obtenidos a través del CMDDB (conjunto mínimo de datos básicos) del Servicio de Análisis de Sistemas de Información del Servicio Gallego de Salud de Galicia, por grandes capítulos de enfermedades de la CIE 9ª MC. El análisis de los datos fue descriptivo debido a la dificultad para discernir entre episodios y pacientes, ya que de momento, no está en vigor el uso del número de la tarjeta sanitaria que permita identificar pacientes. Se analizaron los datos sobre los ingresos en la Fundación Hospital de Cee (A Coruña), por residentes de los municipios del estudio, desde 1999 al año 2001. Los grupos de edad considerados fueron: menores de 1 año, de 1 a 14 años, de 15 a 44 años, de 45 a 64 años, de 65 a 74 años y mayores de 75 años.
- e) Proporción de diagnósticos principales de morbilidad hospitalaria: este indicador identifica las principales causas de ingreso en la Fundación Hospital “Virxe da Xunqueira”. También, a partir de los datos del CMDDB, se calcularon los porcentajes de diagnósticos principales más frecuentes sobre el total de los ingresos en la Fundación Hospital de Cee (A Coruña) por la población de los municipios incluidos en el estudio, por sexo, por grupo de edad, por causa de ingreso, y en función de que los ingresos fueran programados o no. Los grupos de edad considerados fueron:

menores de 1 año, de 1 a 14 años, de 15 a 44 años, de 45 a 64 años, de 65 a 74 años y mayores de 75 años.

- f) Personas ingresadas por patología tumoral: con este indicador se valora el número de personas que tuvieron un tumor como diagnóstico principal al ingreso en el Hospital. Para calcularlo, se obtuvieron los datos del CMBD de las altas de la Fundación Hospital “Virxe da Xunqueira”, como en los casos anteriores, y además del Complejo Hospitalario Juan Canalejo Marítimo de Oza y del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela) durante los años 1999, 2000 y 2001, con un tumor como diagnóstico principal (códigos CIE 9ª MC: 140-149, 150, 151, 153, 154, 155, 157, 161, 162, 172, 171, 173, 174, 175, 180, 179, 182, 179- 184, 185, 188, 189, 204 - 208, 230- 234, 210- 229) por sexo y edad, según el municipio de residencia. En la petición de datos al CMBD, se solicitaron las variables: número de historia clínica, número de identificación hospitalario, año de alta, municipio de residencia, sexo, fecha de nacimiento, fecha de alta, edad, hospital, categoría diagnóstica y código CIE 9ª MC y motivo de alta. Se depuró la base para llegar a tener el número de pacientes por tipo de tumor, en lugar del de episodios. (En los casos dudosos, se revisó la historia del paciente). Para que los datos fueran más consistentes se analizaron los datos de los tres años agrupados. Posteriormente, se calcularon las tasas específicas, así como el porcentaje de los distintos tipos de tumores dentro del total, por sexos y por grupos de edad. Los grupos de edad considerados fueron: menores de 45 años, de 46 a 55 años, de 56 a 65 años, de 66 a 75 años, de 76 a 85 años y mayores de 85 años.
- Tasas específicas de personas ingresadas con diagnóstico de tumor por 1000 habitantes = $[(\sum \text{número de personas con un tipo específico de tumor como causa de ingreso por grupo de edad})_{\text{trienio}} / (\sum \text{de la población del área por grupo de edad})_{\text{trienio}}] * 1000$
 - Porcentaje de personas con cada tipo de tumor = $[(\sum \text{Personas con un determinado tipo de tumor que ingresa} / \text{total de tumores que ingresan})_{\text{trienio}}] * 100$

A partir de los datos obtenidos de la Dirección General del Mayor y de las Personas con discapacidad de la Consellería de Asuntos Sociales de Galicia y de los Centros Provinciales de Seguridad y Salud Laboral de la Consellería de Justicia Interior y Relaciones Laborales de Galicia, se han elaborado dos indicadores para abordar el estudio de las **CONDICIONES DE DISCAPACIDAD** de la población:

- a) Personas con algún tipo de discapacidad: indicador que valora el número de personas que tienen discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales. Los datos fueron facilitados a fecha 11 de marzo de 2002, por la Dirección General del Mayor y de las Personas con Discapacidad de la Consellería de Asuntos Sociales de Galicia. Se calcularon las tasas brutas y específicas por 1.000 habitantes de las principales minusvalías por grupos de edad, sexo y municipio de residencia. Las minusvalías se categorizaron en físicas, psíquicas y sensoriales. Los grupos de edad considerados fueron: menores de 5 años, de 6 a 15 años, de 16 a 64 años y mayores de 65 años.
- Tasas brutas de prevalencia de las principales minusvalías = $[\sum \text{número de minusvalías por sexo, según tipo} / (\sum \text{de la población del área de estudio por sexo})] * 1000$
 - Tasas específicas de prevalencia de las principales minusvalías = $[\sum \text{número de minusvalías según tipo} / (\sum \text{de la población del área por grupo de edad})] * 1000$
- b) Siniestralidad laboral: este indicador valora el número de accidentes laborales totales acontecidos en el área. Para elaborarlo, se tuvieron en cuenta los accidentes que se produjeron en el área de estudio en los años 1996 y 2001, y se calcularon las tasas brutas anuales de accidentes laborales totales para cada año. También se hallaron las tasas brutas de accidentes laborales del año 2001, según su gravedad (leves, graves y mortales) por municipio de residencia.
- Tasa bruta anual de incidencia de accidentes laborales = $[\sum \text{número de accidentes laborales en el año de referencia} / (\sum \text{de la población ocupada del área en el mismo año})] * 1000$
 - Tasa bruta anual de incidencia de accidentes laborales según la gravedad = $[\sum \text{número de accidentes laborales por gravedad}] * 1000$

(leves, graves y mortales) en año 2001 / (Σ de la población ocupada del área en el año 2001)] * 1000

3.2.d. INDICADORES DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Estos indicadores se estructuran en:

- Indicadores de las características de los recursos sanitarios disponibles en la zona
- Indicadores de utilización de los servicios sanitarios

Dentro de los indicadores de las **CARACTERÍSTICAS DE LOS RECURSOS DISPONIBLES** se incluye el estudio de la accesibilidad y el número de recursos sanitarios con que cuenta el área de influencia hospitalaria para valorar la disponibilidad y la eficiencia de la asistencia sanitaria. Las fuentes de datos han sido la Fundación del 061 de Galicia, la Gerencia de Atención Primaria de La Coruña, y la Unidad de Codificación Clínica de la Fundación Hospital “Virxe da Xunqueira” de Cee (A Coruña). Los indicadores seleccionados fueron:

- a) Matriz de accesibilidad: este indicador valora la media de los tiempos de traslado en ambulancias de la red de transportes del 061 (RTSU), desde las parroquias a los centros de salud y a los hospitales de referencia, y desde los centros de salud a los hospitales de referencia. Para el estudio de la accesibilidad de la población a los recursos sanitarios se tuvo en cuenta el ámbito geográfico, poblacional y temporal. El ámbito geográfico abarcó la totalidad del territorio del área de estudio. El ámbito poblacional fue la población residente en el ámbito geográfico definido. Y dentro del ámbito temporal, se analizaron los tiempos de traslado en ambulancias del 061 a los distintos servicios sanitarios durante los años 2002 y 2003. Para ello, se calculó la media de tiempos empleados en los traslados efectuados desde el lugar del suceso al centro de salud y a los hospitales de referencia, y desde los centros de salud a los hospitales de referencia. La valoración de la accesibilidad geográfica se ha realizado según los estándares establecidos en “Isocronas Sanitarias: accesibilidad geográfica a los recursos de la red sanitaria pública en la Comunidad de Madrid”¹⁸². Así, la accesibilidad desde las parroquias al centro de salud se ha considerado como: óptima

(menos de 15 minutos), favorable (entre 16 y 30), desfavorable (de 31 a 45) y muy desfavorable (mayor de 45 minutos). El acceso al Hospital desde las parroquias y los centros de salud se ha valorado como: óptimo (menos de 15 minutos), favorable (entre 16 y 45), desfavorable (de 46 a 60) y muy desfavorable (mayor de 60 minutos).

- b) Tasa de Médicos de Atención Primaria (AP) Y Especializada (AE): este indicador valora el número de médicos que había por cada 10.000 habitantes, en el área y por municipio en el año 2001.
- Tasa Médicos APAE = $(\Sigma \text{ número médicos APAE} / \text{población total}) * 10.000$
 - Tasa Médicos generales de AP = $(\Sigma \text{ número médicos AP} / \text{población total}) * 10.000$
- c) Personal sanitario (facultativo y no facultativo), social y no sanitario, este indicador da información de los recursos humanos con los que contaba el área y por municipio en el año 2001, a partir de los datos de la Gerencia de Atención Primaria de La Coruña.
- d) Recursos materiales, se recogen todos los recursos materiales del área y por municipio, tanto de Atención Primaria como de Especializada en el año 2001. Se han utilizado los datos de la Gerencia de Atención Primaria de La Coruña y los publicados de los centros de salud, consultorios (medicina general, dentales, fisioterapia), laboratorios de análisis clínicos, oficinas de farmacia, unidades de apoyo a la atención primaria, servicios sociales, laboratorios de análisis clínicos, centros de hemoterapia, establecimientos de óptica y de ortopedia, mutuas de trabajo y hospital de referencia.

Para valorar la **UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS** se analizó:

- Actividad asistencial en Atención Primaria
 - Actividad asistencial de consulta
 - Actividad asistencial de urgencias
 - Perfil de prescripción terapéutico en el área por grupo terapéutico
 - Financiación sanitaria
- Actividad asistencial en Atención Especializada
 - Actividad asistencial en Atención Especializada
 - Actividad de Prevención, Promoción y Protección de la Salud
 - Efectividad y calidad de la asistencia prestada en Atención Especializada
 - Financiación sanitaria

Los indicadores que miden la **ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA** se presentan por municipio y según se realice en consulta (consulta médica, pediátrica y de enfermería) o en urgencias. Los datos se obtuvieron de las Gerencias de Atención Primaria de La Coruña y de Santiago de Compostela y los indicadores utilizados para medir la actividad en consulta fueron:

a) Indicador de frecuentación: valora el número de consultas que se producen al año en Atención Primaria.

- Indicador de frecuentación = total de consultas/total de tarjetas sanitarias de población de 14 y más años.

En el caso de la consulta pediátrica se utilizó como denominador el total de tarjetas sanitarias de la población de 0 a 14 años.

b) Indicador de consultas/profesional/día: valora el número de consultas que atiende cada profesional (médico, pediatra y enfermero) al día.

- Indicador de consultas/profesional/día = total de consultas de cada profesional/244 días (en el caso de urgencias, el denominador es 365)

- c) Indicador de consultas por enfermedad/profesional/día: valora el número de enfermedades que atiende cada profesional (médico y pediatra) por día.
- Indicador de consultas por enfermedad/profesional/día = total de consultas por enfermedad (son todas las consultas menos las burocráticas) de cada profesional/244 días.

A partir de las mismas fuentes de datos se elaboraron los indicadores para medir la *actividad asistencial de urgencias extrahospitalarias* en los puntos de atención continuada del área:

- a) Proporción de consultas atendidas: indicador que valora las consultas urgentes según sean atendidas en el centro de salud o en el domicilio.
- Proporción de consultas atendidas en el centro de salud = número de consultas urgentes atendidas en el centro de salud/total de consultas urgentes
 - Proporción de consultas atendidas en el domicilio = número de consultas urgentes atendidas en el domicilio/total de consultas urgentes
- b) Proporción de derivaciones al hospital: indicador que valora la proporción de consultas urgentes derivadas al Hospital.
- Proporción de derivaciones al Hospital = número de derivaciones al Hospital/total de consultas urgentes
- c) Indicador de consultas urgentes/día: indicador que valora el promedio de consultas urgentes que se producen al día.
- Indicador de consultas urgentes/día = número total de consultas urgentes/365 días.

Para conocer el *perfil de prescripción en el área según el grupo terapéutico* se solicitaron los datos a la Gerencia de Atención Primaria de La Coruña y se utilizó como indicador la proporción de fármacos dispensados:

Proporción de fármacos dispensados: indicador que define el perfil de prescripción en el área de estudio según grupo terapéutico. Para elaborarlo, se calculó la proporción de cada grupo terapéutico sobre el total de prescripciones realizadas en el año 2002 por los médicos de Atención Primaria del área de estudio. Los grupos terapéuticos

considerados fueron: preparados hipolipemiantes/antiateromatosos, antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos, hipotensores de acción sobre el sistema renina-angiotensina, hipotensores y diuréticos asociados con otras sustancias, broncodilatadores y otros antiasmáticos por inhalación, otros antidepresivos, neurolépticos, otros antiúlceras péptica, antagonistas del calcio, inhibidores de la agregación plaquetaria, antidiabéticos orales, otros preparados urológicos incluidos antiespasmódicos, macrólidos, cefalosporinas y similares, antibióticos asociados con otras sustancias, penicilinas de amplio espectro, bloqueadores beta-adrenérgicos asociados con hipotensores y/o diuréticos, bloqueadores beta-adrenérgicos solos, diuréticos asociados entre sí, diuréticos de techo bajo, diuréticos de techo alto y diuréticos ahorradores de potasio.

El *indicador de financiación sanitaria* se elaboró a partir de los datos facilitados por la Unidad de Tarjeta Sanitaria del Servicio Gallego de Salud:

Cobertura sanitaria: indicador que valora el tipo de cobertura sanitaria que tiene la población y ayuda a calcular el porcentaje de población, cuyo gasto farmacéutico íntegro depende de la Seguridad Social. Para calcularlo se solicitaron las tarjetas sanitarias por cupo médico de los municipios del estudio y se estratificaron según fueran: régimen general de la seguridad social, pensionista, ISFAS, MUFACE y MUGEJU. A continuación, se calculó el porcentaje de tarjetas sanitarias de cada grupo sobre el total.

- Proporción de asegurados según el tipo de cobertura sanitaria = $\frac{\sum \text{personas con tarjeta sanitaria según tipo de cobertura}}{\text{total de tarjetas sanitarias (área de estudio)}} * 100$

En **ATENCIÓN ESPECIALIZADA** los indicadores se han estructurado en:

- indicadores de actividad asistencial,
- indicadores de prevención, promoción y protección de la Salud,
- indicadores de efectividad y calidad de la asistencia, e
- indicadores de financiación sanitaria

Para medir la actividad asistencial de Atención Especializada se solicitaron los datos a la Unidad de Codificación Clínica de la Fundación Hospital “Virxe da Xunqueira” de Cee (A Coruña) y se elaboraron doce indicadores:

- a) Índice de ocupación: es la proporción entre las estancias reales generadas en un periodo de tiempo y las estancias teóricas posibles en el mismo periodo.
- Índice de ocupación = (Número de estancias / promedio de camas en funcionamiento * 365 días)*100

- b) Estancia media: indicador que mide los días que, por término medio, están ingresados los pacientes.
- Estancia media = Número de estancias / número total de altas

Además se calculó el porcentaje de las altas hospitalarias según los días de estancia media, entre los ingresos de la población residente en los municipios del estudio durante el año 2001.

- c) Índice de rotación anual: número de pacientes que rotan por una cama en un año.
- Índice de rotación anual = Número de ingreso (programados + urgentes)/(promedio de camas en funcionamiento)

- d) Tasa de ingresos totales: indicador que valora el número total de ingresos de pacientes que constan en el registro de admisión y asignados a una cama de hospitalización. Como denominador de este indicador, se consideró la población de referencia del Hospital y la población de Carnota, que no pertenecen a esta área sanitaria pero que acuden mayoritariamente a este centro.
- Tasa de Ingresos totales = (Número total ingresos/población asignada al centro)*1000

- e) Índice de consultas totales: es el número de pacientes vistos por primera vez (primera consulta) y aquellos que deriven de una primera consulta, como revisión o seguimiento de un proceso anterior (consultas sucesivas). Se elaboró el índice de consultas totales y por día hábil:
- Índice de consultas totales por día hábil = Número consultas totales (primeras + sucesivas)/ 244 días hábiles

- Índice consultas totales = $(\text{Número de consultas totales} / \text{población asignada al centro}) * 100$
- f) Relación consultas sucesivas/primeras: es el cociente entre consultas sucesivas (consultas derivadas de una primera consulta, revisiones o seguimiento) y primeras consultas.
- Relación consultas sucesivas / primeras = $\text{Número de consultas sucesivas} / \text{n}^{\circ} \text{ de consultas primeras}$
- g) Índice urgencias totales: este índice valora el número de actos médicos o quirúrgicos realizados en el área de urgencias independientemente de que se produzca o no su ingreso.
- Índice urgencias totales = $(\text{Número total de urgencias} / \text{población asignada al centro}) * 100$
- h) Presión de urgencias: indicador que relaciona el número de ingresos por el área de urgencias con el total de los ingresos.
- Presión de urgencias = $(\text{Número de ingresos urgentes} / \text{n}^{\circ} \text{ de ingresos totales}) * 100$
- i) Proporción de urgencias ingresadas: es el porcentaje de urgencias que son hospitalizadas del total de urgencias.
- Proporción de urgencias ingresadas = $(\text{Número de urgencias ingresadas} / \text{n}^{\circ} \text{ de urgencias totales}) * 100$
- j) Índice de urgencias por día: es el número de urgencias que se asisten a diario.
- Índice de urgencias por día = $\text{Número de urgencias totales} / 365 \text{ días}$
- k) Índice de partos por día: es el número de partos que se atienden al día.
- Índice de partos por día = $(\text{Número de partos totales (vaginales y cesáreas)} / 365 \text{ días})$
- l) Proporción de cesáreas: es el número de cesáreas que se practican sobre el total de partos.

- Proporción de cesáreas = $\frac{\text{Número de cesáreas practicadas en el año}}{\text{total de partos al año}}$

Dentro de las *actividades de prevención, promoción y protección de la salud* se obtuvieron los datos de la cuarta campaña del Programa Gallego de Detección Precoz del Cáncer de Mama correspondiente a los años 2001/2002, facilitados por el Servicio de Prevención y Control de Enfermedades no transmisibles de la Dirección General de Salud Pública de Galicia. Para valorar este programa se ha utilizado un indicador:

Accesibilidad a mamografías: indicador que valora la proporción de mujeres de 50 a 69 años de los municipios del área de estudio a las que se les realizó por lo menos una mamografía. Este indicador se categorizó en dos:

- Proporción de mujeres que participaron en el programa = $\frac{\text{número de mujeres exploradas}}{\text{número de mujeres invitadas}} \times 100$.
- Proporción de mujeres citadas en Unidad de Diagnóstico (UDT) = $\frac{\text{número de mujeres citadas en UDT}}{\text{número de mujeres exploradas}}$

Se valoró la *efectividad y calidad de la asistencia prestada en la Atención Especializada* con los datos solicitados al Servicio de Análisis de Sistemas de Información del Servicio Gallego de salud y se elaboraron tres indicadores:

- a) Episodios de hospitalización por “Ambulatory care sensitive” (condiciones susceptibles de cuidados ambulatorios)¹³⁸: indicador que valora el porcentaje de los ingresos hospitalarios, que con una atención primaria adecuada podrían ser prevenidos o disminuidos. En el cálculo de este indicador se consideraron los siguientes diagnósticos como causas principales de ingreso, en pacientes residentes en estos municipios: Difteria (código CIE 032), tétanos (código CIE 037), poliomielitis aguda (código CIE 045), meningitis por haemófilo (código CIE 320.0), fiebre reumática (código CIE 390, 391), sífilis congénita (código CIE 090), tuberculosis respiratoria (código CIE 012), meníngea o del SNC (código CIE 013), ósea y articular (código CIE 015), de otros órganos (código CIE 017), tuberculosis miliar (código CIE 018), diabetes con cetoacidosis (código CIE 250.1), con coma hiperosmolar (código CIE 250.2), con

otro tipo de coma (código CIE 250.3), con hipoglucemia (código CIE 251.0), con gangrena (código CIE 250.7 + 785.4), trastorno del metabolismo hidroelectrico: deshidratación (código CIE 276.5), hipopotasemia (código CIE 276.8), absceso peritonsilar (código CIE 475), hipertensión arterial esencial benigna (código CIE 401.0), enfermedad cardiaca isquémica (código CIE 410-414), enfermedad cerebrovascular (código CIE 430, 431, 436, 437.2), enfermedad cardiaca hipertensiva sin especificar con insuficiencia cardiaca (código CIE 402.91), fallo cardíaco (código CIE 428), edema agudo de pulmón sin especificar (código CIE 518.4), neumonía debida a otro organismo especificado (código CIE 483), neumonía debida a otros organismos sin especificar (código CIE 486), bronconeumonía por organismo sin especificar (código CIE 485), úlcera gástrica aguda o crónica con hemorragia con o sin perforación (código CIE 531.0, 531.2, 531.4, 531.6), úlcera duodenal aguda o crónica con hemorragia con o sin perforación (código CIE 532.0, 532.2, 532.4, 532.6), úlcera péptica aguda o crónica con hemorragia con o sin perforación (código CIE 533.0, 533.2, 533.4, 533.6), apendicitis aguda con peritonitis (código CIE 540.0), apendicitis aguda con absceso (código CIE 540.1), pielonefritis aguda (código CIE 590.1), enfermedad inflamatoria pélvica (código CIE 614). Los grupos de edad considerados fueron: 1 año, de 1 a 14 años, de 15 a 44 años, de 45 a 64 años, de 65 a 74 años y mayores de 74 años. Se calculó el porcentaje de cada una sobre el total de las patologías consideradas y por grupos de edad.

- b) Tasa de hospitalización por neumonía y gripe: es la tasa específica por edad de los ingresos hospitalarios debidos a neumonías y gripe por cada 100.000 habitantes de 65 años o mayores. Para calcular este indicador se analizaron las altas hospitalarias de los Hospitales de referencia del área (Fundación Hospital Virxe da Xunqueira, CHU Juan Canalejo y CHU de Santiago) que se produjeron en los años 1999, 2000 y 2001. Se tuvieron en cuenta los diagnósticos siguientes como causa principal de ingreso: neumonía viral, neumonía neumocócicas, otra neumonía bacteriana, neumonía por otro organismo no especificado, neumonía por enfermedades infecciosas

clasificadas bajo otros conceptos, bronconeumonía, bronconeumonía por organismo no especificado o gripe (CIE 9-MC: 480-487). Los indicadores utilizados fueron:

- Porcentaje de Neumonías neumocócicas en personas mayores de 65 años (481) = $\frac{\text{Número de neumonías neumocócicas (481) en } > \text{ de 65 años por sexo}}{\text{total de neumonías neumocócicas (481)}} * 100$
- Tasa de Neumonías neumocócicas en personas mayores de 65 años = $\frac{\text{Número de neumonías neumocócicas en } > \text{ de 65 años por género (481)}}{\text{población mayor de 65 años por sexo}} * 100000$

c) Incidencia de infección nosocomial: indicador que valora las infecciones que se desarrollan durante la estancia hospitalaria, que no están presentes al ingreso, ni siquiera en periodo de incubación. Para calcularlo se obtuvieron del CMBD las infecciones potencialmente nosocomiales (IPN). Se consideraron infecciones potencialmente nosocomiales cuando aparecían como diagnósticos secundarios los códigos siguientes: 112.2, 595.9, 599.0, 996.64 (urinarias), 567., 567.0, 567.1, 567.2, 567.8, 567.9, 682.1, 682.2, 682.6. (quirúrgicas), 481., 482.1, 482.2, 482.3, 482.4, 482.8, 486., 507.0 (respiratorias), 038.0, 038.1, 038.42, 038.43, 038.44 (bacteriemias), 707.0, 996.62, 998.6 (misceláneas). También se incluyó el código 998.5 (infección postoperatoria), tanto si aparecía de diagnóstico principal como de secundario. Se utilizaron como indicadores: la incidencia de infecciones potencialmente nosocomial (en los años 1999, 2000 y 2001) y la incidencia de infecciones potencialmente nosocomiales según su localización (infecciones urinarias, de la herida quirúrgica, respiratorias y misceláneas) por cada 1000 ingresos en el año 2001.

- Incidencia de Infección Nosocomial = $\frac{\text{Número de IPN al año}}{\text{número de altas al año}} * 1000$

El *indicador de financiación sanitaria* se elaboró a partir de los datos facilitados por el Servicio de Análisis de Sistemas de Información del Servicio Gallego de Salud:

Distribución de las altas hospitalarias según la entidad financiera: indicador que ayuda a determinar la proporción de episodios de ingreso que se financiaron a partir de la Seguridad Social. Para elaborarlo, se calculó el porcentaje de altas hospitalarias de la Fundación Hospital “Virxe da Xunqueira” del año 2001 según el sistema de financiación.

- Proporción de episodios de ingreso según el sistema de financiación
= (número de episodios por cada tipo de financiación / total de episodios) * 100

RESULTADOS

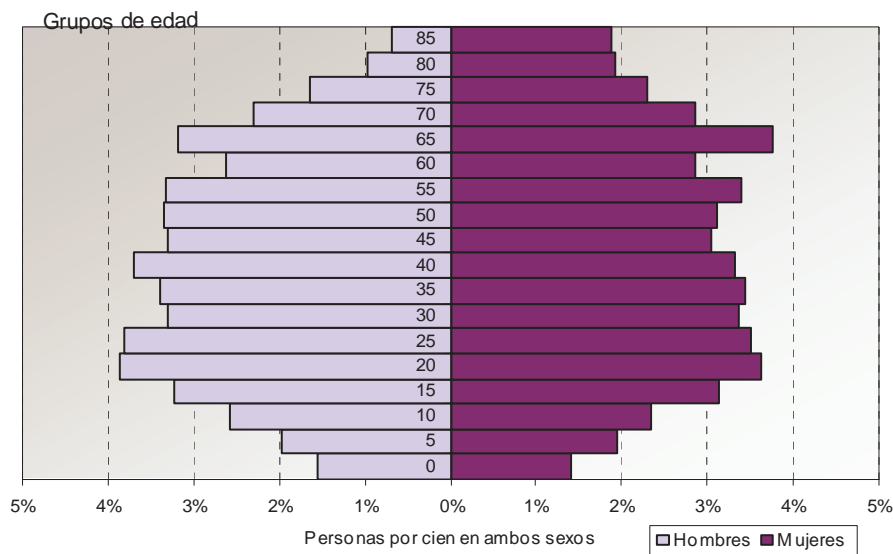
I. DEMOGRAFÍA

El área objeto de estudio presenta un modelo demográfico similar al resto de Galicia, como se puede apreciar al analizar los distintos indicadores de estructura de la población. Es una estructura típica de población desarrollada, producto de una baja fecundidad y una alta esperanza de vida, y con el consiguiente grado de envejecimiento.

I. 1. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN

Se observa la presencia de una mayor proporción de mujeres que de hombres en edades avanzadas, a partir de los 65 años (figura 1.1.a), y un aumento progresivo del tamaño de las cohortes. Este crecimiento se ralentiza y se convierte en una pronunciada disminución de efectivos a partir de la edad de 15 años.

Figura I.1.a. Pirámide de población del área de estudio. 2001

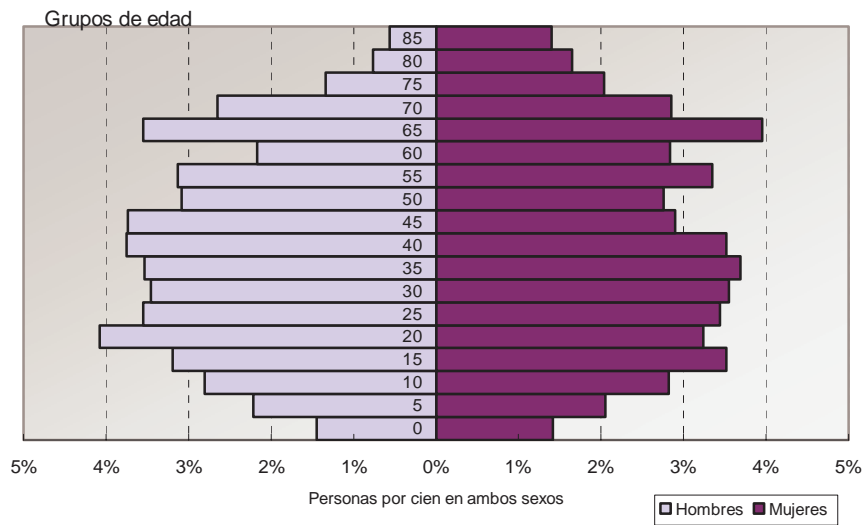


En todas las generaciones, las cohortes no son simétricas, con un predominio masculino debido a la conocida sobrenatalidad masculina, exceptuando las mayores de 65 años.

En los siguientes gráficos se pueden ver las pirámides poblacionales de cada municipio del área de estudio, donde se observan las mismas características.

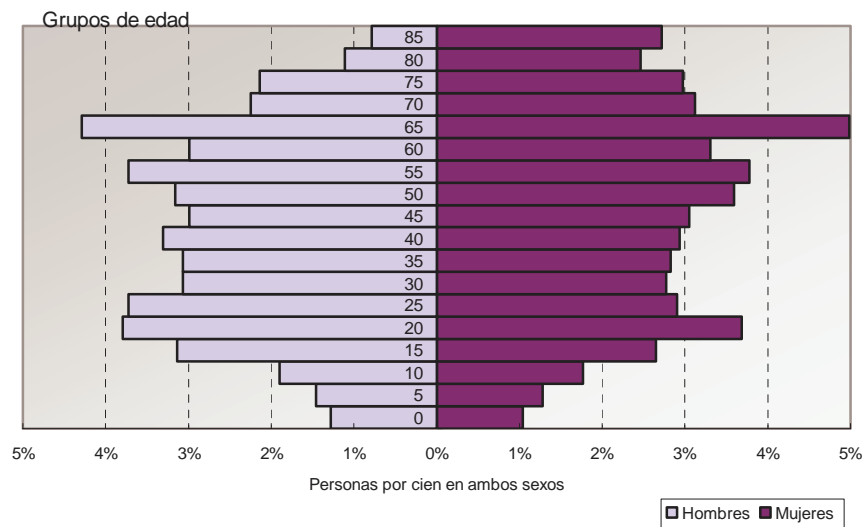
En la figura I.1.b se ve la pirámide del municipio de Camariñas, con una estructura igualmente típica de población desarrollada. Con una mayor proporción de mujeres que de hombres en edades avanzadas, a partir de los 60 años.

Figura I.1.b. Pirámide de población del municipio de Camariñas. 2001



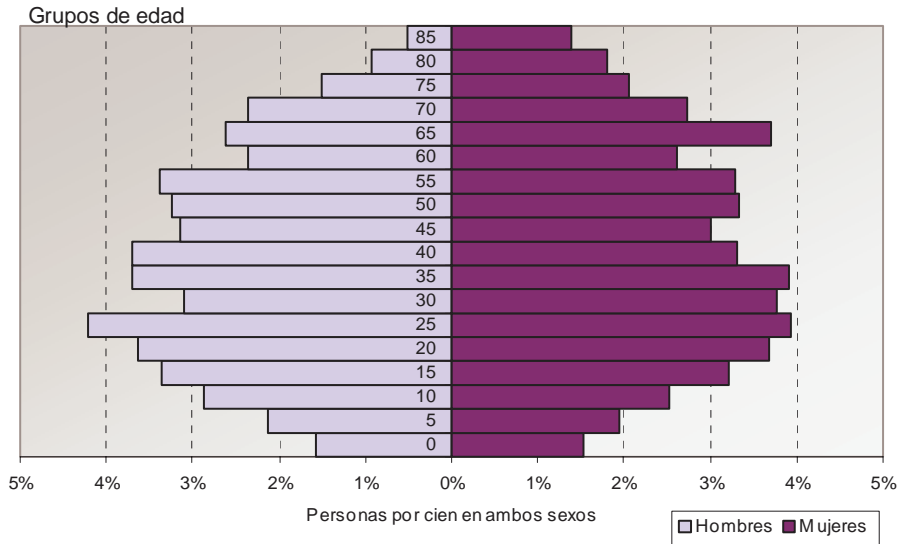
La pirámide poblacional del municipio de Carnota (figura I.1.c), destaca por presentar una estructura bastante asimétrica con un notable grado de envejecimiento.

Figura I.1.c. Pirámide de población del municipio de Carnota. 2001



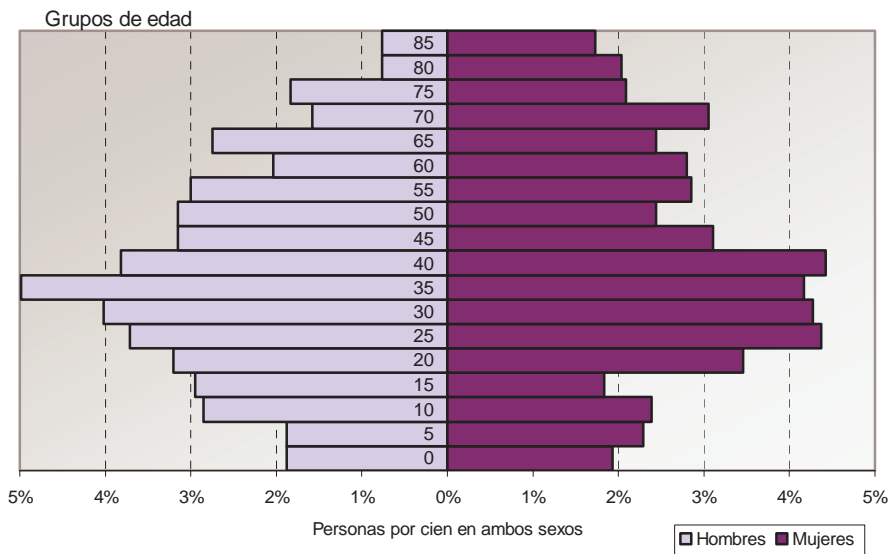
Sin embargo, la pirámide poblacional del municipio de Cee (A Coruña) (figura I.1.d) es más simétrica que la anterior, ya que la población no está tan envejecida.

Figura I.1.d. Pirámide de población del municipio de Cee (A Coruña). 2001



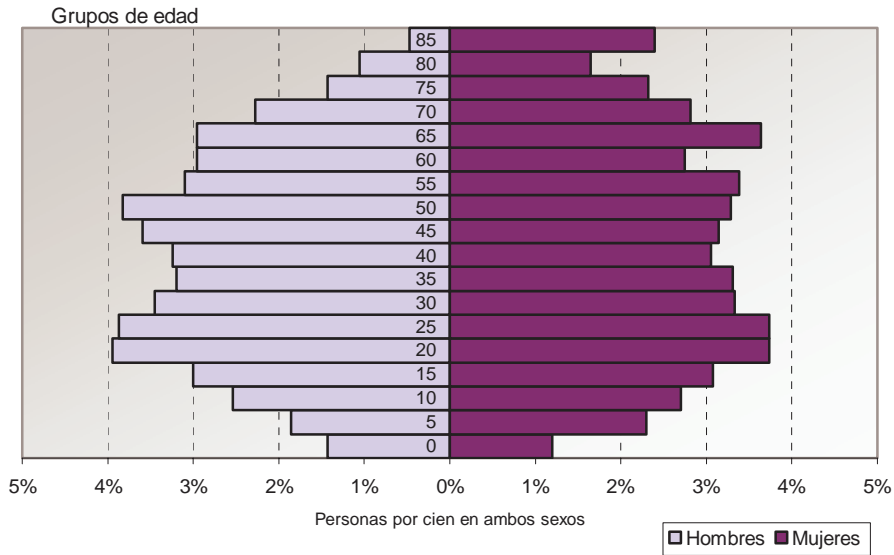
La población de Corcubión (figura I.1.e), al igual que la de Carnota, presenta una pirámide poblacional bastante asimétrica.

Figura I.1.e. Pirámide de población del municipio de Corcubión. 2001



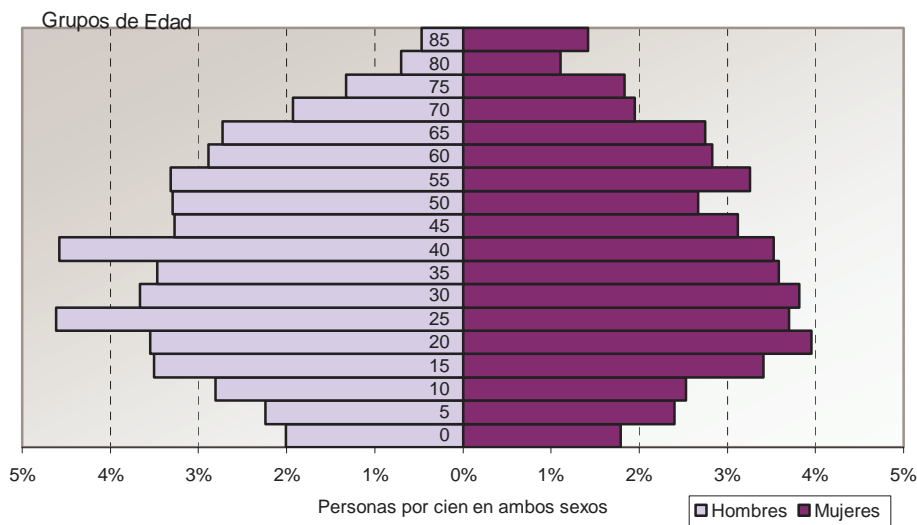
Dumbría (figura I.1.f) presenta la típica población envejecida, sobre todo el grupo de las mujeres.

Figura I.1.f. Pirámide de población del municipio de Dumbría. 2001



En la población de Fisterra (figura I.1.g) se aprecia un menor envejecimiento de la población, ya que es menor la proporción de personas en las cohortes de mayor edad.

Figura I.1.g. Pirámide de población del municipio de Fisterra. 2001



Las poblaciones de Muxía (figura I.1.h) y de Vimianzo (figura I.1.i) presentan unas pirámides poblacionales de características similares a la pirámide de todo el área de estudio.

Figura I.1.h. Pirámide de población del municipio de Muxía. 2001

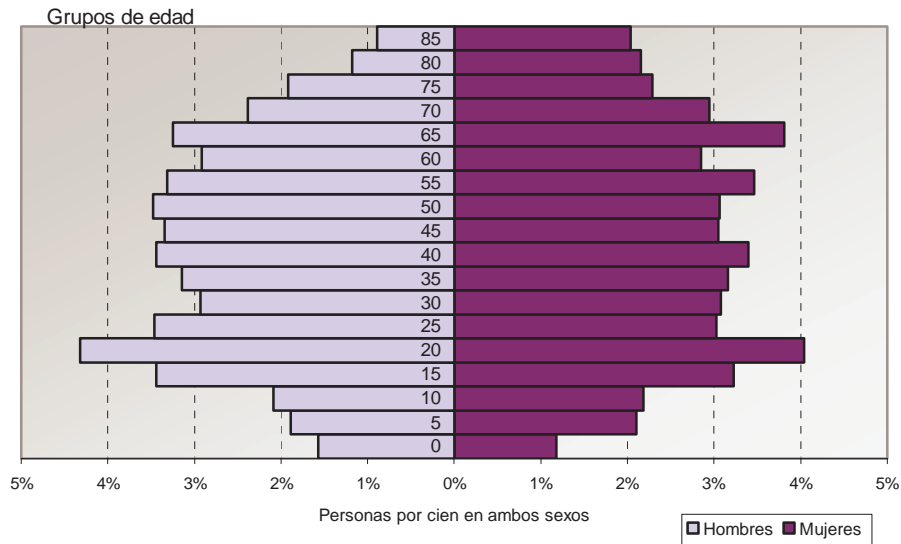
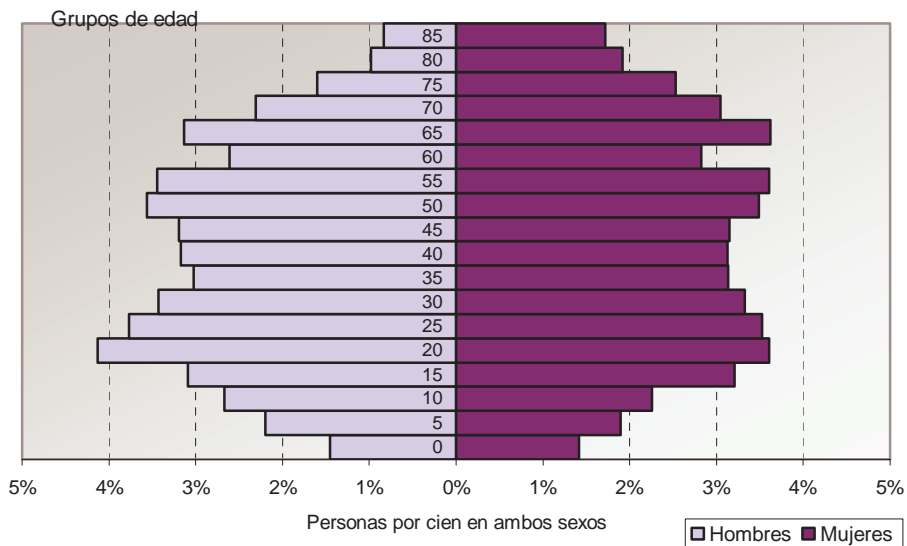
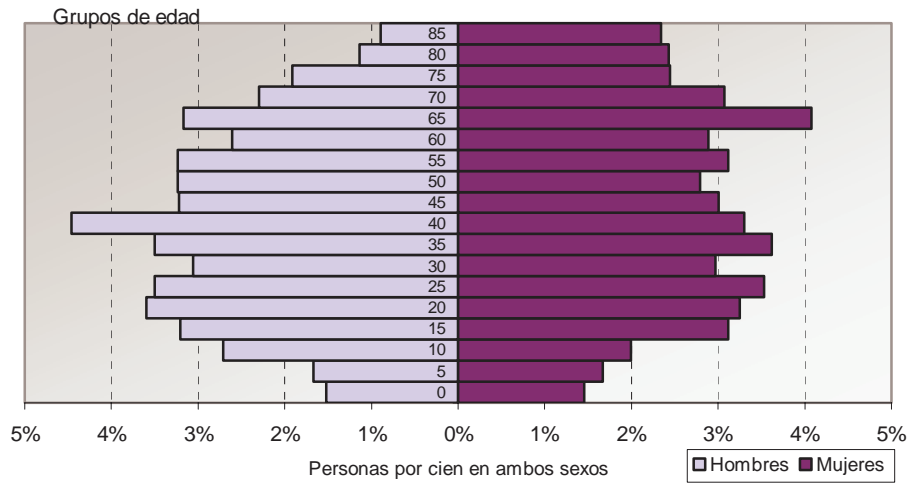


Figura I.1.i. Pirámide de población del municipio de Vimianzo. 2001



Finalmente, la pirámide del municipio de Zas (figura I.1.j) presenta una estructura asimétrica, con un notable grado de envejecimiento.

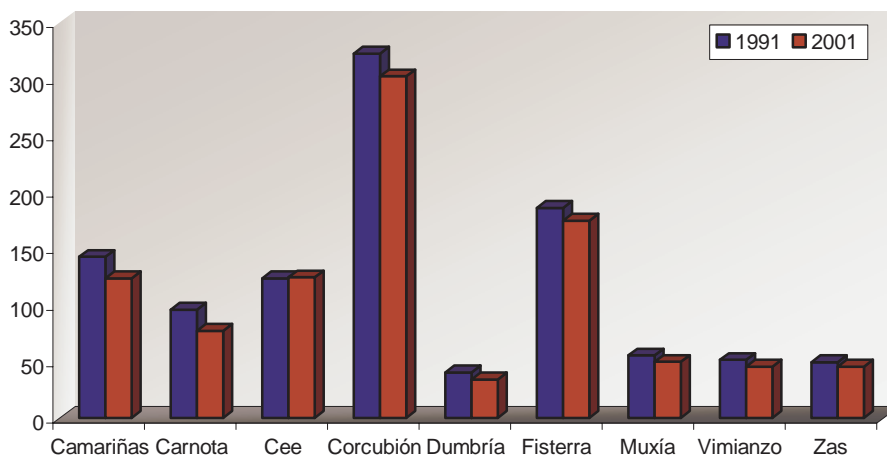
Figura I.1.j. Pirámide de población del municipio de Zas. 2001



I. 2. DENSIDAD DE POBLACIÓN

Como se aprecia en el gráfico I.2, en general, la densidad de población es menor en el año 2001 que en 1991. De todos los municipios del área, Corcubión es el que presenta mayor población por kilómetro cuadrado (303 habitantes/km² en el 2001); y el de menor densidad de población es Dumbría (34 habitantes/km²).

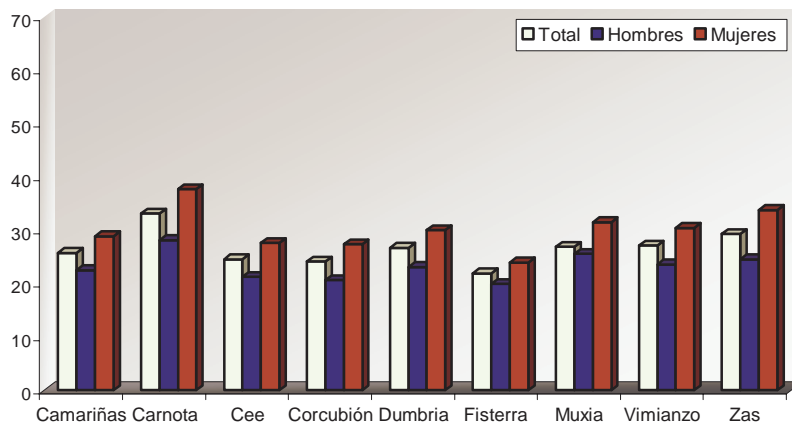
Gráfico I.2. Densidad de población por kilómetro cuadrado por municipios. 1991 y 2001



I. 3. PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS

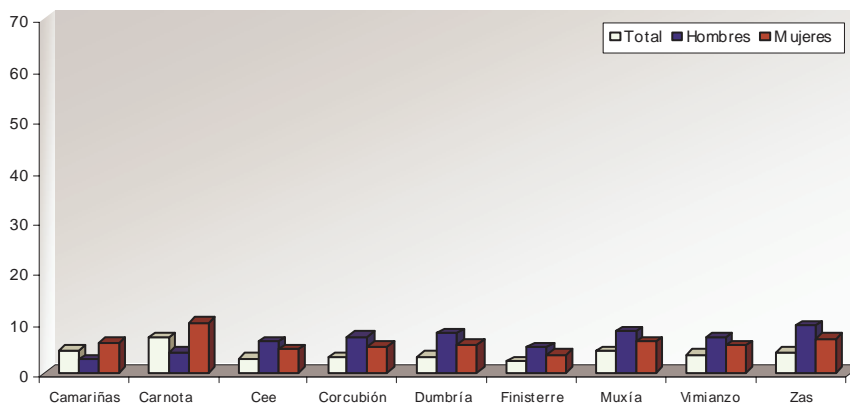
En el gráfico I.3.a se muestra la proporción de personas mayores de 60 años en los distintos municipios, siendo mayores los valores en el grupo de las mujeres que en los hombres. Los valores oscilan entre el 24% y el 33% sobre el total de la población. Los mayores porcentajes se dan en el municipio de Carnota (33%: 28% de hombres y 38% de mujeres).

Gráfico I.3.a. Proporción de personas mayores de 60 años por sexo y municipio. 2001



En el gráfico I.3.b se representa la proporción de personas mayores de 80 años en los distintos municipios, y se observa que el municipio de Carnota tiene la proporción de ancianos más elevada, sobre todo de mujeres (10% del total de mujeres del municipio).

Gráfico I.3.b. Proporción de personas mayores de 80 años por sexo y municipio. 2001



I. 4. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO

En la tabla I.4 se puede observar que el municipio de Carnota presenta una población muy envejecida, ya que tiene un índice de envejecimiento de 228,30, es decir 2,3 personas mayores por cada persona joven. También es el municipio con mayor índice de sobre-envejecimiento, con valor de 21,38. Lo que supone que el 21% de la población mayor de 60 años tiene más de 80 años.

Tabla I.4. Índices de envejecimiento y dependencia poblacional. 2001

Municipios	Índice de envejecimiento	Índice de sobre-envejecimiento	Índice de dependencia global	Índice de dependencia juvenil	Índice de dependencia senil	Índice de dependencia de ancianos
Camariñas	132,32	16,99	82,57	35,54	47,03	7,99
Carnota	228,30	21,38	90,94	27,70	63,24	13,52
Cee	128,41	12,02	77,46	33,91	43,55	5,24
Corcubión	134,46	12,99	72,62	30,97	41,64	5,41
Dumbría	147,60	11,85	93,21	37,65	55,57	6,59
Fisterra	105,93	10,59	74,26	36,06	38,20	4,05
Muxía	152,06	15,72	82,98	32,92	50,06	7,87
Vimianzo	149,10	13,76	82,87	33,27	49,60	6,83
Zas	168,86	14,18	87,29	32,47	54,82	7,77

I. 5. ÍNDICE DE DEPENDENCIA

El municipio de Dumbría es el que presenta los mayores índices de dependencia global y juvenil (tabla I.4). Sin embargo, es el municipio de Carnota el que posee unos índices de dependencia senil y de ancianos, claramente superiores al resto de los municipios del área.

I. 6. ÍNDICE DE RECAMBIO DE POBLACIÓN ACTIVA

En la tabla I.6 se observa que el municipio de Carnota es el que presenta un índice de recambio de población activa mayor y después el municipio de Zas.

Tabla I.6. Otros índices de la estructura de la población. 2001

Municipios	Índice de recambio de población activa	Índice de juventud de población activa	Índice de tendencia
Camariñas	68,3	112,92	67,15
Carnota	84,15	96,33	84,67
Cee	68,13	116,41	75,94
Corcubion	72,52	120,17	91,46
Dumbría	74,31	107,19	63,28
Fisterra	76,1	113,87	81,93
Muxía	68,91	104,77	68,88
Vimianzo	70,2	106,44	70
Zas	80,24	104,66	89,11

I. 7. ÍNDICE DE JUVENTUD DE POBLACIÓN ACTIVA

Los municipios de Cee y Corcubión son los que poseen los mayores valores del índice de juventud de población activa, es decir, menor grado de envejecimiento de la población activa. Carnota, sin embargo, presenta el valor más bajo (tabla I.6).

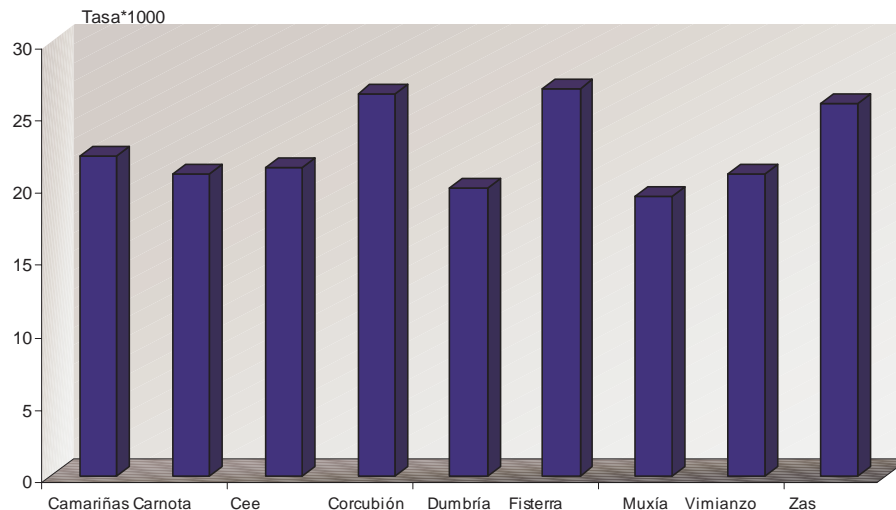
I. 8. ÍNDICE DE TENDENCIA

Al analizar el índice de tendencia (tabla I.6) se comprueba que todos los municipios del área tienen valores por debajo de cien, lo que indica una disminución de la natalidad, poco crecimiento demográfico y envejecimiento de la población. Los municipios con los índices más altos son Corcubión y Zas.

I. 9. TASA GENERAL DE FECUNDIDAD (TGF)

En el gráfico I.9 se observa que los municipios que presentan una mayor tasa de fecundidad son Corcubión (26,4 nacimientos por mil mujeres-año), Fisterra (26,7 nacimientos por mil mujeres-año) y Zas (25,6 nacimientos por mil mujeres-año).

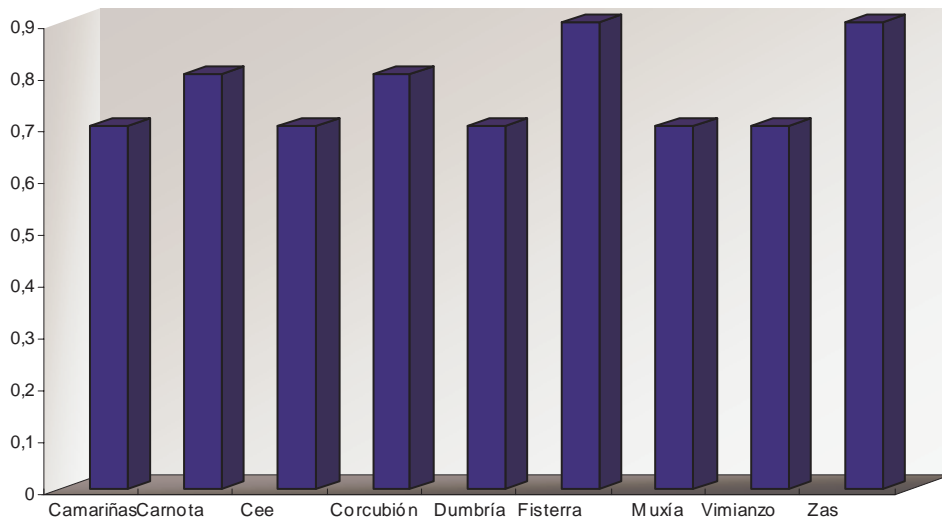
Gráfico I.9. Tasa general de fecundidad. 2001



I. 10. ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDAD

Al analizar el índice sintético de fecundidad (gráfico I.10), que aporta una información más consistente del fenómeno de la fecundidad, se evidencia que todos los municipios del área tienen un índice sintético de fecundidad inferior a uno, siendo los municipios de Fisterra y Zas los que poseen el valor más alto de 0,9.

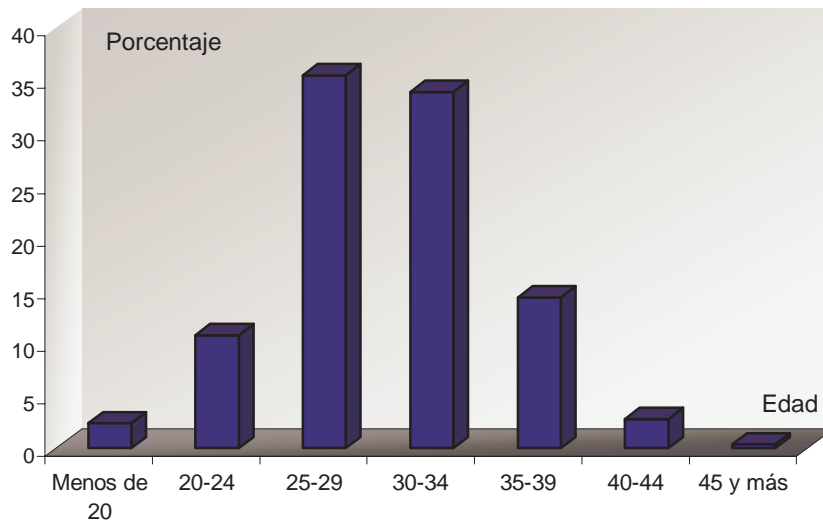
Gráfico I. 10. Índice sintético de fecundidad. 2001



I. 11. EDAD MEDIA DE LA MATERNIDAD

En el gráfico I.11, se observa que las mujeres del área tienen sus hijos entre los 25 y 34 años (70%), fundamentalmente.

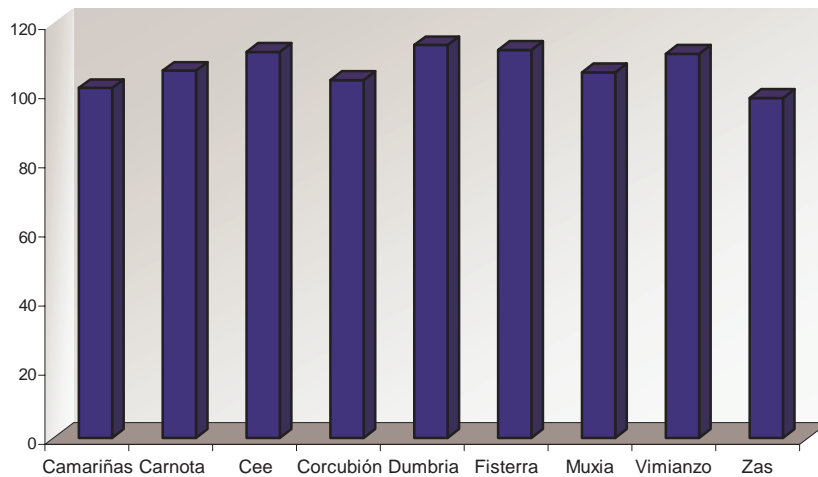
Gráfico I.11. Edad de la maternidad. 2001



I. 12. ÍNDICE DE POTENCIALIDADES

En general, en el área predominan las mujeres en edades más jóvenes, dentro del grupo de mujeres en edad fértil, estando todos los índices por encima de cien, menos en el caso de Zas, que tiene un valor de 98,34 (gráfico I.12).

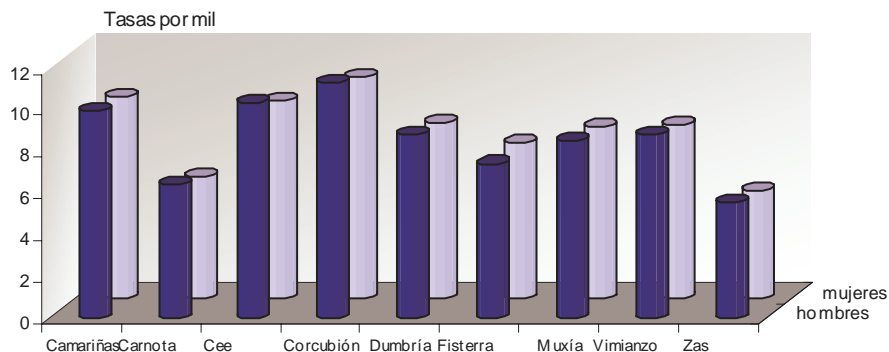
Gráfico I.12. Índice de potencialidades. 2001



I. 13. TASA GENERAL DE NUPCIALIDAD

En el gráfico I.13, se aprecia que los municipios de Cee y Corcubión presentan las tasas de nupcialidad más elevadas.

Gráfico I.13. Tasa de nupcialidad. 2001

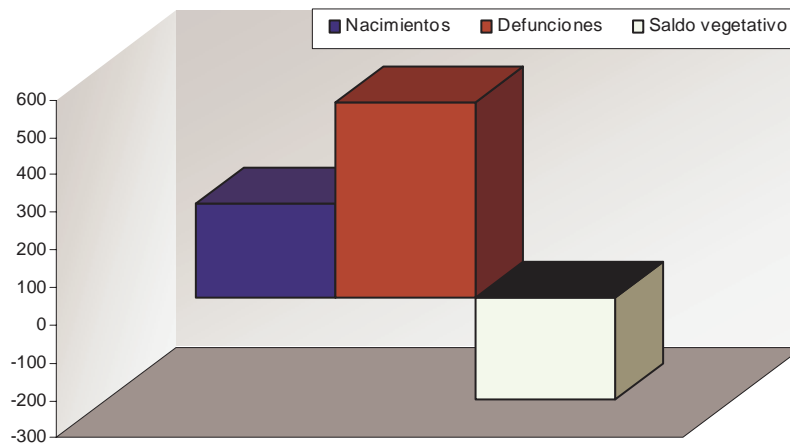


Para conocer las variaciones que se producen en la población, así como la tendencia creciente o decreciente, y el ritmo de crecimiento se han utilizado cuatro indicadores:

I. 14. SALDO VEGETATIVO

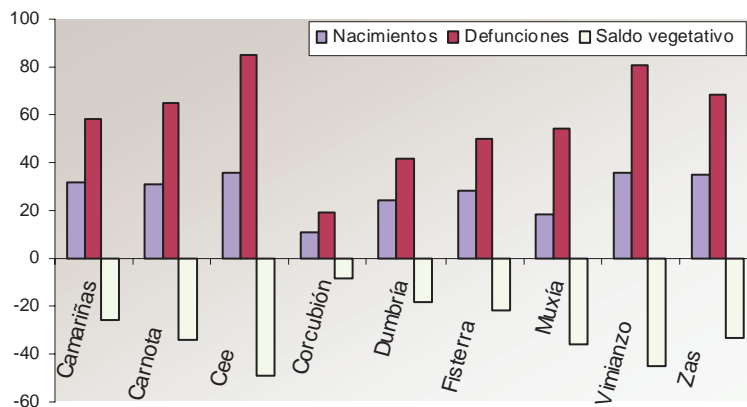
El crecimiento vegetativo fue negativo en el área, al ser mayor el número de defunciones que de nacimientos (gráfico I.14.a). En el gráfico I.17, se puede ver como el saldo vegetativo ha sido negativo desde el año 1991 hasta el año 2001.

Gráfico I.14.a. Saldo vegetativo del área de estudio. 2001



Si analizamos el fenómeno por municipios (gráfico I.14.b), se observa que son Cee y Vimianzo, los que tienen un saldo vegetativo menor.

Gráfico I.14.b. Saldo vegetativo del área de estudio por municipio. 2001

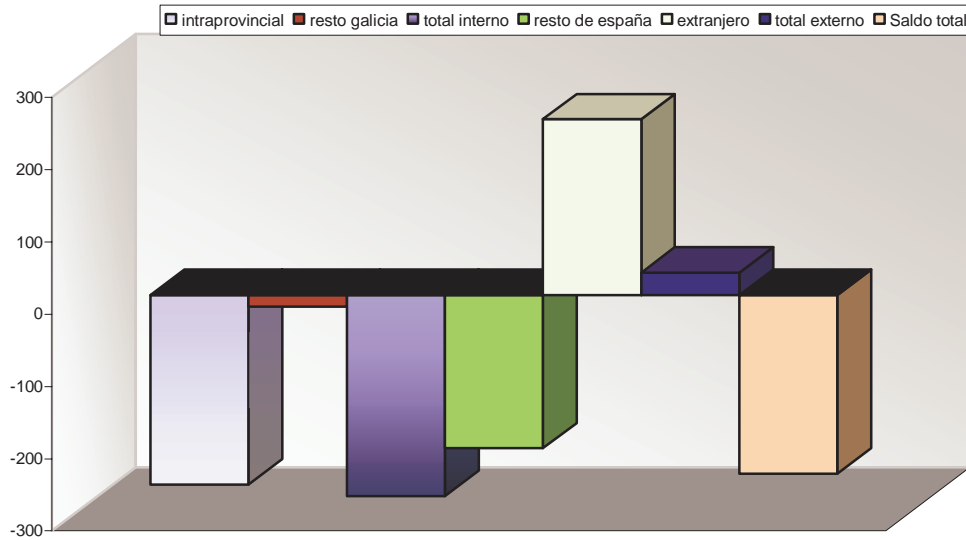


I. 15. SALDO MIGRATORIO

El saldo migratorio total fue negativo en el conjunto de los municipios del área (-247), siendo negativo el interno, con un valor de 278 (gráfico I.15.a). Las únicas variaciones residenciales positivas fueron por residentes extranjeros (243). En el gráfico I.17, se observa, que el saldo migratorio, ha sufrido muchas

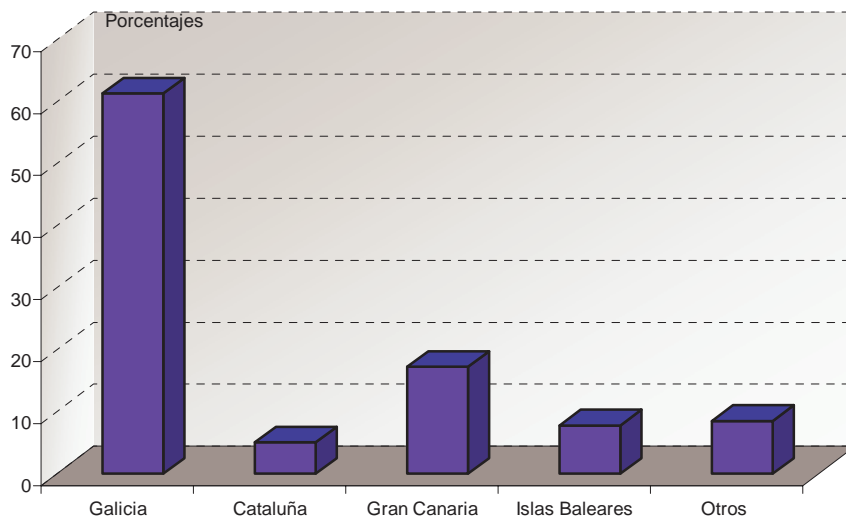
fluctuaciones desde el año 1991 hasta el 2001, siendo siempre negativo, menos en los años 1991 y 1992.

Gráfico I.15.a. Variaciones residenciales del área total: Saldo migratorio. 2001



Al analizar el fenómeno de la emigración interior (gráfico I.15.b), dentro del propio país, se comprueba que los desplazamientos, fueron, fundamentalmente, hacia otros municipios de Galicia (61,34%), y en segundo lugar a Gran Canaria (17,24%) durante el año 2001.

Gráfico I.15.b. Emigración interior del total del área. 2001



I. 16. RITMO DE CRECIMIENTO MEDIO ANUAL DE LA POBLACIÓN

Entre los censos de 1991 y 2001, la población ha disminuido en todos los municipios del área, menos en Cee. La variación mayor se ha producido en el municipio de Carnota, con una variación relativa de -19,35 (tabla I.16).

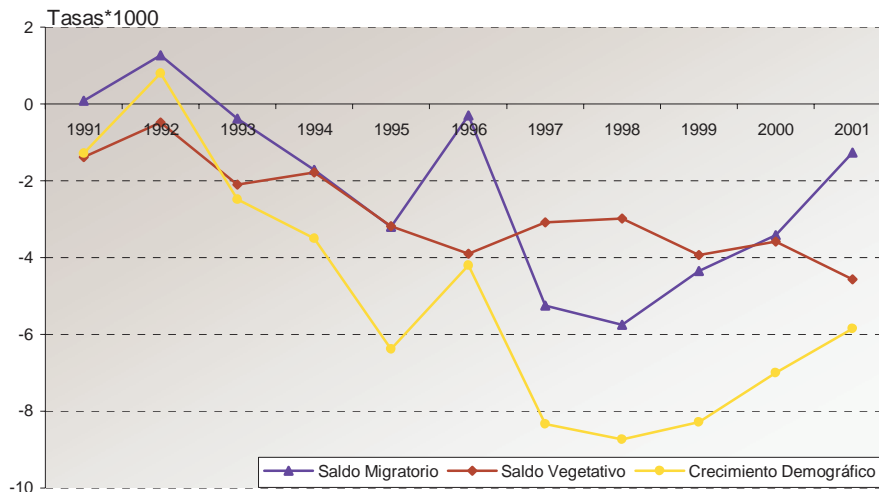
Tabla I.16. Variación de la población entre los censos de 1991 y 2001

MUNICIPIO	Censo 1991	Censo 2001	Variación absoluta	Variación relativa (%)	Ritmo de Crecimiento medio anual (%)
Camariñas	7.410	6.421	-989	-13,35	-1,4
Carnota	6.795	5.480	-1.315	-19,35	-2,1
Cee	7.109	7.164	55	0,77	0,1
Corcubión	2.102	1.966	-136	-6,47	-0,7
Dumbría	5.028	4.260	-768	-15,27	-1,6
Fisterra	5.477	5.132	-345	-6,3	-0,6
Muxía	6.725	6.040	-685	-10,19	-1,1
Vimianzo	9.639	8.542	-1.097	-11,38	-1,2
Zas	6.611	6.057	-554	-8,38	-0,9

I. 17. CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO

La tasa de crecimiento demográfico ha sido negativa desde el año 1991 hasta el 2001 (menos en el año 1992), presentando la tasa de menor valor en 1998, luego ascendió ligeramente hasta alcanzar un valor de menos 5,84, motivado en gran parte, por el aumento del saldo migratorio (gráfico I.17).

Gráfico I.17. Evolución de las tasas del Saldo vegetativo, Saldo migratorio y Crecimiento Demográfico. 1990- 2001



II. DETERMINANTES NO SANITARIOS

En este apartado se incluyen los grandes macrodeterminantes de la salud asociados a las características estructurales de la sociedad, la economía, la educación y el ambiente, así como las condiciones de vida y de trabajo, y los comportamientos individuales.

II. 1. COMPORTAMIENTOS DE SALUD

Dentro de las conductas y estilos de vida llevados a cabo por el individuo, se han analizado los problemas de adicción que existen entre los jóvenes del área objeto de estudio.

II.1. PROPORCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

En los gráficos II.1.a y II.1.b podemos observar que en el último mes los consumos de alcohol y de tabaco fueron los de mayor porcentaje. En un porcentaje menor destaca el consumo de otras drogas ilegales. En ambos sexos el consumo de alcohol, fue de alto consumo. También se comprueba que el consumo de todas las sustancias es mayor en los chicos que en las chicas, exceptuando el de tabaco (26,8% en las chicas, frente a 26,4% en los chicos).

Gráfico II.1.a. Porcentaje de consumo de sustancias entre los chicos jóvenes de Neria. 2003

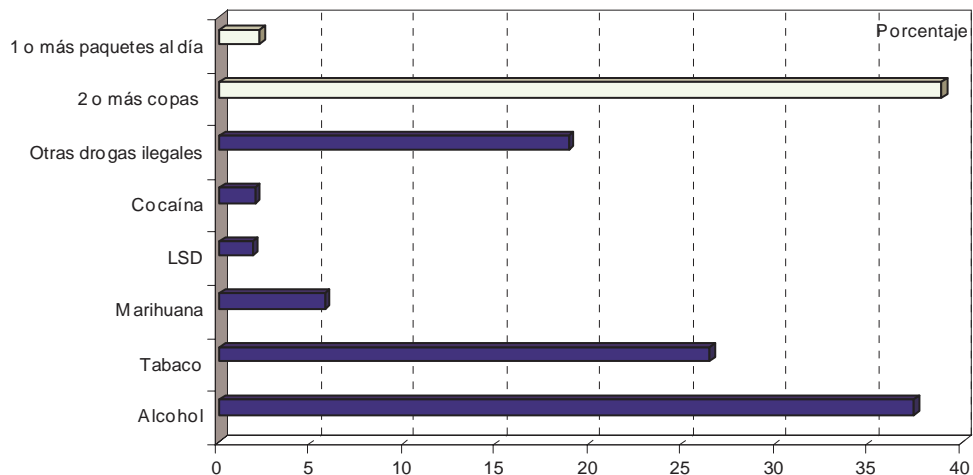
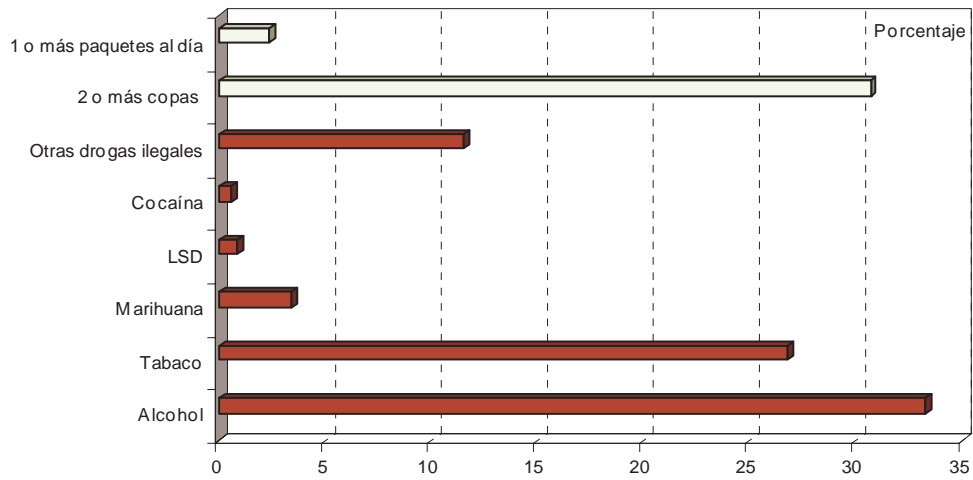


Gráfico II.1.b. Porcentaje de consumo de sustancias entre las chicas jóvenes de Neria. 2003



Por grupos de edad (gráficos II.1.c y II.1.d) se observa una progresión ascendente en el consumo de tabaco y alcohol con el aumento de la edad tanto en chicos como en chicas.

Gráfico II.1.c. Porcentaje de consumo de sustancias en el último mes en chicos por grupos de edad. 2003

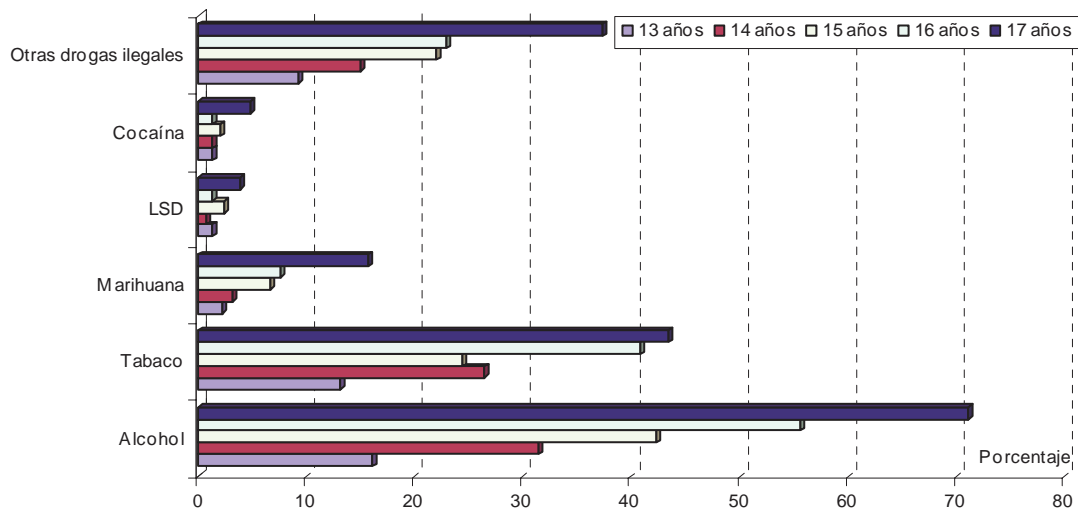
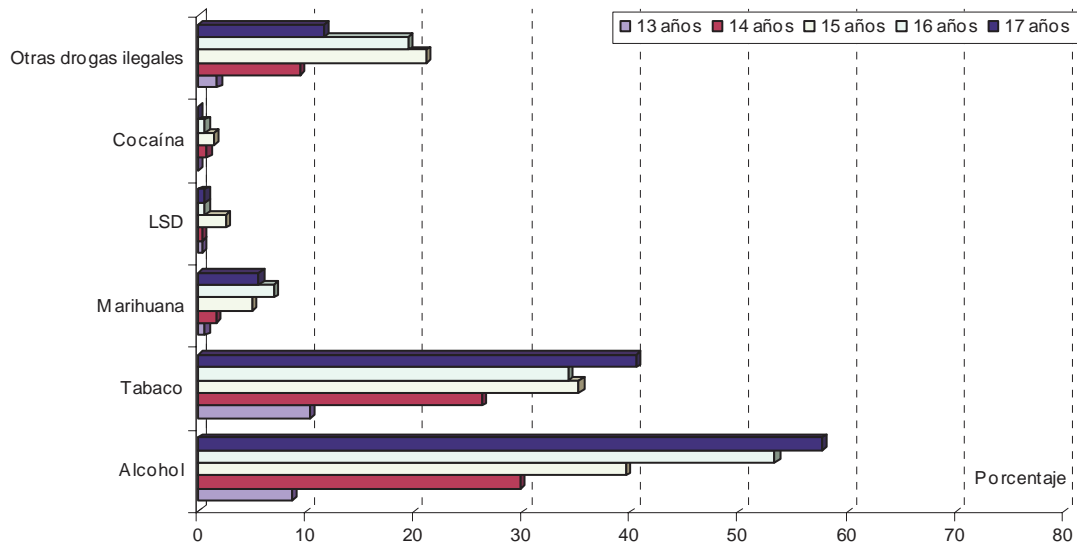


Gráfico II.1.d. Porcentaje de consumo de sustancias en el último mes por grupos de edad, en chicas. 2003



II.2. FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo se ha determinado el número de niños que nacen con bajo peso, ya que es un factor de riesgo de discapacidad y de enfermedades como la parálisis cerebral, problemas visuales o dificultades en el aprendizaje.

II.2. PROPORCIÓN DE NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER

De todos los partos que se han producido en la Fundación Hospital “Virxe da Xunqueira”, según el peso de los recién nacidos, se puede comprobar en la tabla II.2, que el porcentaje de niños con bajo peso al nacer fue significativamente menor en el año 2001.

Tabla II.2. Recién nacidos por peso en la Fundación Hospital “Virxe da Xunqueira”. 1999, 2000 y 2001

Peso recién nacidos	1999	2000	2001
>2499 gramos	217	217	196
2000-2499 gramos	15	28	3
1500-1999 gramos	0	1	0
1000- 1499 gramos	2	0	0
500- 999 gramos	0	0	1
Total	234	246	200
Porcentaje de niños de bajo peso	7,3%	11,8%	2%

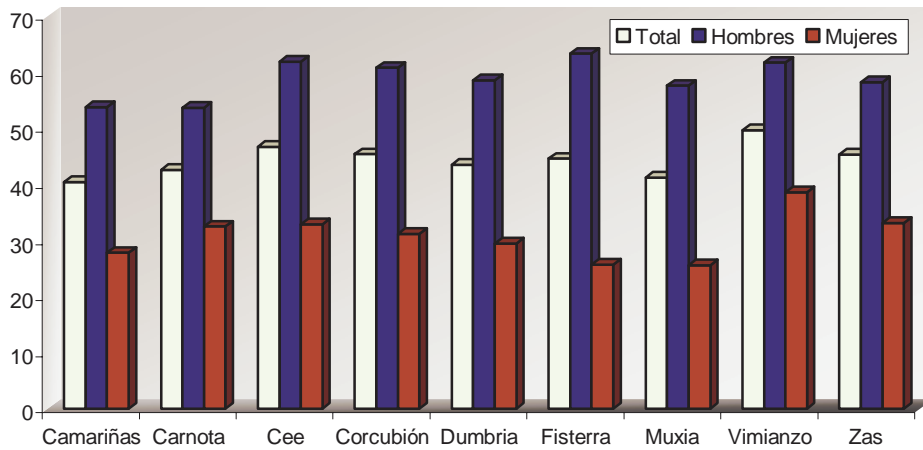
II.3. INDICADORES DE CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO

Para abordar la situación de empleo de la población del área se han utilizado seis indicadores:

II.3.1. TASA DE ACTIVIDAD

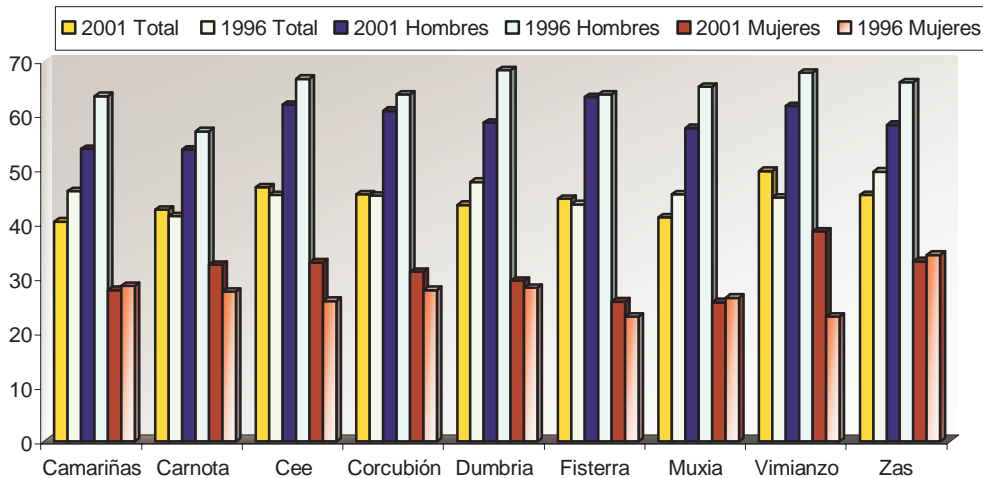
En el gráfico II.3.1.a se observa que en todos los municipios, la tasa de actividad es mayor en los hombres que en las mujeres.

Gráfico II.3.1.a. Tasa de actividad por municipios y sexo. 2001



Al comparar la tasa de actividad del año 2001 con el año 1996 (gráfico II.3.1.b), se puede comprobar que ha disminuido en los hombres en todos los municipios. Sin embargo, en las mujeres ha aumentado en casi todos los municipios, sobre todo en Vimianzo.

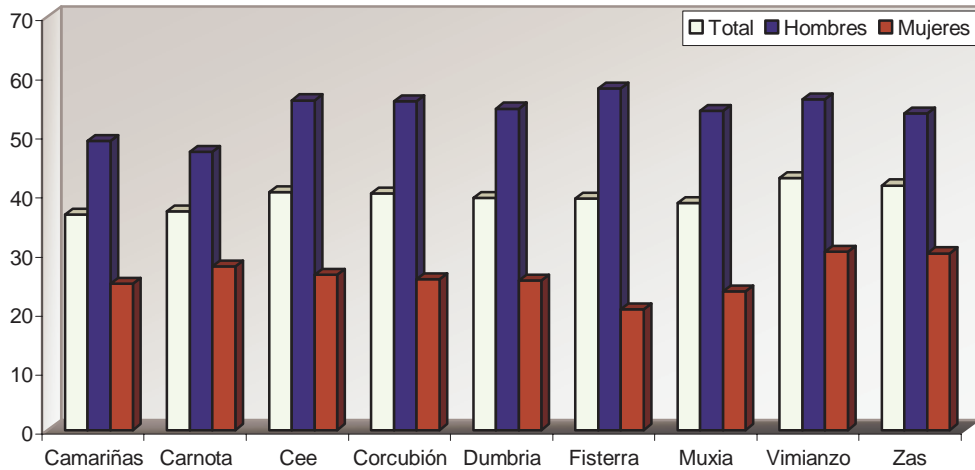
Gráfico II.3.1.b Tasas de actividad por municipio. 1996, 2001



II.3.2. TASA DE OCUPACIÓN

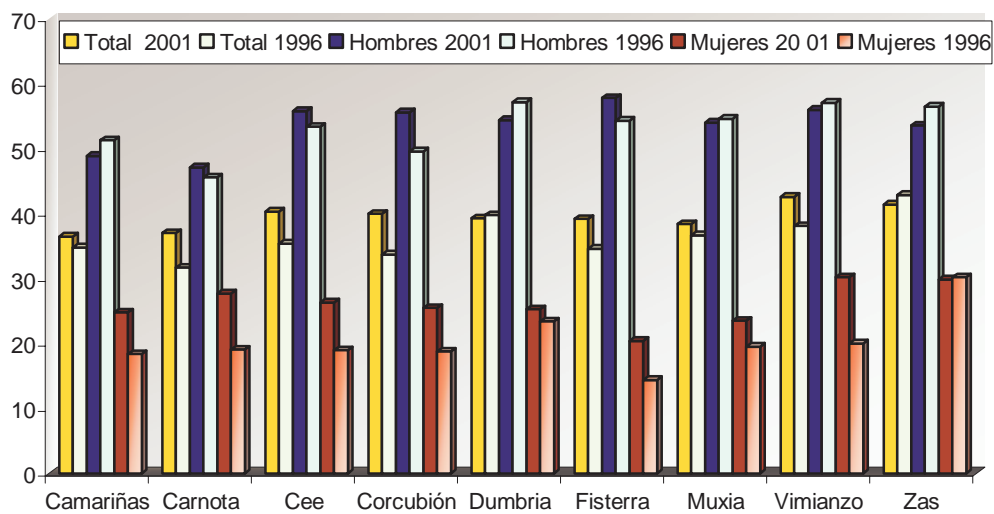
En el análisis de la tasa de ocupación (gráfico II.3.2.a) se comprueba que existen diferencias entre ambos sexos, similares a las que hay en la tasa de actividad, siendo mayores en el municipio de Fisterra.

Gráfico II.3.2.a. Tasa de ocupación por municipios y sexo. 2001



Si se comparan las tasas de ocupación del año 1996 y 2001, se observa que en general, aumentaron los valores en todos los municipios, sobre todo en el grupo de las mujeres. En los hombres se aprecia este cambio en Carnota, Cee, Corcubión y Fisterra. (Gráfico II.3.2.b)

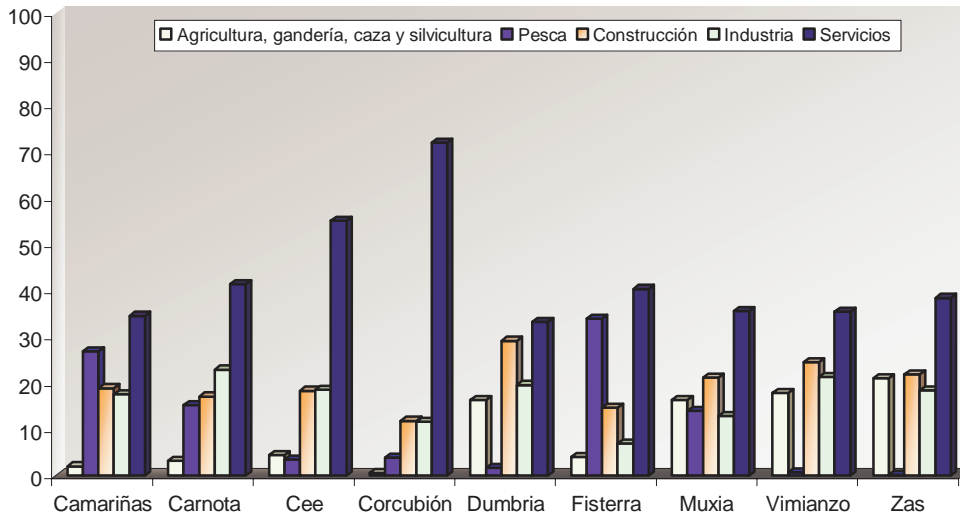
Gráfico II.3.2.b Tasas de ocupación por municipio. 1996, 2001



II.3.3. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN OCUPADA SEGÚN SECTOR DE ACTIVIDAD

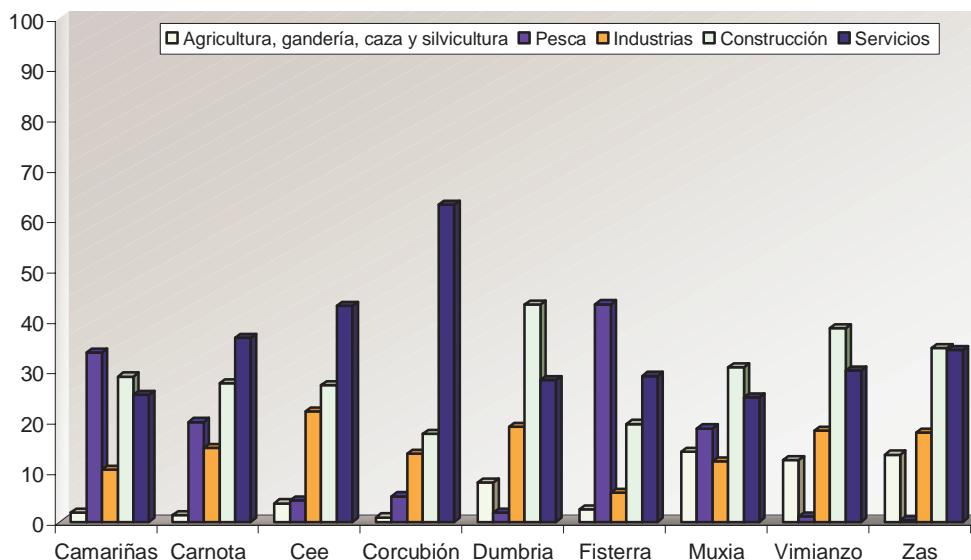
En el gráfico II.3.3.a, se observa que, en todos los municipios del área, la población trabaja mayoritariamente en el sector de servicios.

Gráfico II.3.3.a. Población en viviendas familiares ocupada según la rama de actividad. 2001



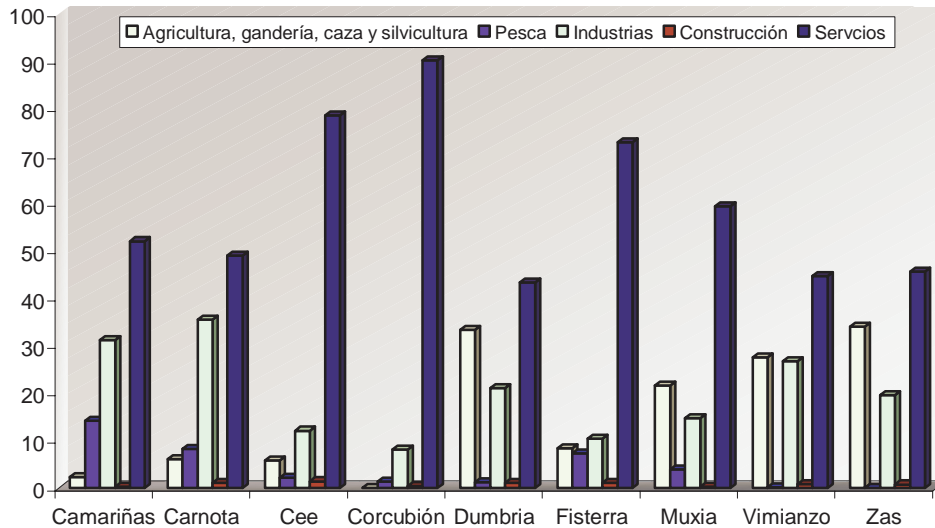
La población masculina (gráfico II.3.3.b) se dedica, en mayor medida, al sector servicios, pero en los municipios de Camariñas y Fisterra, sigue siendo importante la actividad de la pesca; así como, la construcción, en los municipios del interior.

Gráfico II.3.3.b. Población masculina en viviendas familiares ocupada según la rama de actividad. 2001



Las mujeres, se ocupan mayoritariamente en el sector servicios. (Gráfico II.3.3.c)

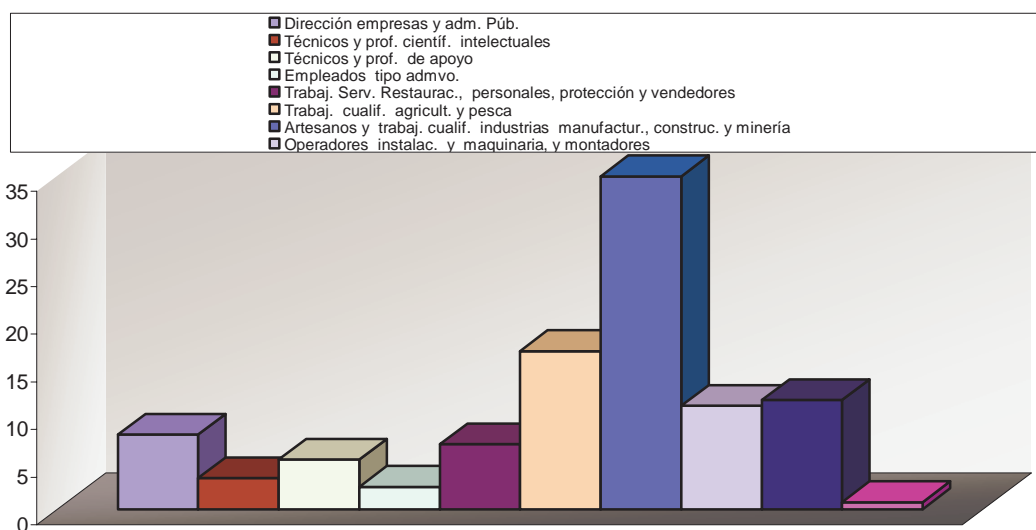
Gráfico II.3.3.c. Población femenina en viviendas familiares ocupada según la rama de actividad. 2001



II.3.4. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN OCUPADA SEGÚN LA OCUPACIÓN

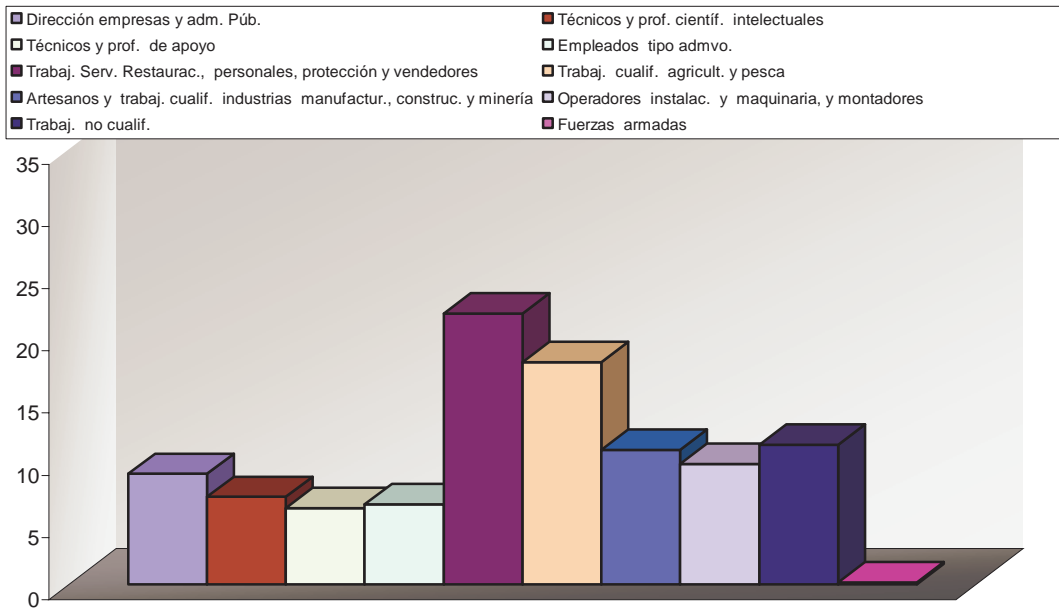
Según la Clasificación Nacional de Ocupaciones, la población masculina (gráfico II.3.4.a), se ocupa fundamentalmente en trabajos cualificados de la industria manufacturera, construcción y minería (35%).

Gráfico II.3.4.a. Población masculina ocupada según la ocupación. 2001



Las mujeres se ocupan fundamentalmente en actividades de restauración y venta (22%) y un 18% en trabajos cualificados relacionados con la agricultura y la pesca. (Gráfico II.3.4.b)

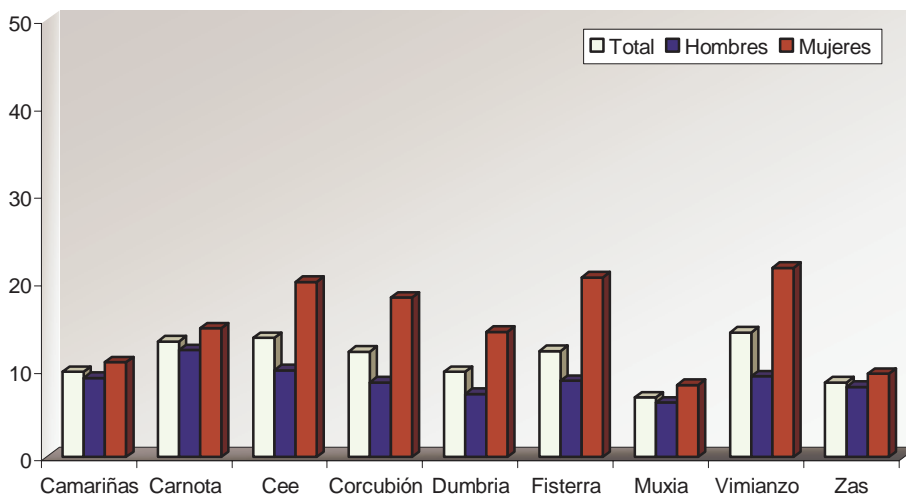
Gráfico II.3.4.b. Población femenina ocupada según la ocupación. 2001



II.3.5. TASA DE PARO

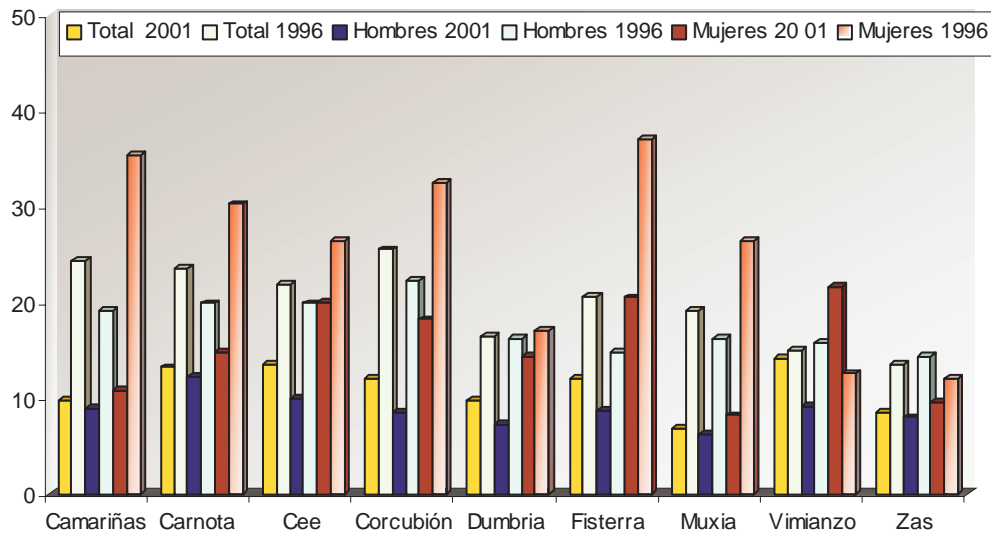
En el gráfico II.3.5.a, se presentan las tasas de paro por municipio de residencia, en función del sexo, y se puede comprobar que la tasa de paro es mayor en las mujeres que en los hombres, y estas diferencias son mayores en Fisterra (20,5 versus 8,7) y Vimianzo (21,6 versus 9,2).

Gráfico II.3.5.a. Tasas de paro por municipio y sexo. 2001



Al comparar los valores del año 2001, frente a los de 1996, se observa que han disminuido las tasas de paro en todos los municipios del área, excepto en el grupo de las mujeres de Vimianzo. (Gráfico II.3.5.b)

Gráfico II.3.5.b. Tasas de paro por municipio. 1996, 2001



En el análisis por grupos de edad, en ambos sexos (gráfico II.3.5.c, II.3.5.d), se observa que el grupo con mayor tasa de paro es el comprendido en las edades más jóvenes, entre 16 y 24 años; excepto en los hombres de los municipios de Muxía y Zas (domina el grupo de 45 a 64 años).

Gráfico II.3.5.c. Tasas de paro en hombres por grandes grupos de edad. 2001

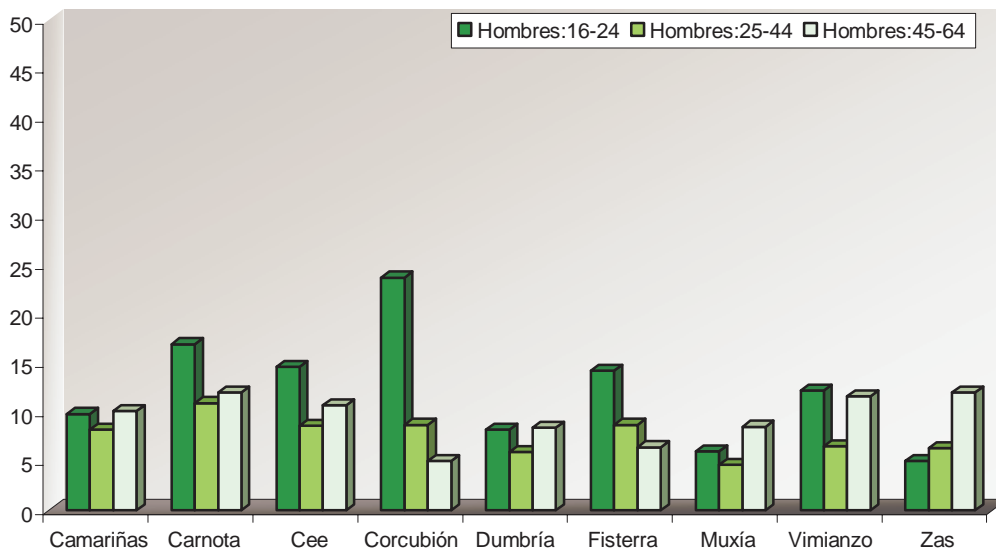
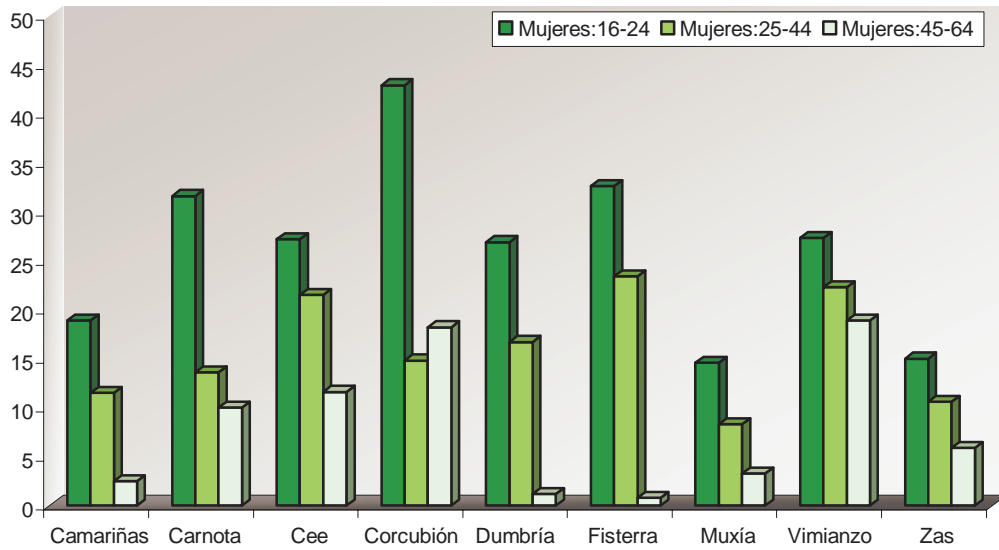


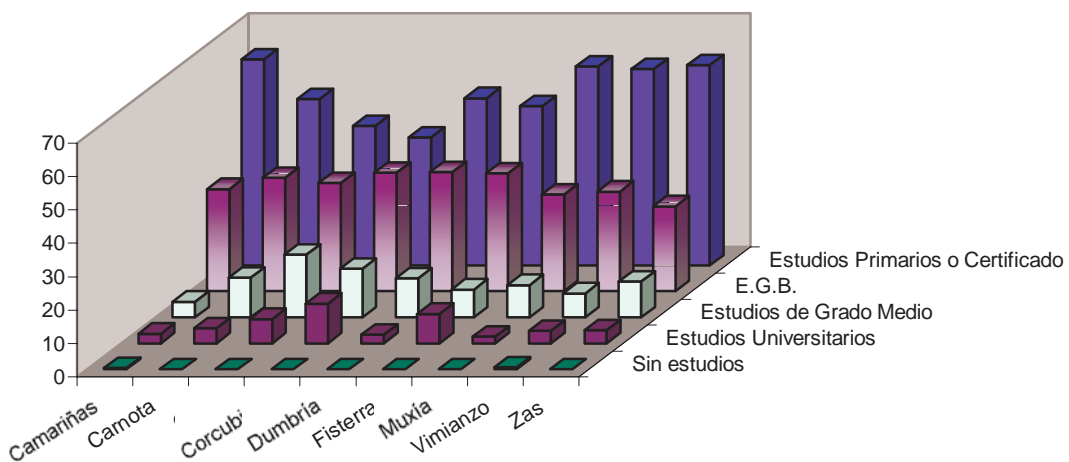
Gráfico II.3.5.d. Tasa de paro en mujeres por grandes grupos de edad. 2001



II.3.6. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN PARADA SEGÚN EL NIVEL ACADÉMICO

En el gráfico II.3.6, se puede apreciar como los demandantes activos parados pertenecen, mayoritariamente al grupo de población con un nivel de instrucción medio- bajo (aproximadamente el 30% de los demandantes tienen el graduado escolar y el 50% no lo han conseguido).

Gráfico II.3.6. Demandantes activos parados según el nivel académico. 2001

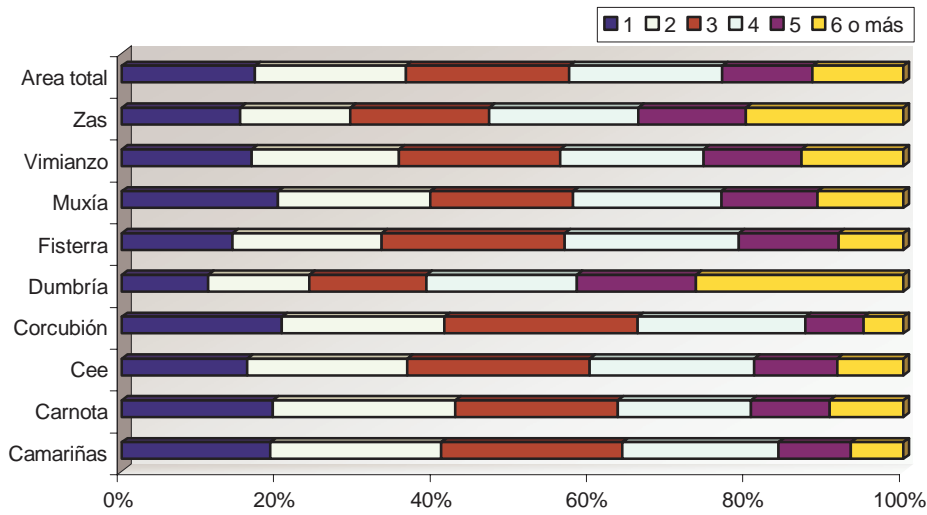


Las condiciones de vida y de la vivienda de la población del área de objeto de estudio, se han analizado mediante tres indicadores:

II.3.7. PROPORCIÓN VIVIENDAS PRINCIPALES SEGÚN EL NÚMERO DE RESIDENTES POR HOGAR EN EL ÁREA

El porcentaje de personas que viven solas (gráfico II.3.7) es del 17% y oscila entre el 11% de Dumbria y el 21% de Corcubión. Además, si se consideran los hogares que sólo tienen dos miembros el porcentaje asciende a un 36% en el área.

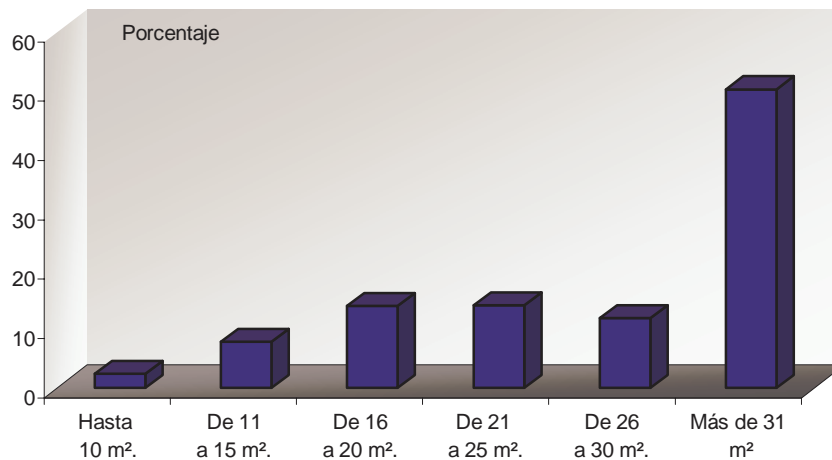
Gráfico II.3.7. Viviendas principales según el número medio de residentes por municipio. 2001



II.3.8. PROPORCIÓN VIVIENDAS PRINCIPALES SEGÚN LOS METROS CUADRADOS POR PERSONA

En el área, el 2,4% de la población dispone de un máximo de 10 metros cuadrados por persona. Sin embargo, el 50% de la población dispone de más de 30 metros cuadrados por persona. (Gráfico II.3.8)

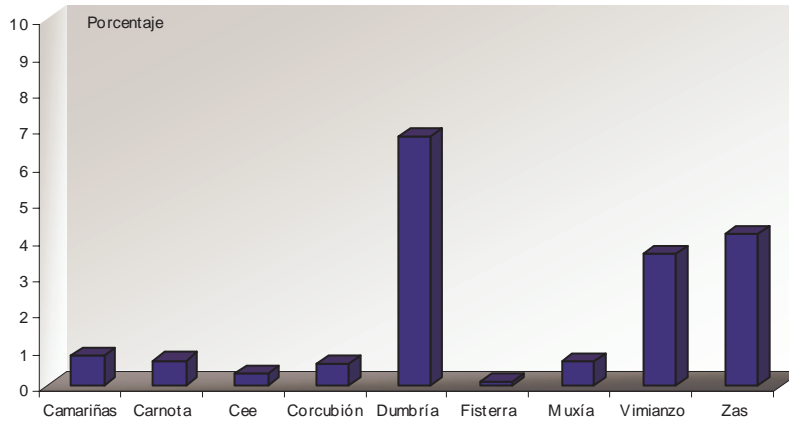
Gráfico II.3.8. Viviendas principales según los metros cuadrados por persona en el área. 2001



II.3.9. PROPORCIÓN VIVIENDAS PRINCIPALES SIN ASEO

En el gráfico II.3.9, se muestran las viviendas principales que no poseen aseo en el área. Los municipios de Dumbría (6,8%), Vimianzo (3,6%) y Zas (4,1%), son los que presentan peores condiciones de saneamiento.

Gráfico II.3.9. Viviendas principales sin aseo en la vivienda por municipio. 2001



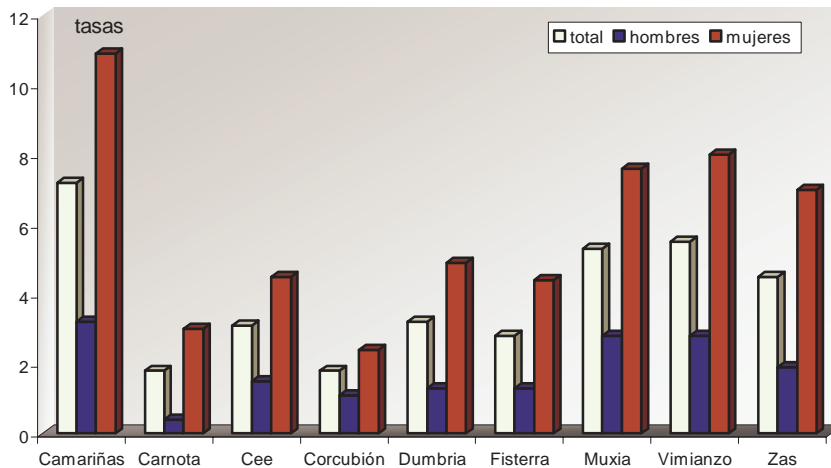
II.4. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Se utilizaron tres indicadores para conocer el nivel de instrucción de la población y los recursos educativos con los que cuentan en el área objeto de estudio.

II.4.1. TASA DE ANALFABETISMO

En el gráfico II.4.1, se observa que en todos los municipios, la tasa de analfabetismo es claramente mayor en las mujeres, y sobre todo en el municipio de Camariñas, que presenta una tasa de 10,9 por mil, en el grupo de las mujeres mayores de 16 años.

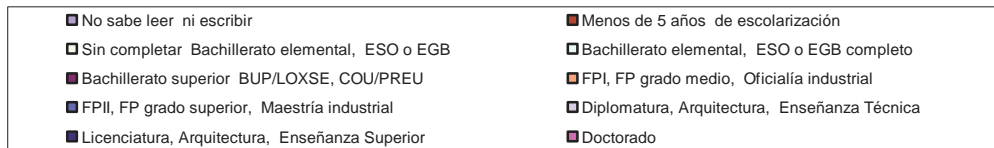
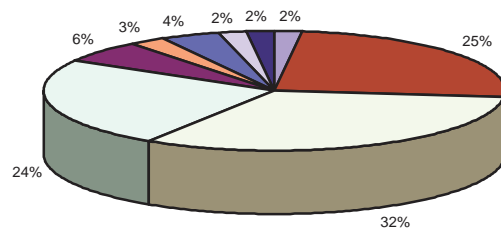
Gráfico II.4.1. Tasas de analfabetismo de la población de 16 y más años según el sexo. 2001



II.4.2. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN SEGÚN EL NIVEL ACADÉMICO

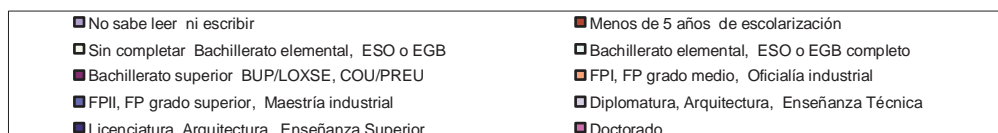
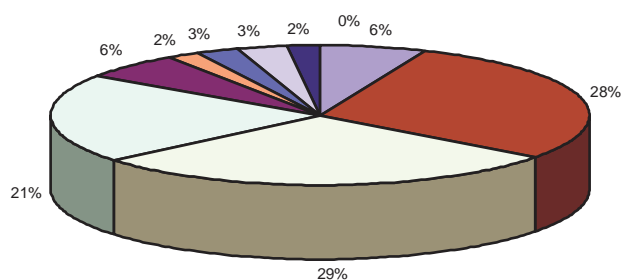
Si se analiza el nivel de estudios alcanzado por los hombres mayores de 16 años (gráfico II.4.2.a), se comprueba que el 83% tienen un nivel de estudios elemental: el 2% son analfabetos, el 25% tienen menos de 5 años de escolarización, el 32% no ha completado el bachillerato elemental, ESO o EGB; y el 24% si ha completado alguno de estos niveles.

Gráfico II.4.2.a. Población masculina de 16 y más años según el nivel de estudios. 2001



En el gráfico II.4.2.b, se puede apreciar que los resultados en el grupo de las mujeres son similares: 6% son analfabetas, el 28% tiene menos de 5 años de escolarización, el 29% no ha completado el bachillerato elemental, ESO o EGB; y el 21% si ha completado alguno de estos niveles.

Gráfico II.4.2.b. Población femenina de 16 y más años según el nivel de estudios. 2001



II.4.3. RECURSOS EDUCATIVOS

En la tabla II.4.3, se recogen los distintos centros educativos disponibles en el área.

Tabla II.4.3. Centros formativos que existen en el área

	Total Centros Escolares	Centros Escolares Públicos	Centros Escolares Privados	Centros Escolares Educación Infantil	ESO y (Bachillerato, Cou, FP)
Camariñas	6	6	0	5	0
Carnota	7	7	0	5	0
Cee	9	8	1	5	2
Corcubión	1	1	0	1	0
Dumbría	7	7	0	5	0
Fisterra	4	3	1	3	0
Muxía	8	8	0	6	0
Vimianzo	11	11	0	5	1
Zas	8	8	0	7	1

Además, desde el día 9 de septiembre del año 2002, el municipio de Cee (A Coruña) cuenta con un centro local de Cultura, el primero que se crea en los municipios de la “Costa da Morte”, como órgano consultivo y de participación de todas las asociaciones ceenses.

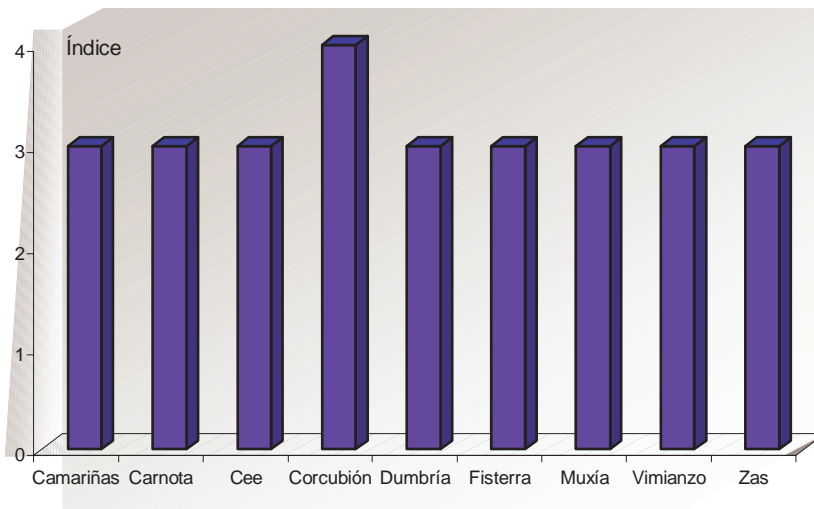
II.5 NIVEL ECONÓMICO

Para conocer el nivel económico de la población del área, se utilizó el índice de renta familiar disponible:

II.5.1. ÍNDICE DE RENTA FAMILIAR DISPONIBLE

En el gráfico II.5.1, se observa que todos los municipios del área tienen un Índice de renta familiar disponible de tres, es decir que oscila entre 7301 y 8225 euros, excepto el municipio de Corcubión con un índice de cuatro (entre 8226 y 8.800 euros).

Gráfico II.5.1. Índice RFBD por municipio. 2001



II.6. MEDIOAMBIENTE

Dentro de las condiciones medioambientales se valoraron las condiciones atmosféricas y del agua, la gestión de los residuos sólidos y los puntos negros de la zona y las zoonosis.

Para valorar la calidad del aire se utilizaron tres indicadores: media, mediana y percentil de los valores medios diarios registrados del parámetro “partículas en suspensión” (SPM).

II.6.1. MEDIA DE LOS VALORES DIARIOS DE PARTÍCULAS EN SUSPENSIÓN

En los gráficos II.6.1.a y II.6.1.b, se representa la media aritmética de los valores medios diarios registrados de los niveles de inmisión del parámetro “partículas en suspensión” y el valor guía, desde el año 1997 hasta el año 2001, y por periodos invernales, respectivamente. Se observa que los valores se han mantenido por debajo de los niveles permitidos por la legislación vigente¹⁸¹.

Gráfico II.6.1.a. Media de los valores diarios del parámetro “partículas en suspensión”.
Años: 1997, 1998, 1999, 2000 y 2001

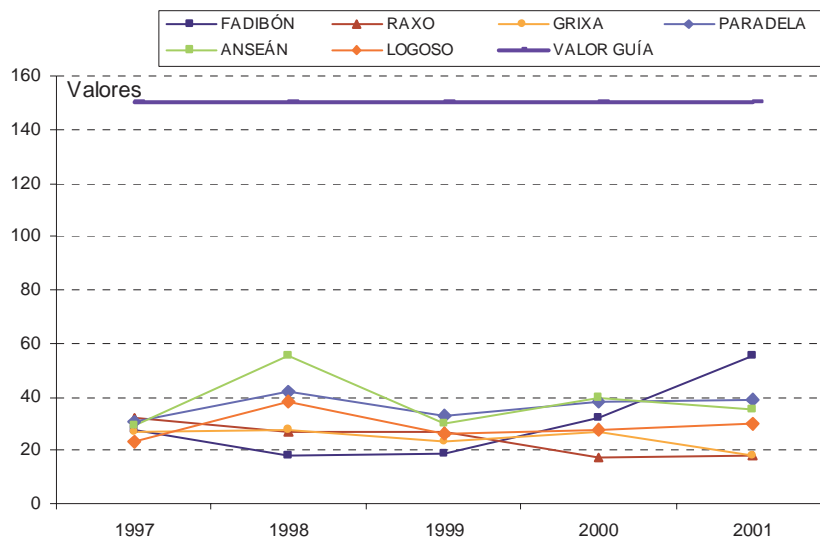
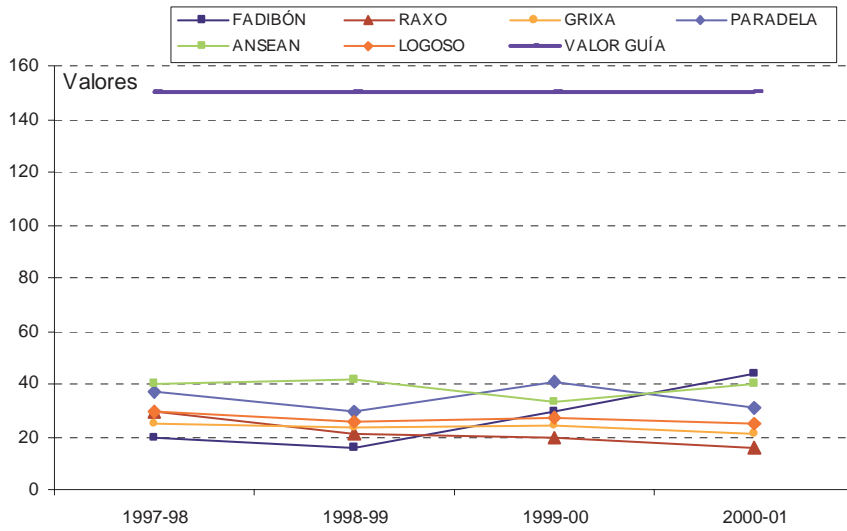


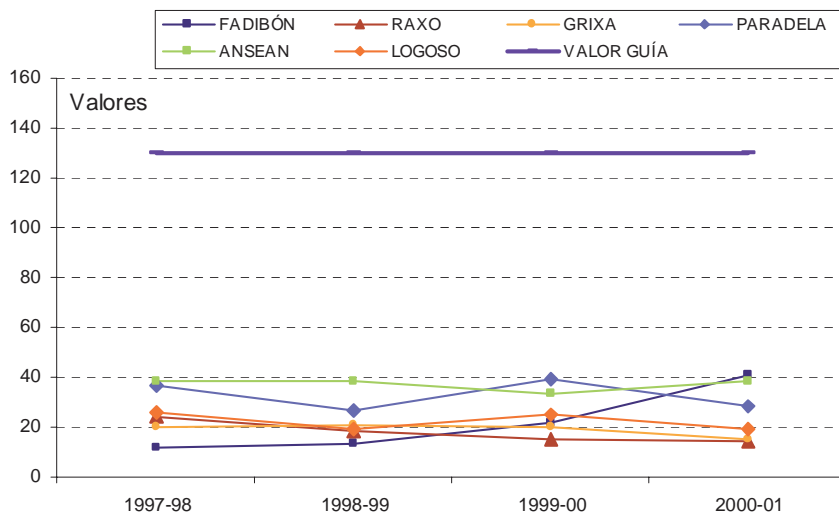
Gráfico II.6.1.b. Media de los valores diarios del parámetro “partículas en suspensión”. Periodos: 1997 - 01



II.6.2. MEDIANA DE LOS VALORES DIARIOS DE PARTÍCULAS EN SUSPENSIÓN

La mediana de los valores diarios del parámetro “partículas en suspensión” durante los periodos invernales (gráfico II.6.2), se ha mantenido por debajo del valor guía¹⁸¹.

Gráfico II.6.2. Mediana de los valores diarios del parámetro “partículas en suspensión”. Periodos: 1997 - 01



II.6.3. PERCENTIL 98 DE LOS VALORES DIARIOS DE PARTÍCULAS EN SUSPENSIÓN

Igualmente el percentil 98 de los valores diarios del parámetro “partículas en suspensión”, anual y por periodos invernales, se ha mantenido por debajo de los niveles marcados por la legislación vigente¹⁸¹. (Gráfico II.6.3.a y II.6.3.b)

Gráfico II.6.3.a. Percentil 98 de los valores diarios del parámetro “partículas en suspensión”. Años: 1997, 1998, 1999, 2000 y 2001

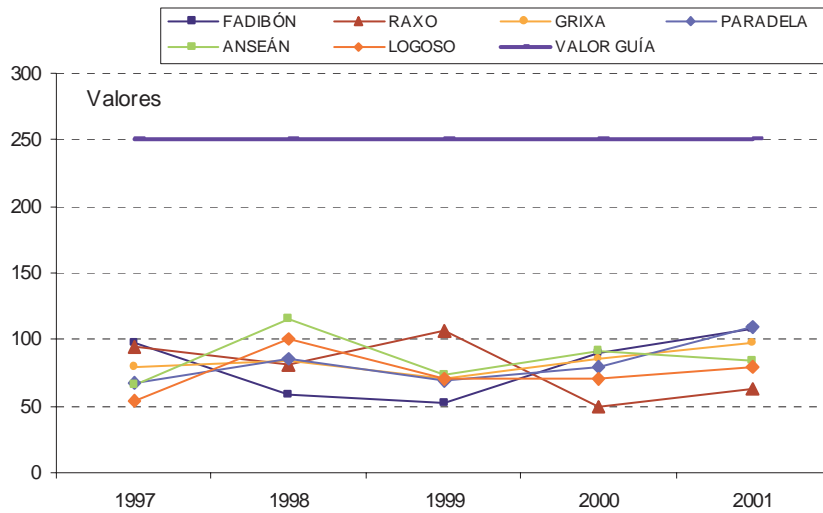
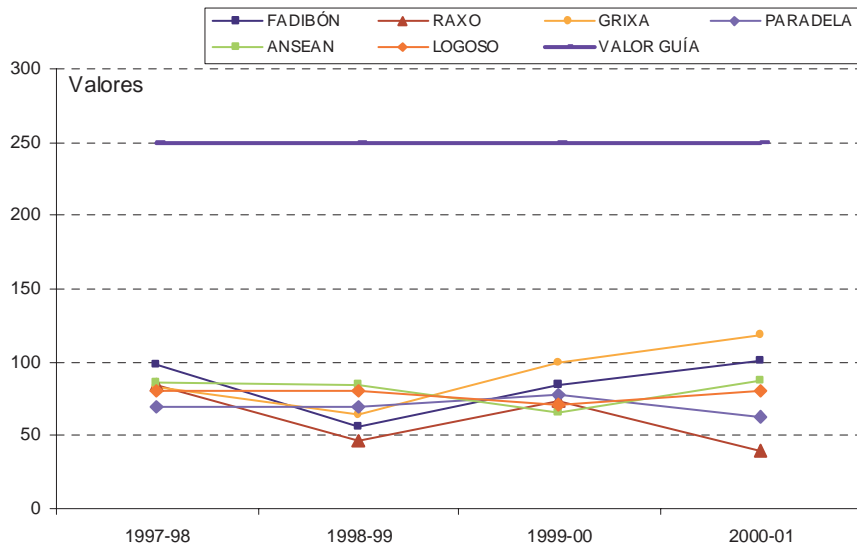


Gráfico II.6.3.b. Percentil 98 de los valores diarios del parámetro “partículas en suspensión”. Periodos: 1997 - 01



Para abordar el estudio de la calidad y vigilancia del agua potable, así como de los distintos abastecimientos de agua, se han seleccionado cuatro indicadores:

II.6.4. PROPORCIÓN DE MUESTRAS DE AGUAS NO POTABLES

En la tabla II.6.4, se muestran los análisis mínimos y normales (según el Decreto 1138/1990, de 14 de septiembre) realizados en estos municipios, a lo largo del año 2001. Los análisis mínimos fueron normales, excepto los de las parroquias de Ponte do Porto (13,6% de las muestras fueron “no potables”) y Zas vecinal (10%, “no potables”), ambas realizadas por la comunidad de vecinos. De los análisis normales, hubo dos muestras que no fueron potables: Ponte do Porto y Fisterra.

Tabla II.6.4. Análisis de las aguas de consumo realizados en estos municipios. 2001

Municipios	Gestión de abastecimiento de agua potable	Nº análisis mínimos	Nº muestras “no potables”	Nº análisis normales	Nº de muestras “no potables”
Camariñas	Ayuntamiento	22	0	3	0
Ponte do Porto	C.vecinos	16	3	1	1
Carnota Lira	Espina&delfin	4	0	1	0
Carnota Pindo	Espina&delfin	4	0	1	0
Cee	Agua Cee-Corcubión	12	0	1	0
Corcubion	Agua Cee-Corcubión	2	0	1	0
Dumbria	C.vecinos	11	0	1	0
Fisterra	Agua Cee-Corcubión	5	0	1	1
Sardiñeiro	C.vecinos	3	0	0	0
Muxía	Ayuntamiento	7	0	6	0
Vimianzo	Ayuntamiento	4	0	9	0
Vimianzo Bamiro	Ayuntamiento	4	0	9	0
Vimianzo Devesa	Ayuntamiento	4	0	9	0
Vimianzo Castrelo	Ayuntamiento	4	0	9	0
Zas Baio	Ayuntamiento	8	0	1	0
Zas vecinal	C.vecinos	10	1	1	0

II.6.5. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN CUBIERTA POR ESTACIONES DEPURADORAS DE AGUA POTABLE (ETAP)

En la tabla II.6.5 se detallan todas las ETAP que existen en la zona, el porcentaje de población cubierta, la empresa explotadora, el lugar donde se produce la captación y la capacidad de las distintas estaciones. Se puede comprobar que casi el 100% de la población de estos municipios está cubierta por estas estaciones.

Tabla II.6.5. Estaciones depuradoras de agua potable (ETAP). 2004

Ayuntamiento	Población	Empresa explotadora	Captación	Capacida d m/3 día	Capacida d ETAP L/seg.
Camariñas	6620 (97%)	Municipio	Pedras grandes	3456	40
Carnota	5510 (100%)	Espina y Delfin s.l.	Gandara	3696	137
Cee- Corcubión	9241 (98,8%)	Sarco sl- Sogade s.a UTE	Xallas	3888	111
Fisterra	5132 (100%)				
Muxía	6103 (99%)	Espina y Delfin s.l.	Os Muiños	750	21
Vimianzo	8686 (98,3%)	Municipio	Riό Grande	2332	27
Zas (Baio)	6082 (99,6%)	Espina y Delfin s.l.	Riό Grande	400	9
Zas	6082 (99,6%)	Espina y Delfin s.l.	Riό Grande	250	6

II.6.6. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN CUBIERTA POR ESTACIONES DEPURADORAS DE AGUAS RESIDUALES (EDAR)

En la tabla II.6.6.a, se describen los sistemas de depuración de aguas residuales que existen en la zona, y los que están previstos en un futuro. Los municipios de Camariñas, Fisterra y Vimianzo, no disponen en la actualidad de EDAR. De las estaciones que están en funcionamiento: la EDAR del municipio de Muxía, cubre el 41,39% de la población; y la EDAR del municipio de Zas, cubre el 41,27%. Las estaciones de Carnota y de Cee-Corcubión cubren a más población que la propia del municipio.

Tabla II.6.6.a. Estaciones depuradoras de aguas residuales (EDAR). 2004

Ayuntamiento	Sistema de depuración	Población equivalente tratada	Año de construcción
Camariñas		5000	prevista
Carnota	EDAR biológica+ terciario UV	20000	2003
Cee- Corcubión	EDAR Físico-químico	16000	1997
Fisterra		5000	prevista
Muxía	EDAR Físico-químico+terciario UV	2500	2003
Vimianzo		5000	prevista
Zas	Depuradora compacta+ aireación	1000	2001
Zas -Baio	EDAR Biológica	1500	2001

Si se observa el servicio de evacuación de excretas por municipio (tabla II.6.6.b), se ve que los municipios de Camariñas, Fisterra y Vimianzo, no tienen en la actualidad estaciones EDAR. Las poblaciones que están prácticamente cubiertas en su totalidad por estaciones EDAR son las de los municipios de Cee y Corcubión. La población que no está cubierta por estaciones EDAR, tiene fosas sépticas comunitarias o “pozos negros”.

Tabla II.6.6.b. Servicios de evacuación de excretas por municipio. 2004

Municipios	EDAR	Depuradoras compactas	Fosa séptica	"Pozos negros"
Camariñas	prevista		50%	50%
Carnota	No está en funcionamiento		100%	
Cee	84%	16%		
Corcubión	89%	7%		4%
Dumbría			90%	10%
Fisterra	prevista		100%	
Muxía	45%		55%	
Vimianzo	prevista	32%	68%	
Zas	40%	15%	45%	

II.6.7. PROPORCIÓN DE AGUAS DE BAÑO APTAS

Todas las playas de estos municipios fueron aptas para el baño en el año 2002. En el 2001, fueron aptas para el baño, el 78% de las playas de Camariñas, el 73% de las de Carnota, y el resto de las playas del área. (Tabla II.5.7.a.)

Tabla II.6.7.a. Proporción de aguas de baño aptas. 2001, 2002

Municipios	2001	2002
Camariñas	78%	100%
Carnota	73%	100%
Cee	100%	100%
Corcubión		100%
Dumbría	100%	100%
Muxía	100%	100%

En la tabla II.6.7.b, se muestran las playas del área por municipios, según el estado general de las mismas, en el año 2001. Los municipios que tenían las playas en mejores condiciones, fueron Corcubión y Muxía. Las playas que presentaron las peores condiciones fueron las de Camariñas y Carnota.

Tabla II.6.7.b. Proporción de aguas de baño según las condiciones generales. 2001

Municipios	Pésima	Mala	Tolerable	Buena
Camariñas	33%	56%	11%	
Carnota		71%	29%	
Corcubión			100%	
Fisterra	40%	40%		20%
Muxía	14%		86%	

El control y tratamiento adecuado de los residuos sólidos se ha estudiado mediante dos indicadores:

II.6.8. PROPORCIÓN DE MUNICIPIOS QUE TIENEN IMPLANTADO EL PLAN DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE MEDIO AMBIENTE "SOGAMA"

El plan SOGAMA, gestiona los residuos orgánicos y no reciclables, y los envases. En esta área, consultado con los distintos Ayuntamientos:

- El 33% (Zas, Dumbría y Muxía) tienen implantado el plan SOGAMA
- El 22% (Cee y Vimianzo) están adheridos, pero no lo tienen implantado
- El 44% (Fisterra, Camariñas, Corcubión y Carnota) no tienen implantado el plan SOGAMA.

Los municipios de Fisterra, Corcubión y Cee tienen el convenio del vidrio y el resto de residuos sólidos urbanos acaban en el vertedero del monte de Oxou.

El municipio de Carnota tiene el convenio del vidrio y del papel, y el resto de residuos sólidos urbanos acaban en el monte Mina do Cello.

II.6.9. NÚMERO DE VERTEDEROS Y PUNTOS NEGROS INCONTROLADOS

Dentro del "Programa de adecuación, sellado y clausura de vertederos de Galicia" se encuentran las obras de clausura del vertedero de Fisterra, ubicado en el Monte do Cabo. El vertedero tuvo una vida útil de 18 años.

El resto de vertederos o puntos negros de esta área se encuentran:

- Pendientes de sellado: vertederos de Carnota y Corcubión.
- Sin estar programada la clausura: Camariñas, Dumbría, Muxía, Vimianzo y Zas.

Dentro del estudio de las zoonosis, en esta área, durante los años estudiados, aparecieron algunos casos de tuberculosis y de brucelosis, entre el ganado vacuno.

II.6.10. NÚMERO DE CABEZAS DE GANADO VACUNO POSITIVAS A LA TUBERCULOSIS

En la tabla II.6.10, se observa que en estos municipios todavía está presente la tuberculosis en el ganado vacuno.

Tabla II.6.10. Número de animales de ganado vacuno positivos a tuberculosis por municipio en los años 1998, 1999, 2000 y 2001

Municipios	1998	1999	2000	2001
Camariñas	0	0	0	0
Cee	1	4	6	1
Dumbría	9	16	14	5
Corcubión	0	0	0	0
Fisterra	0	0	0	1
Muxía	5	4	8	2
Vimianzo	28	10	8	4
Zas	6	11	10	0
Carnota	0	0	0	0

II.6.11. NÚMERO DE CABEZAS DE GANADO VACUNO POSITIVAS A LA BRUCELOSIS

En la tabla II.6.11, se aprecia que en los años estudiados todavía había algún caso con valor positivo a la brucelosis entre el ganado vacuno.

Tabla II.6.11. Número de animales de ganado vacuno positivos a brucelosis por municipio en los años 1998, 1999, 2000 y 2001

Municipios	1998	1999	2000	2001
Camariñas	5	0	0	0
Cee	0	0	0	0
Dumbría	0	0	1	0
Corcubión	0	0	0	0
Fisterra	0	0	0	0
Muxía	1	0	0	0
Vimianzo	0	0	0	0
Zas	4	4	1	0
Carnota	0	0	0	0

III. ESTADO DE SALUD

La mayoría de los indicadores que se incluyen en este apartado miden estados de salud negativos. Los indicadores se han estructurado en: mortalidad y expectativa de vida, condiciones de salud y condiciones de discapacidad.

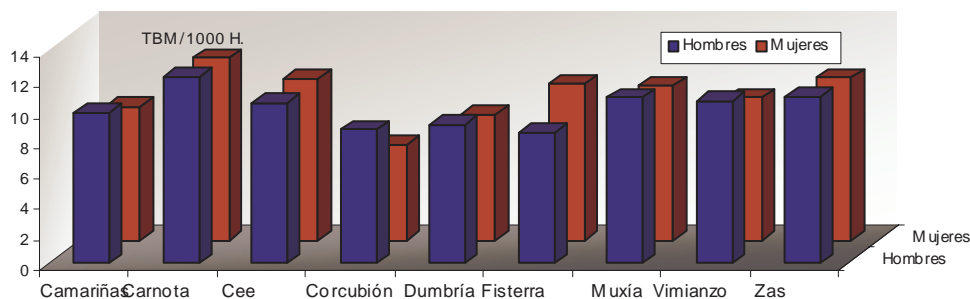
III. 1. MORTALIDAD Y EXPECTATIVA DE VIDA

Dentro de este nivel de agregación para llevar a cabo el análisis de los datos de mortalidad de la población objeto de estudio, se han elaborado indicadores que miden: la mortalidad bruta, la mortalidad específica por edad (la mortalidad infantil), la mortalidad proporcional, la mortalidad por causa de muerte estandarizada, los años potenciales de vida perdidos y la esperanza de vida.

III.1.1. TASA BRUTA DE MORTALIDAD

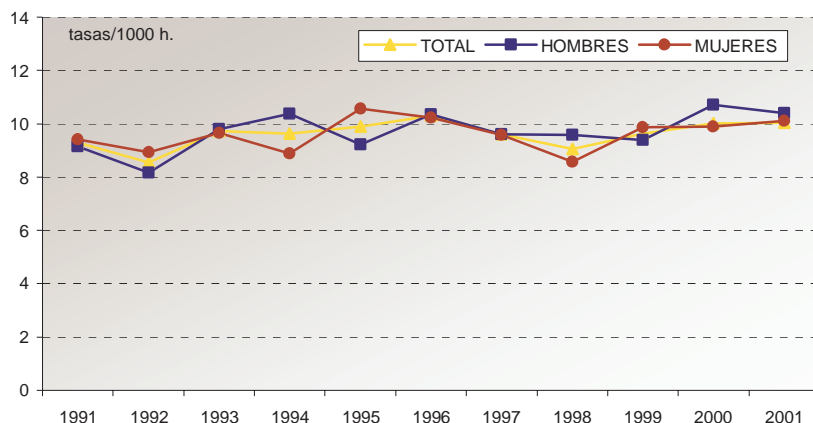
La tasa bruta de mortalidad en el año 2001 (gráfico III.1.1.a), tenía unos valores entre 9 y 10 por mil, en los municipios del área de estudio, tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico III.1.1.a. Tasa bruta de mortalidad por municipio. 2001



Igualmente, desde el año 1991 hasta el año 2001 (gráfico III.1.1.b), las tasas brutas de mortalidad en el área oscilaron entre 9 y 10 por mil habitantes.

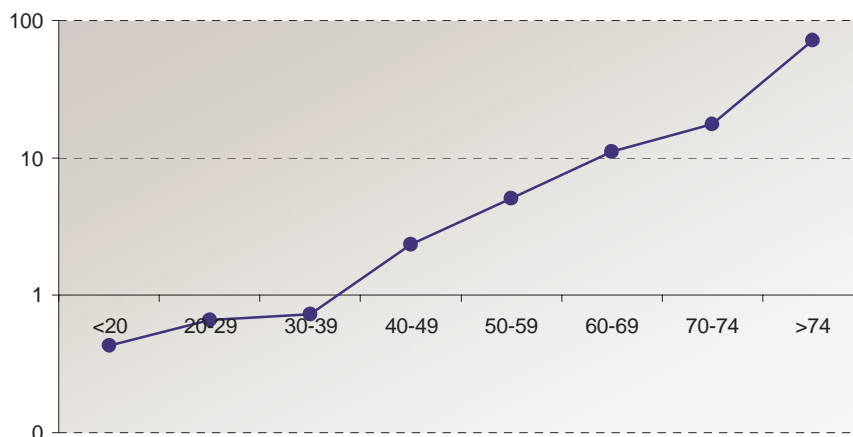
Gráfico III.1.1.b. Evolución de las tasas brutas de mortalidad del área. 1991- 2001



III.1.2. TASA DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD

En el gráfico III.1.2, se representan las tasas brutas de mortalidad del año 2001 por grupos de edad, y se puede apreciar como van aumentando con la edad.

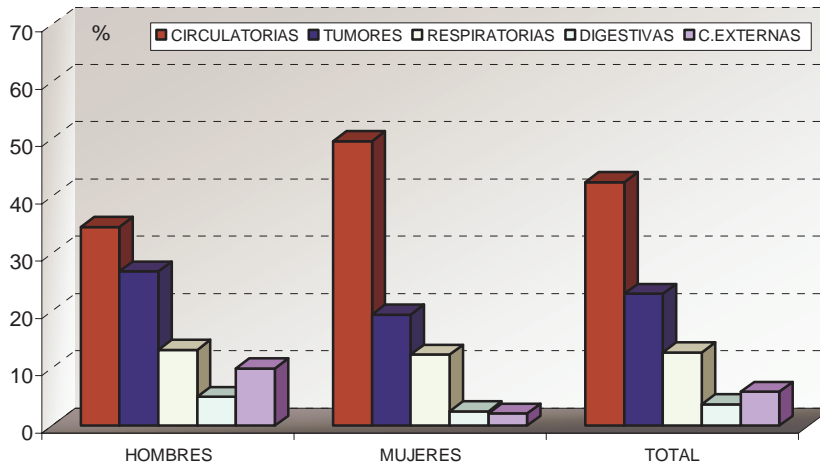
Gráfico III.1.2. Tasas brutas de mortalidad del total del área por edad en escala semilogarítmica. 2001



III.1.3. MORTALIDAD PROPORCIONAL SEGÚN CAUSA DE MUERTE

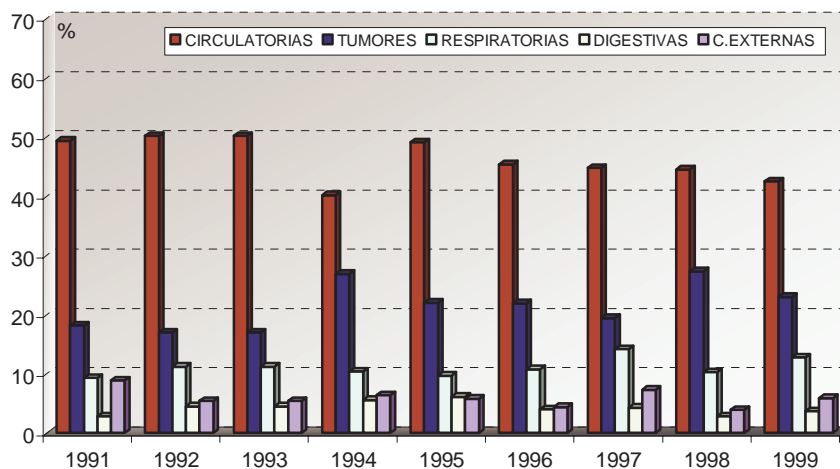
En el año 1999 (gráfico III.1.3.a), las principales causas de mortalidad en el área por orden de importancia fueron: enfermedades del aparato circulatorio (siendo más importantes en el grupo de las mujeres que representan el 50% del total de las defunciones), tumores y en menor proporción enfermedades del aparato respiratorio, del aparato digestivo y causas externas.

Gráfico III. 1.3.a. Mortalidad proporcional en el área por sexos. 1999



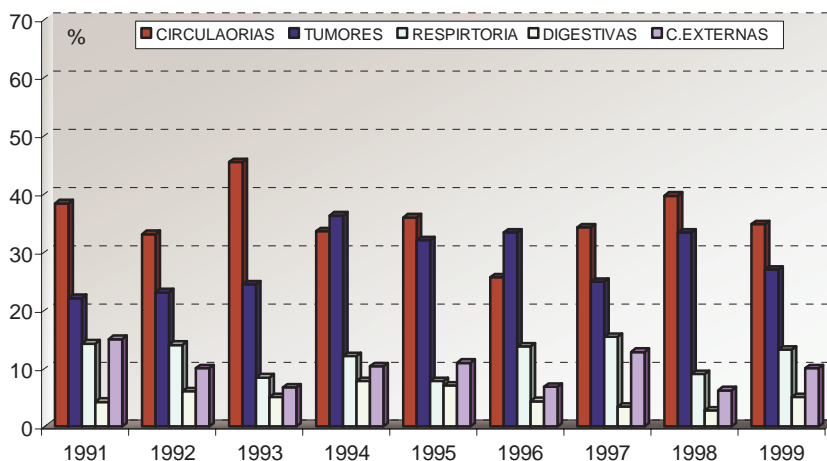
En los gráficos III.1.3.b, III.1.3.c y III.1.3.d, se puede ver la evolución temporal, de la mortalidad por las principales causas. En ambos sexos (gráfico III.1.3.b), se aprecia un descenso de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio desde el año 1991 (50%) hasta el año 1999 (42%), mientras que adquiere mayor importancia la mortalidad por tumores.

Gráfico III. 1.3.b. Evolución de la mortalidad proporcional en el área 1991-1999



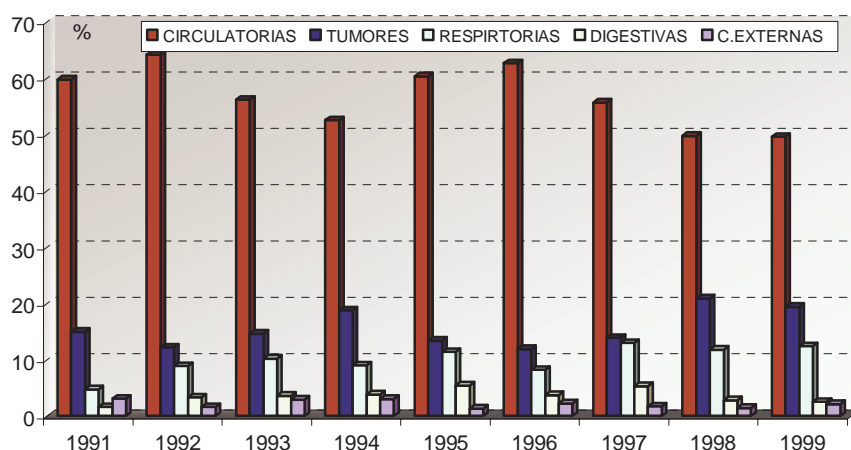
En los hombres, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares se mantuvo en porcentajes inferiores a las mujeres, permaneciendo durante todo el periodo entre el 30% y el 40%. En este grupo, fue más importante la mortalidad por tumores que en las mujeres, ya que osciló entre el 20% y el 35% durante el periodo considerado (Gráfico III.1.3.c y III.1.3.d).

Gráfico III.1.3.c. Evolución de la mortalidad proporcional en hombres en el área. 1991-1999



En las mujeres (gráfico III.1.3.d), la mortalidad por enfermedades cardiovasculares adquirió porcentajes superiores, entre el 50% y el 60%, al grupo de los hombres; pero a partir de 1997, disminuyeron estos valores y ganó importancia la mortalidad por tumores (del 15% en 1991 al 20% en 1999).

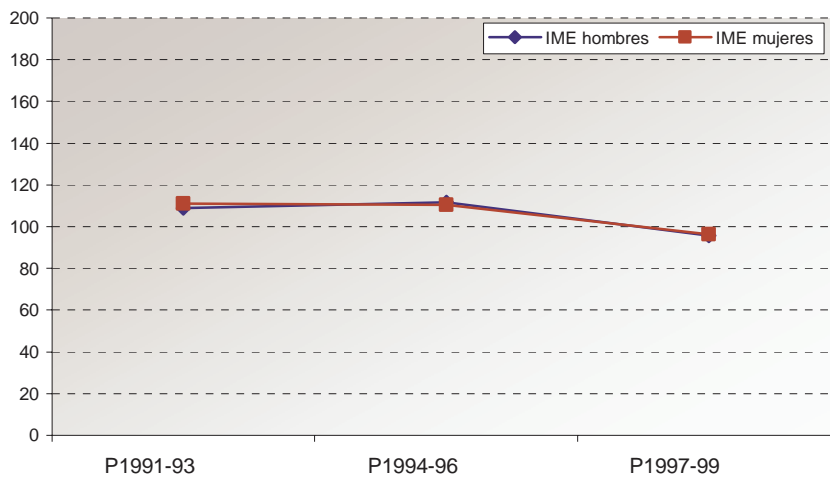
Gráfico III.1.3.d. Evolución de la mortalidad proporcional en mujeres en el área. 1991-1999



III.1.4. TASAS DE MORTALIDAD ESTANDARIZADAS POR EDAD SEGÚN CAUSA

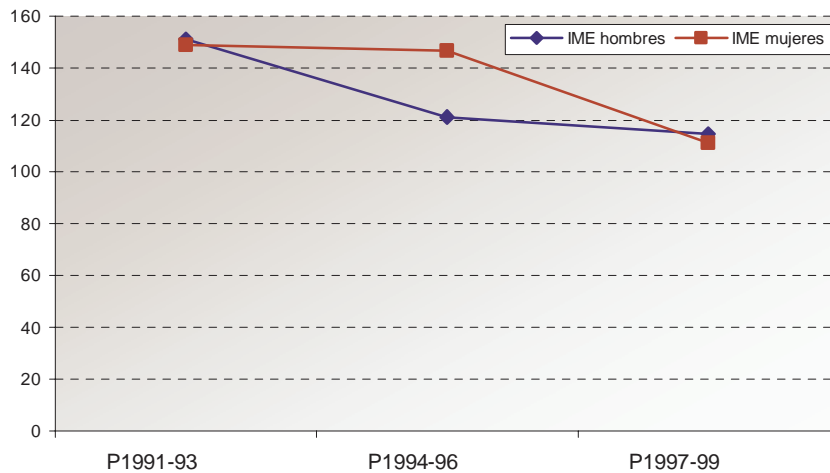
En el gráfico III.1.4.a se representan las tasas de mortalidad estandarizadas por edad de todas las causas desde el año 1991 hasta 1999. Se comprueba que inicialmente, en ambos sexos, el Índice de Mortalidad Estandarizada (IME) era superior al estándar; pero ha disminuido ligeramente, y en el último trienio fue similar al de la población de referencia.

Gráfico III.1.4.a. Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas por edad por todas las causas en el área. 1991-93, 1994-96 y 1997-1999



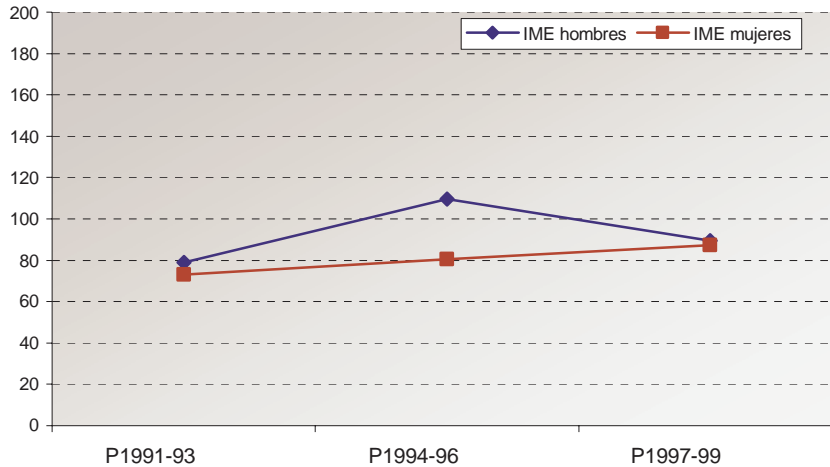
Las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio estandarizadas (gráfico III.1.4.b) eran superiores a las de la población estándar, pero fueron disminuyendo sobre todo en los hombres. En el grupo de las mujeres se mantuvieron y disminuyeron en el último trienio, 1997-1999.

Gráfico III.1.4.b. Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas por edad por enfermedades circulatorias en el área. 1991-93, 1994-96 y 1997-1999



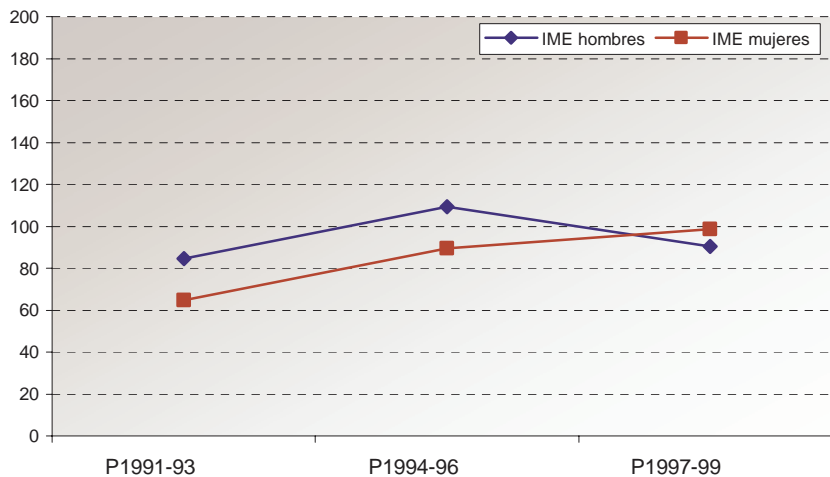
Sin embargo, la mortalidad por tumores (gráfico III.1.4.c) ha aumentado en los últimos años, aunque en los hombres disminuyó en el último trienio, 1997-1999. En ambos sexos, el IME se mantuvo por debajo del de la población estándar.

Gráfico III.1.4.c. Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas por edad por tumores en el área. 1991-93, 1994-96 y 1997-1999.



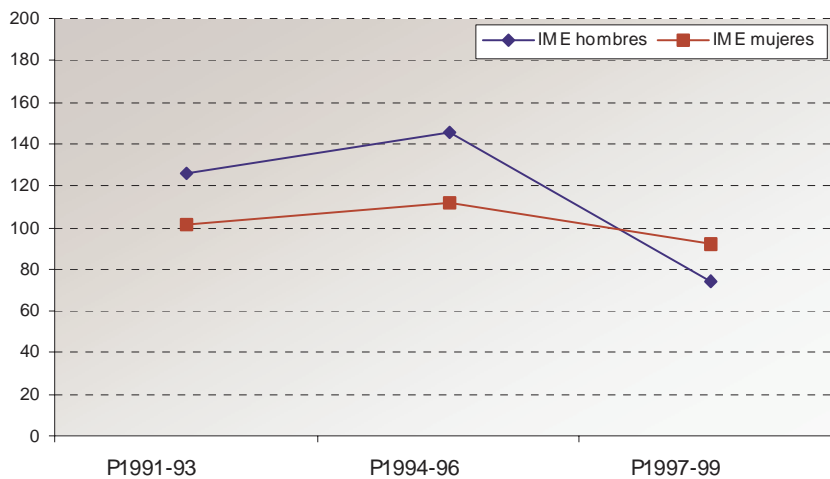
En el gráfico III.1.4.d se observa la evolución de las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio. En ambos sexos, aumentó la mortalidad hasta el trienio 1994-96 y en el último trienio los IMEs fueron similares a los de la población estándar.

Gráfico III.1.4.d. Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas por edad por enfermedades respiratorias en el área. 1991-93, 1994-96 y 1997-1999.



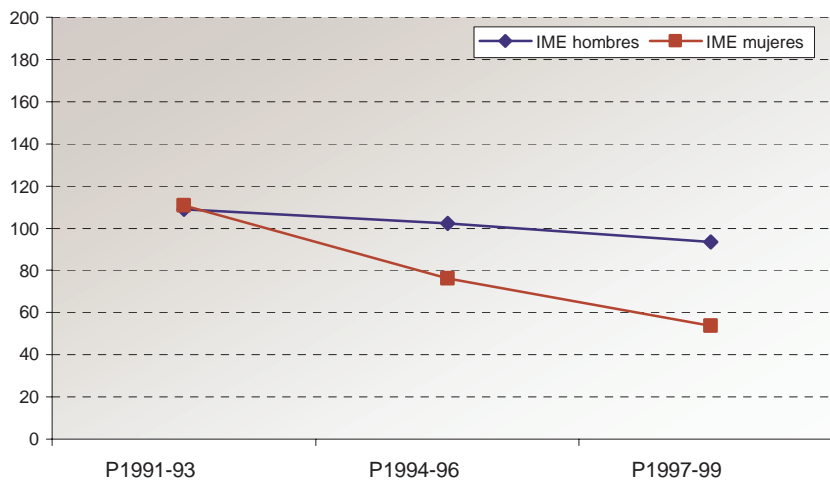
Inicialmente la mortalidad por enfermedades del aparato digestivo (gráfico III.1.4.e), sobre todo en los hombres, fue mayor que en la población estándar hasta que decreció en el último trienio.

Gráfico III.1.4.e. Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas por edad por enfermedades digestivas en el área. 1991-93, 1994-96 y 1997-1999



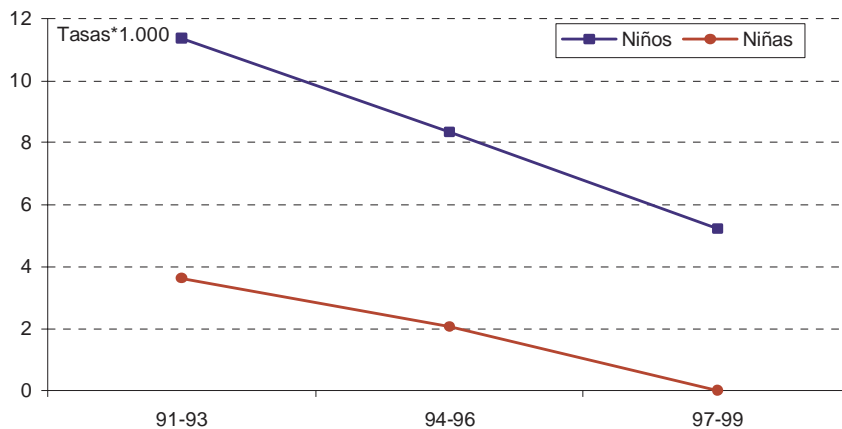
En el gráfico III.1.4.f se observan las tasas de mortalidad por causas externas desde el año 1991 hasta 1999. En los hombres, el IME fue ligeramente superior al de la población estándar. Mientras que en las mujeres, los valores fueron menores.

Gráfico III.1.4.f. Evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas por edad por causas externas en el área. 1991-93, 1994-96 y 1997-1999

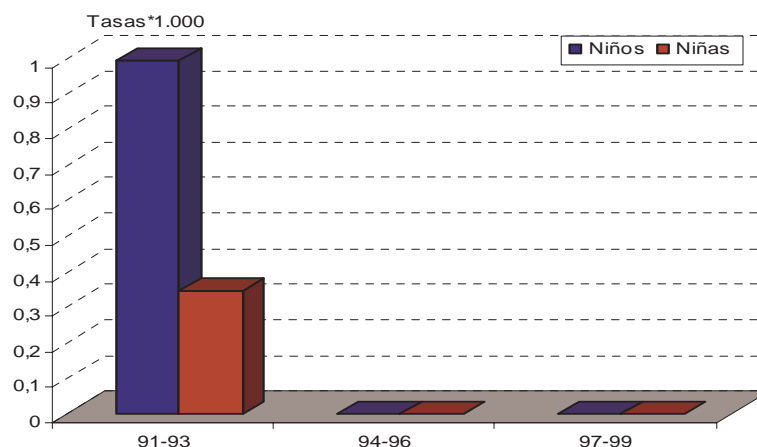


III.1.5. TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

En el gráfico III.1.5.a se reflejan las tasas de mortalidad infantil. La tasa de mortalidad infantil ha disminuido desde 1991 hasta 1999, con una tasa de cero en el último trienio en el caso de las niñas. En el caso de los niños la mortalidad infantil los valores fueron mayores durante todo el periodo (descendiendo de 11,5‰ en el trienio 1991-93 a 5‰ en el último trienio).

Gráfico III.1.5.a. Tasa de mortalidad infantil. 1991-93, 1994-96 y 1997-1999

La mortalidad en menores de 5 años, en ambos sexos, fue muy pequeña desde 1991 hasta 1999, siendo inexistente en los últimos trienios valorados: 1994-1999. (Gráficos III.1.5.b).

Gráfico III.1.5.b. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. 1991-93, 1994-96 y 1997-1999

III.1.6. TASA DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR GRANDES GRUPOS DE LA CIE

Dentro de los grandes grupos de la CIE, las principales causas de pérdida de APVP, desde el año 1991 hasta el año 1999, aparecen reflejadas en las tablas (III.1.6.a, III.1.6.b y III.1.6.c) y en los gráficos (III.1.6.a, III.1.6.b y III.1.6.c). En las tablas se identifica el número de años de vida perdidos por cada causa y la tasa por 1000 habitantes.

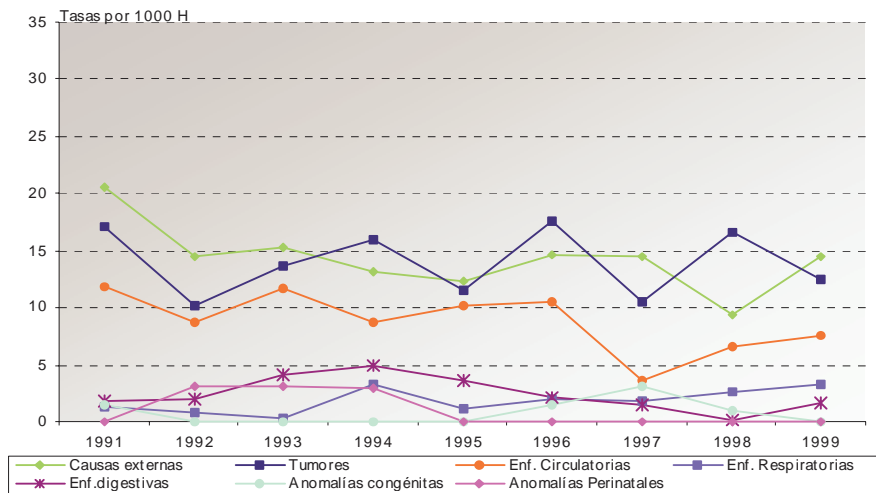
En ambos sexos (tabla y gráfico III.1.6.a), las principales causas de APVP fueron las causas externas al inicio de la década de los 90 y posteriormente

ganaron importancia los tumores, y en tercer lugar las enfermedades circulatorias. Los APVP por enfermedades del aparato respiratorio, digestivo, anomalías congénitas y perinatales tuvieron valores más bajos.

Tabla III.1.6.a. Años potenciales de vida perdidos por causa de muerte en el área. Número y tasas. 1991- 1999. Total

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Causas externas	927 (20,48)	650 (14,46)	682 (15,28)	583 (13,14)	545 (12,38)	638 (14,57)	634 (14,48)	395 (9,35)	600 (14,38)
Tumores	777 (17,17)	455 (10,13)	610 (13,67)	705 (15,90)	505 (11,47)	770 (17,58)	455 (10,46)	700 (16,58)	523 (12,52)
Enf. Circulatorias	535 (11,81)	393 (8,74)	522 (11,70)	385 (8,68)	450 (10,22)	458 (10,45)	158 (3,62)	278 (6,57)	313 (7,49)
Enf. Respiratorias	58 (1,27)	35 (0,78)	18 (0,39)	148 (3,33)	50 (1,14)	83 (1,89)	78 (1,78)	108 (2,55)	138 (3,30)
Enf. digestivas	83 (1,82)	88 (1,95)	185 (4,15)	218 (4,91)	163 (3,69)	93 (2,11)	68 (1,55)	5 (0,12)	68 (1,62)
Anomalías congénitas	70 (1,54)	0	0	0	0	67 (1,53)	134 (3,08)	43 (1,01)	0
Anomalías Perinatales	0	139 (3,09)	139 (3,11)	130 (2,92)	0	0	0	0	0

Gráfico III. 1.6.a. Años potenciales de vida perdidos por causa de muerte en el área. Tasas 1991-1999. Total

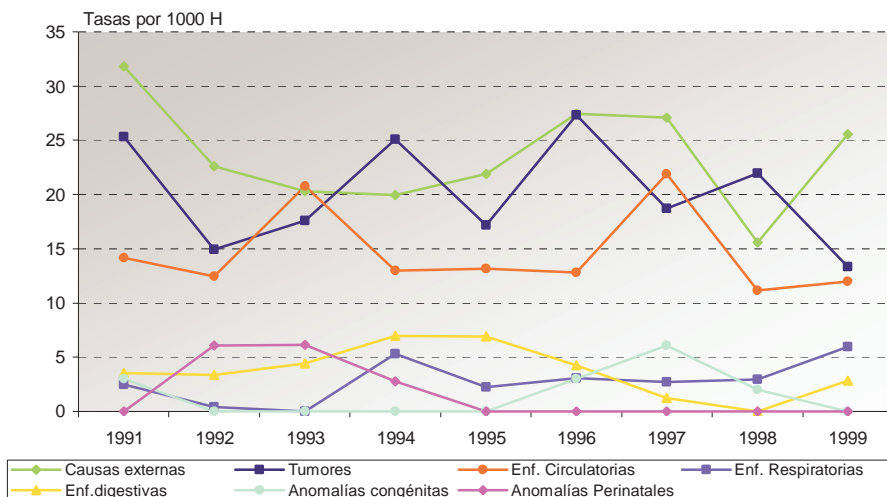


En los hombres (tabla y gráfico III.1.6.b), la principal causa de APVP a lo largo de toda la década de los 90, fue el grupo de las causas externas, seguido por los tumores. Aunque algunos años, como en 1998, fueron más importantes los tumores. En tercer lugar se encontraban los APVP por enfermedades del aparato circulatorio.

Tabla III.1.6.b. Años potenciales de vida perdidos por causa de muerte en el área. Número y tasas. 1991- 1999. Hombres

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Causas externas	735 (31,83)	518 (22,61)	462 (20,33)	450 (19,96)	490 (21,89)	610 (27,44)	598 (27,08)	333 (15,60)	538 (25,56)
Tumores	585 (25,33)	343 (14,96)	400 (17,60)	565 (25,06)	385 (17,20)	607 (27,31)	413 (18,70)	468 (21,94)	280 (13,31)
Enf. Circulatorias	328 (14,19)	285 (12,45)	472 (20,77)	293 (12,97)	295 (13,18)	285 (12,82)	483 (21,87)	238 (11,14)	253 (12)
Enf. Respiratorias	58 (2,49)	10 (0,44)	0	120 (5,32)	50 (2,23)	68 (3,04)	60 (2,72)	63 (2,93)	125 (5,94)
Enf. digestivas	83 (3,57)	78 (3,39)	100 (4,40)	158 (6,98)	155 (6,92)	95 (4,27)	28 (1,25)	0	60 (2,85)
Anomalías congénitas	70 (3,01)	0	0	0	0	67 (3,01)	134 (6,07)	43 (1,99)	0
Anomalías Perinatales	0	139 (6,07)	139 (6,12)	63 (2,77)	0	0	0	0	0

Gráfico III.1.6.b. Años potenciales de vida perdidos por causa de muerte en el área. Tasas 1991-1999. Hombres

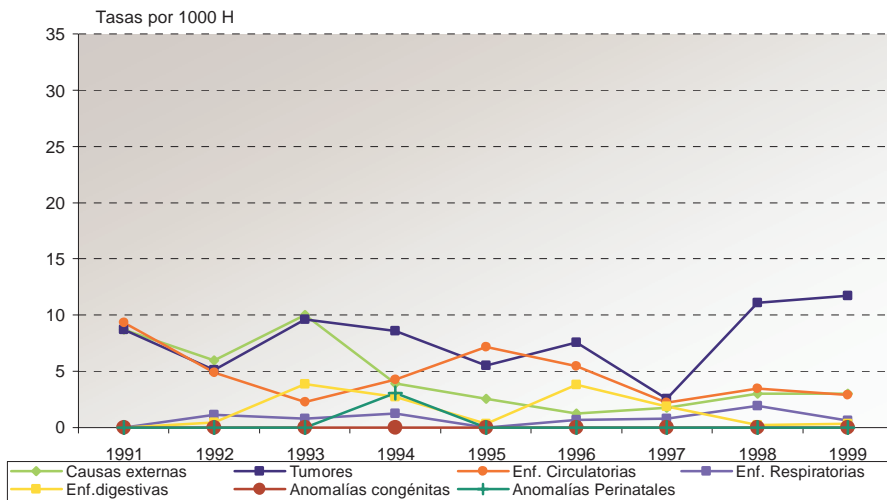


En el grupo de las mujeres (tabla y gráfico III.1.6.c), el número absoluto de APVP fue menor que en los hombres. Al inicio de la década, las principales causas de APVP fueron las enfermedades circulatorias y las causas externas, y posteriormente, ganaron importancia los tumores.

Tabla III.1.6.c. Años potenciales de vida perdidos por causa de muerte en el área. Número y tasas. 1991- 1999. Mujeres

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Causas externas	193 (8,68)	132 (5,99)	220 (10,04)	85 (3,90)	55 (2,54)	28 (1,27)	38 (1,75)	63 (2,99)	63 (3,02)
Tumores	193 (8,68)	113 (5,10)	210 (9,59)	188 (8,61)	120 (5,54)	163 (7,55)	55 (2,57)	233 (11,12)	243 (11,72)
Enf. Circulatorias	207 (9,33)	108 (4,88)	50 (2,28)	93 (4,25)	155 (7,16)	118 (5,46)	48 (2,22)	73 (3,47)	60 (2,90)
Enf. Respiratorias	0	25 (1,13)	18 (0,80)	28 (1,26)	0	15 (0,70)	18 (0,82)	40 (1,91)	13 (0,60)
Enf. digestivas	0	10 (0,45)	85 (3,88)	60 (2,75)	8 (0,35)	83 (3,83)	40 (1,87)	5 (0,24)	8 (0,36)
Anomalías congénitas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anomalías Perinatales	0	0	0	67 (3,08)	0	0	0	0	0

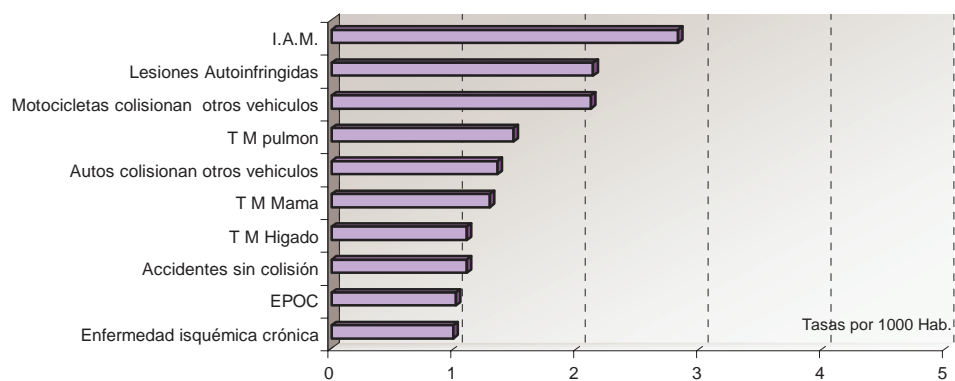
Gráfico III.1.6.c. Años potenciales de vida perdidos por causa de muerte en el área. Tasas 1991-1999. Mujeres



TASA DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR CAUSAS PRINCIPALES

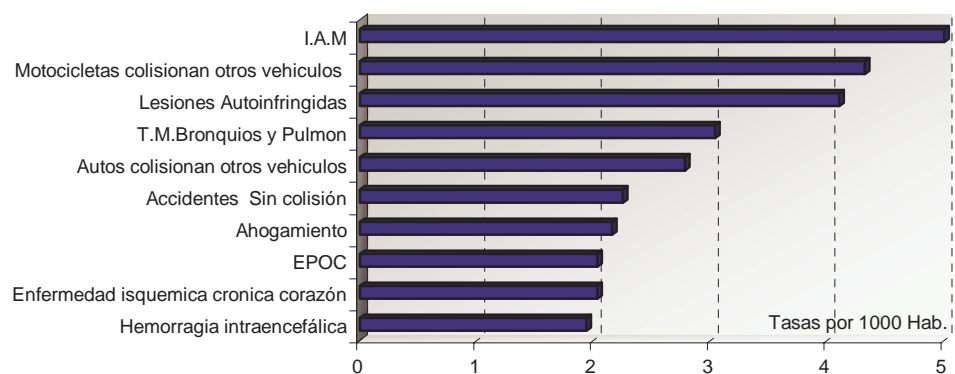
En ambos sexos, las principales causas de APVP en la población, dentro de cada grupo de la CIE fueron: infarto agudo de miocardio (IAM), lesiones autoinfringidas, colisión de motocicletas con vehículos de motor, tumor maligno de pulmón y colisión con otros vehículos de motor. (Gráfico III.1.6.d).

Gráfico III.1.6.d. Años potenciales de vida perdidos por principales causas de muerte en el área. Tasas 1999



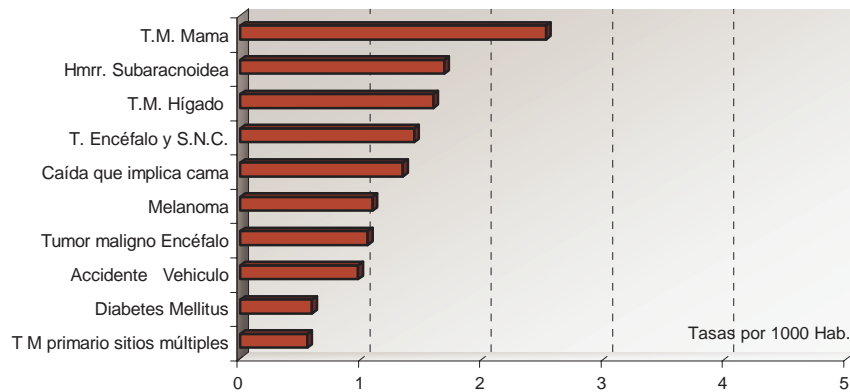
En el gráfico III.1.6.e se observan las principales causas de APVP en el área, en los hombres. Se puede comprobar que las 5 primeras causas fueron las mismas que las de la población total, pasando la colisión de motocicletas con otros vehículos a segundo lugar.

Gráfico III.1.6.e. Años potenciales de vida perdidos por principales causas de muerte en los hombres en el área. Tasas 1999



En el grupo de las mujeres (gráfico III.1.6.f), las principales causas de APVP fueron los tumores malignos de mama, seguidos por hemorragia subaracnoidea, tumores malignos de hígado, tumores del SNC y caídas que implican cama.

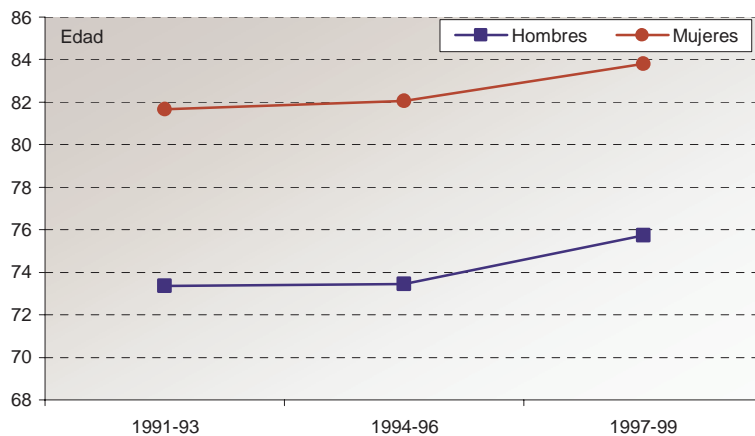
Gráfico III.1.6.f. Años potenciales de vida perdidos por principales causas de muerte en las mujeres en el área. Tasas 1999



III.1.7. ESPERANZA DE VIDA AL NACER (EV)

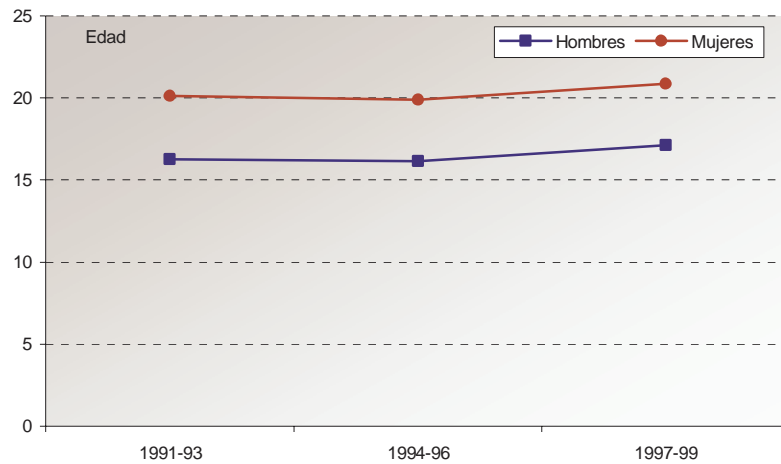
La Esperanza de Vida es mayor en el grupo de las mujeres, como se puede observar en el gráfico III.1.7.a. La EV en las mujeres aumentó desde el trienio 1991-93 (82 años) hasta el trienio 1997-99 (84 años). Igualmente, en los hombres, la EV aumentó de 73 años (trienio 1991-93) a 76 años (trienio 1997-99).

Gráfico III.1.7.a. Esperanza de vida al nacer por sexos del área. 1991-93, 1994-96 y 1997-1999



En el gráfico III.1.7.b, se observa, que la Esperanza de Vida a los 65 años, sigue siendo mayor en las mujeres que en los hombres, pero la diferencia es menor. Las mujeres han pasado de un EV de 20 (1991-93) a 21 años (1997-99), mientras que los hombres han pasado de 16 años (1991-93) a 17 años (1997-99).

Gráfico III.1.7.b. Esperanza de vida a los 65 años por sexos del área. 1991-93, 1994-96 y 1997-1999



III.2. CONDICIONES DE SALUD

El estudio de las condiciones de salud de la población del área se ha realizado mediante indicadores que miden estados de salud negativos, a partir de diferentes registros, pero fundamentalmente del “Conjunto Mínimo Básico de Datos” (CMBD), que recoge datos de morbilidad hospitalaria.

III.2.1. TASA DE INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO)

En la tabla III.2.1, se recogen las EDOs, que se produjeron en los años 1998, 1999, 2000 y 2001. Numéricamente, destacan la gripe, seguido de la varicela, la tuberculosis, la parotiditis (año 2001) y las toxiinfecciones alimentarias. Se observa que los casos de gripe disminuyeron notablemente en el año 2001. Además, se produjo un aumento importante en el número de casos de parotiditis en el año 2001. También hay que destacar el aumento de casos de meningitis víricas y toxiinfecciones alimentarias en el año 2000.

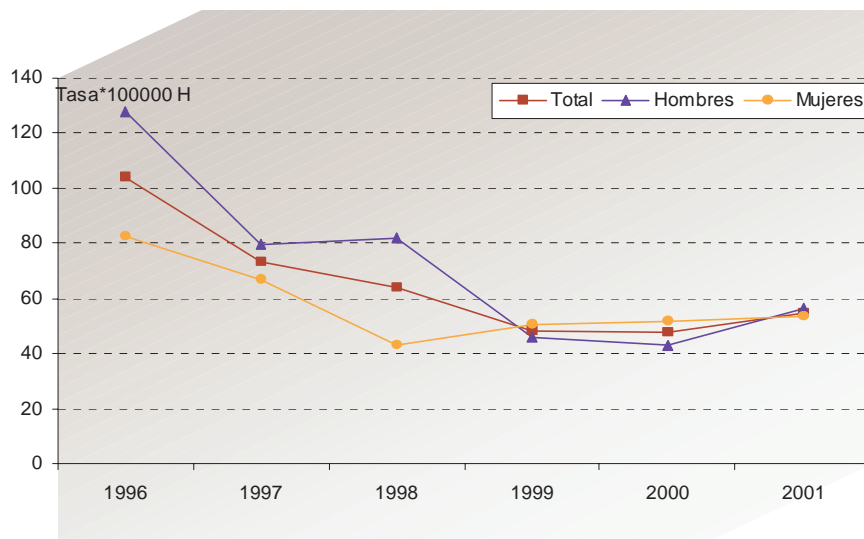
Tabla III.2.1. Enfermedades de declaración obligatoria en el total del área de estudio. Tasas por 100. 000 habitantes. 1998-2001

Enfermedades	1998	1999	2000	2001
Tuberculosis	49,97	33,5	20,9	47,65
Enfermedad meningocócica	3,7	7,5	1,9	0
Varicela	279,5	519,6	161,3	731,96
Sarampión	1,9	0	0	0
Hepatitis A	0	55,9	1,9	0
Hepatitis B	3,7	0	0	1,91
Otras hepatitis	1,9	1,9	5,7	3,81
Parotiditis	3,7	1,9	5,7	91,49
Sífilis	0	1,9	0	1,91
Enfermedad Gonocócica	3,7	7,5	0	3,81
Meningitis Vírica	3,7	11,2	24,7	5,72
Gripe	4995,4	9082	5778,7	3457,7
Toxiinfecciones alimentarias	5,55	20,5	34,1	3,81
Fiebre tifoidea	0	0	1,9	0
Hib	0	0	0	0
Meningitis tuberculosa	0	0	0	0
Paludismo	0	1,9	0	0

III.2.2. TASA DE INCIDENCIA DE ENFERMEDAD TUBERCULOSA

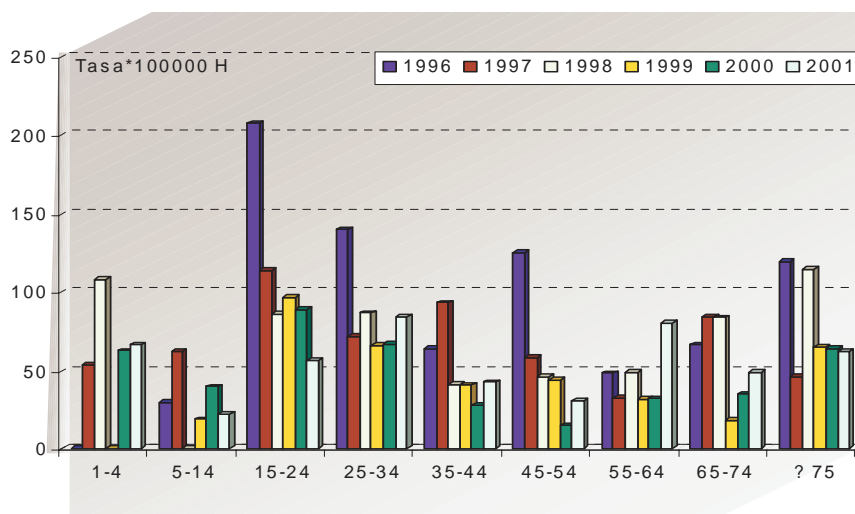
La tuberculosis ha sido una enfermedad importante en la zona. La enfermedad ha experimentado un descenso desde el año 1996 hasta el 2001, con una tasa de incidencia mayor en el grupo de los hombres, aunque a partir del año 1999, desciende de forma importante hasta llegar a ser ligeramente inferior a la de las mujeres. (Gráfico III.2.2.a)

Gráfico III.2.2.a. Enfermedad tuberculosa en el total del área. Tasas por 100.000 habitantes. 1996-2001



En el análisis por grupos de edad (gráfico III.2.2.b), se aprecia que los grupos de edad con mayores tasas de incidencia son los de 15 a 24 años, de 25 a 34 años y los mayores de 75 años.

Gráfico III.2.2.b. Enfermedad tuberculosa en el total del área. Tasas por 100.000 habitantes. 1996-2001



III.2.3. TASA DE INCIDENCIA DE ENFERMEDAD SIDA-VIH

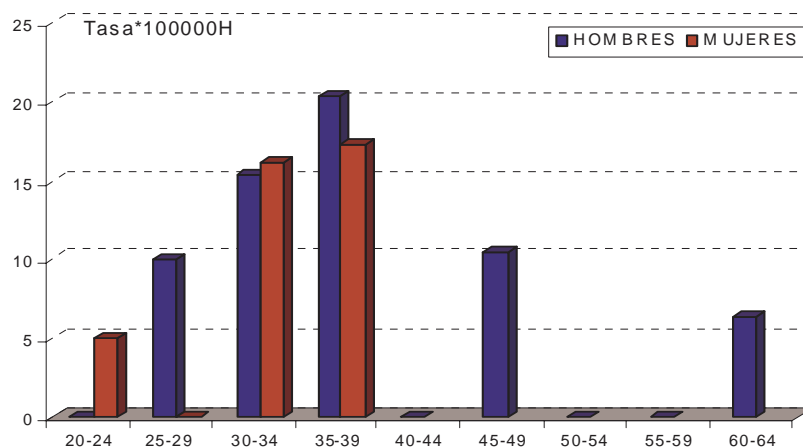
Desde el año 1991 hasta el 2001, se diagnosticaron 17 casos de SIDA, en el área de influencia hospitalaria de Cee (A Coruña), con una tasa de incidencia de 3,2 por 100.000 habitantes al año: 4,55 en los hombres y 1,83 en las mujeres. (Tabla III.2.3)

Tabla III.2.3. Tasa bruta de casos de SIDA diagnosticados en el área de influencia hospitalaria de Cee (A Coruña). Período 1991-2001

Tasas brutas por 100.000 habitantes		
Total	Hombres	Mujeres
3,2	4,55	1,83

En el gráfico III.2.3, se observa la tasa de incidencia por grupos de edad, y se comprueba que es mayor en los grupos de edad de 30 a 34 y de 35 a 39 años, tanto en hombres (con valores de 15 y 20 por 100.000, respectivamente) como en mujeres (valores de 16 y 17 por 100.000, respectivamente).

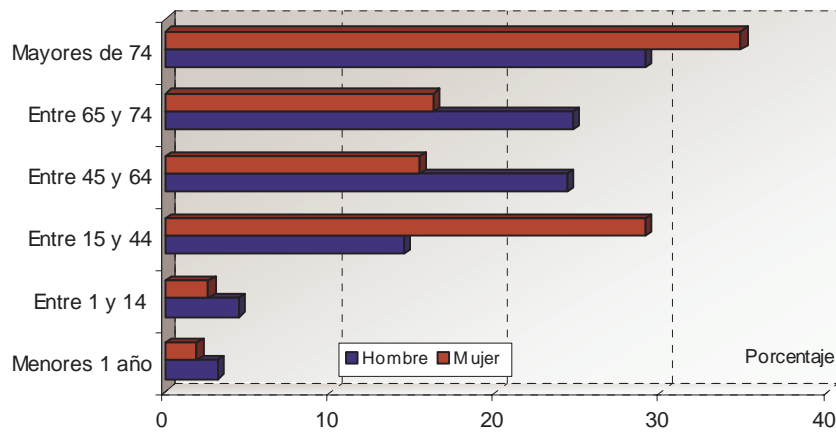
Gráfico III.2.3. Tasa específica de casos de SIDA diagnosticados en el área de influencia hospitalaria de Cee (A Coruña). Período 1991-2001



III.2.4. PROPORCIÓN DE EPISODIOS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA POR GRANDES GRUPOS DE ENFERMEDADES DE LA CIE 9ª MC

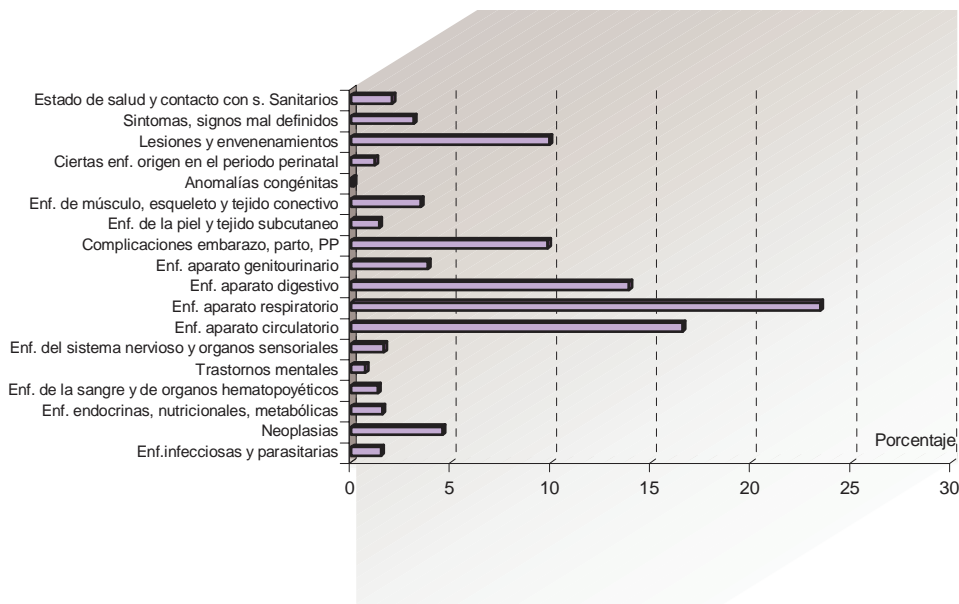
En un estudio inicial de la morbilidad hospitalaria del año 2001, se observa que la mayor parte de los episodios de alta hospitalaria se produjeron por mujeres mayores de 74 años. (Gráfico III.2.4.a)

Gráfico III.2.4.a. Distribución de los episodios de alta hospitalaria de Cee (A Coruña) por grupo de edad y sexo. 2001



Al analizar los episodios por capítulos de la CIE 9ª MC (gráfico III.2.4.b), se observa que en el año 2001, el mayor volumen de altas hospitalarias fue ocasionado por enfermedades relacionadas con el aparato respiratorio (23%), circulatorio (17%) y digestivo (14%).

Gráfico III.2.4.b. Distribución de los episodios de alta hospitalaria de Cee (A Coruña) por grandes grupos de la CIE 9ª-MC. 2001



En la tabla III.2.4, se observa que en los años 1999, 2000 y 2001, los episodios de alta hospitalaria han seguido una tónica similar, con ligeras variaciones, al igual que las estancias medias que originaron.

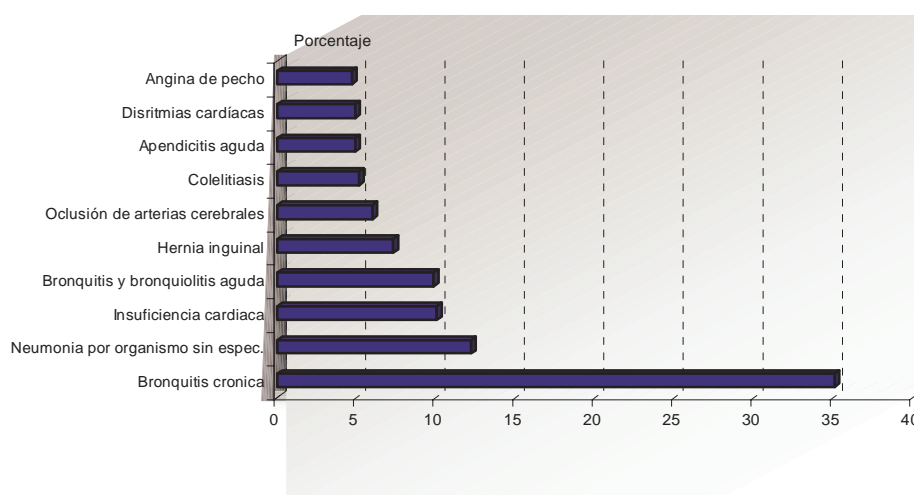
Tabla III.2.4. Distribución de los episodios de alta hospitalaria de Cee (A Coruña) por grandes grupos de la CIE 9ª-MC y estancia media. 1999-2001

Capítulo D.ppal	1999		2000		20001	
	%	E.M.	%	EM	%	EM
Enf.infecciosas y parasitarias	1,86	9,02	2,37	10,47	1,47	10,66
Neoplasias	5,45	9,65	5,27	10,06	4,56	10,73
Enf. endocrinas, nutricionales, metabólicas	2,14	7,68	1,83	7,65	1,55	6,5
Enf. de la sangre y de órganos hematopoyéticos	0,93	8,22	1,41	7,38	1,31	8,91
Trastornos mentales	0,44	6,45	0,69	4,89	0,70	6,06
Enf. del sistema nervioso y órganos sensoriales	2,38	4,42	1,38	3,58	1,62	4,36
Enf. aparato circulatorio	16,63	6,25	15,28	6,61	16,55	6,02
Enf. aparato respiratorio	16,06	6,19	22,20	6,69	23,43	6,3
Enf. aparato digestivo	11,95	6,43	13,68	6,39	13,88	6,57
Enf. aparato genitourinario	4,44	6,3	4,32	5,03	3,83	4,78
Complicaciones embarazo, parto, PP	12,63	3,14	11,54	3,16	9,82	3,61
Enf. de la piel y tejido subcutáneo	1,09	6,3	1,11	5,24	1,39	5,75
Enf. de músculo, esqueleto y tejido conectivo	3,43	7	3,78	8,72	3,48	6,86
Anomalías congénitas	0,20	4	0,15	2,25	0,12	2,33
Ciertas enf. origen en el periodo perinatal	3,83	4,33	2,29	5,55	1,20	4,06
Lesiones y envenenamientos	9,93	7,26	6,84	8,89	9,90	8,49
Síntomas, signos mal definidos	4,32	5,31	3,17	6,04	3,13	5,72
Fact.estado de salud y contacto con S. Sanitarios	2,30	2,93	2,67	2,73	2,05	3,32

III.2.5. PROPORCIÓN DE DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES DE MORBILIDAD HOSPITALARIA

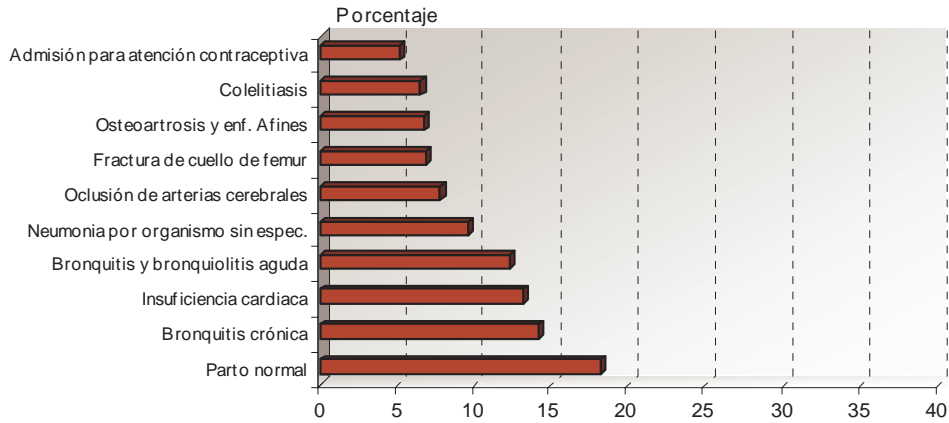
En el análisis de los diagnósticos principales en función del género, se observa que en los hombres (gráfico III.2.5.a), el mayor porcentaje de las altas hospitalarias (35%) fue ocasionado por bronquitis crónicas.

Gráfico III.2.5.a. Diagnósticos principales más frecuentes de los episodios de alta hospitalaria de Cee en hombres. 2001



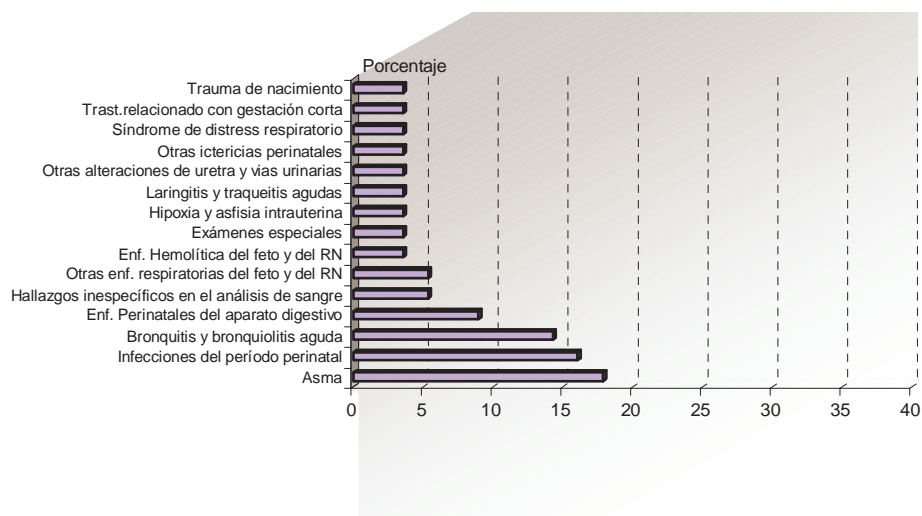
En las mujeres (gráfico III.2.5.b), después del parto normal (18%), la mayor parte de las altas hospitalarias fueron por bronquitis crónica (14%), insuficiencia cardiaca (13%) y bronquitis aguda (12%).

Gráfico III.2.5.b. Diagnósticos principales más frecuentes de los episodios de alta hospitalaria de Cee (A Coruña) en mujeres. 2001



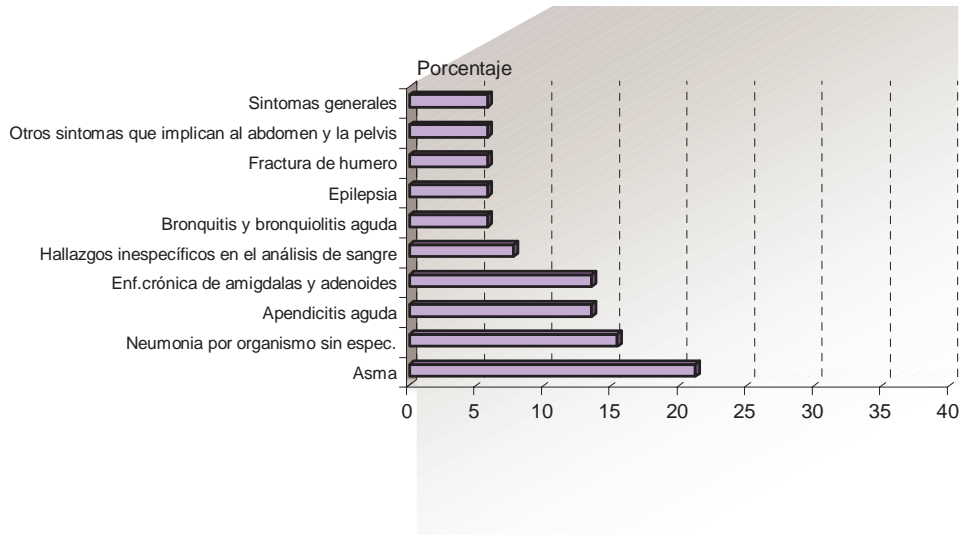
Posteriormente se realizó un análisis de los diagnósticos principales del año 2001 por grupos de edad. En el gráfico III.2.5.c se observa que en el grupo de menores de 1 año, los diagnósticos más frecuentes fueron asma (18%), infecciones propias del periodo perinatal (16%) y bronquitis y bronquiolitis agudas (14%).

Gráfico III.2.5.c. Diagnósticos principales más frecuentes de los episodios de alta hospitalaria de Cee (A Coruña) en menores de 1 año. 2001



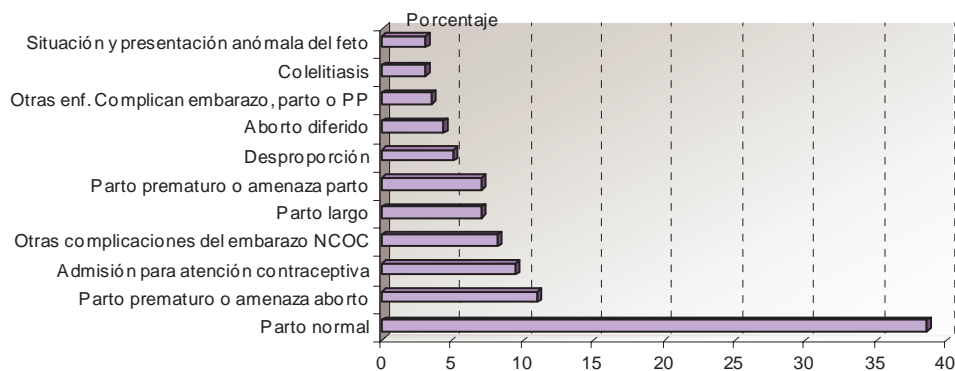
En el grupo de edad de 1 a 14 años (gráfico III.2.5.d), los diagnósticos principales fueron: asma (21%), neumonía (15%), apendicitis aguda (13%) y enfermedad crónica de amígdalas y adenoides (13%).

Gráfico III.2.5.d. Diagnósticos principales más frecuentes de los episodios de alta hospitalaria de Cee (A Coruña) de 1 a 14 años. 2001



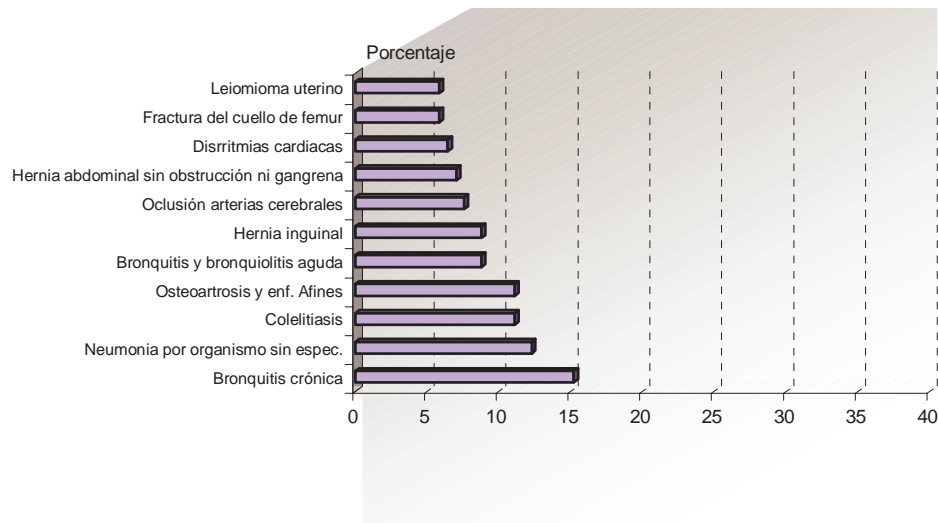
En el grupo de edad de 15 a 44 años fueron predominantes los diagnósticos relacionados con el embarazo, parto y puerperio. Así, los principales diagnósticos fueron: parto normal (38%), parto pretérmino (11%) y admisión para atención contraceptiva (9%). (Gráfico III.2.5.e)

Gráfico III.2.5.e. Diagnósticos principales más frecuentes de los episodios de alta hospitalaria de Cee (A Coruña) de 15 a 44 años. 2001



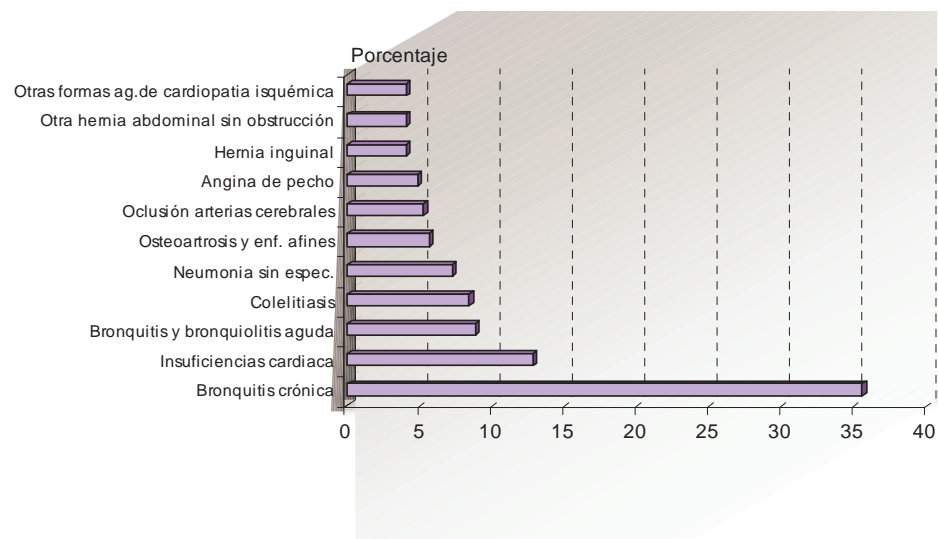
En el gráfico III.2.5.f se aprecia que los principales diagnósticos en el grupo de 45 a 64 años fueron bronquitis crónica (15%), neumonía (12%), coledolitiasis (11%) y osteoporosis (11%).

Gráfico III.2.5.f. Diagnósticos principales más frecuentes de los episodios de alta hospitalaria de Cee (A Coruña) de 45 a 64 años. 2001



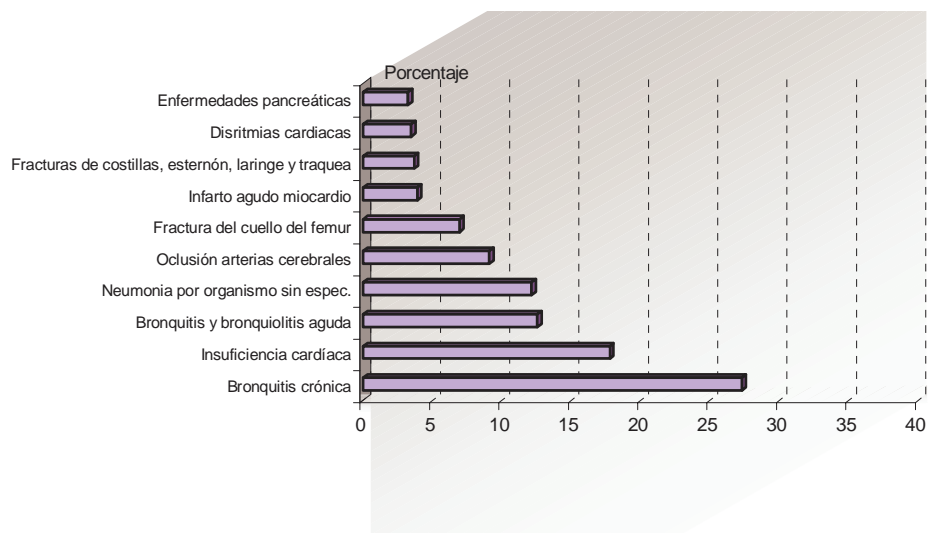
Entre las personas de 65 a 74 años los diagnósticos principales fueron bronquitis crónica (35%), insuficiencia cardiaca (13%), bronquitis aguda (8%) y colelitiasis (8%). (Gráfico III.2.5.g)

Gráfico III.2.5.g. Diagnósticos principales más frecuentes de los episodios de alta hospitalaria de Cee (A Coruña) de 65 a 74 años. 2001



Finalmente, en los mayores de 75 años (gráfico III.2.5.h), los diagnósticos principales fueron: bronquitis crónica (27%), insuficiencia cardiaca (17%), bronquitis aguda (12%) y neumonía (12%).

Gráfico III.2.5.h. Diagnósticos principales más frecuentes de los episodios de alta hospitalaria de Cee (A Coruña) en mayores de 75 años. 2001



Al analizar los diagnósticos principales en función del tipo de ingreso, se observa que la principal causa de ingreso entre los no programados (gráfico III.2.5.i) fue la bronquitis crónica (26%); y entre los programados (gráfico III.2.5.j), la principal causa de ingreso fue la osteoartrosis (19%).

Gráfico III.2.5.i. Diagnósticos principales más frecuentes de los episodios de alta hospitalaria de Cee (A Coruña) en ingresos no programados. 2001

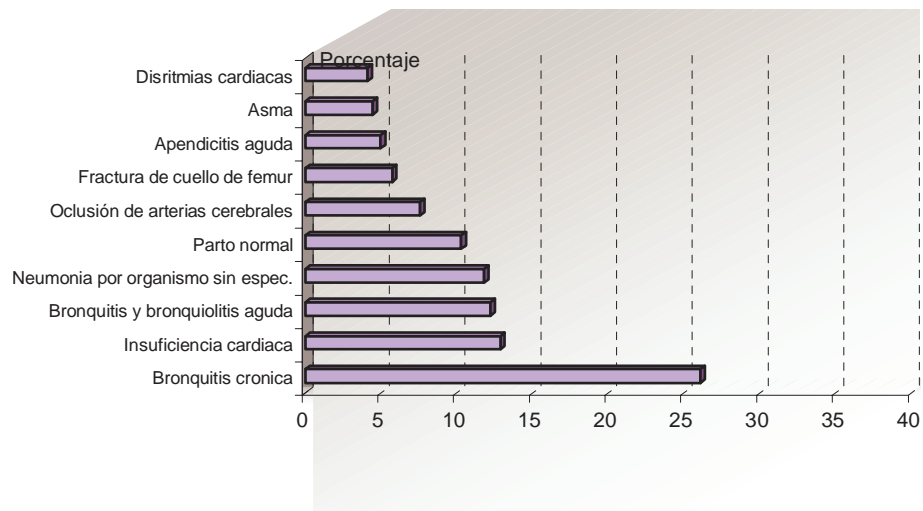
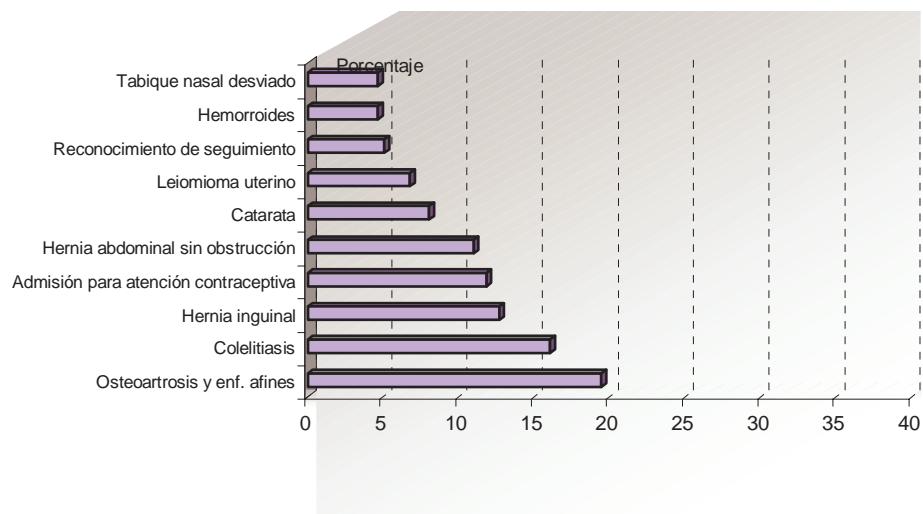


Gráfico III.2.5.j. Diagnósticos principales más frecuentes de los episodios de alta hospitalaria de Cee (A Coruña) en ingresos programados. 2001



III.2.6. PERSONAS INGRESADAS POR PATOLOGÍA TUMORAL

El número total de episodios de alta en los hospitales de referencia del área, con diagnóstico principal de tumor desde el año 1999 al 2001 fue de 908, que fueron ocasionados por 732 pacientes (390 hombres y 342 mujeres). De estos pacientes, siete tuvieron dos tumores (seis hombres y una mujer).

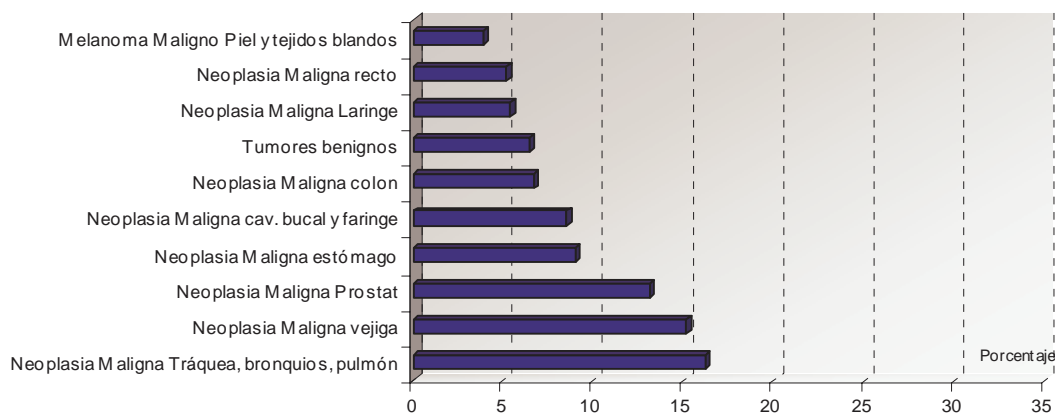
En las tablas III.2.6.a y III.2.6.b y gráficos III.2.6.a y III.2.6.b se presentan los resultados de los porcentajes y las tasas específicas anuales más frecuentes de hombres y mujeres que tuvieron un episodio de alta por enfermedades tumorales en este período.

Los hombres (tabla III.2.6.a y gráfico III.2.6.a) tuvieron una tasa anual de episodios de alta hospitalaria con diagnóstico principal de tumor de 5,04 por 1000. La mayor frecuencia de altas fue ocasionada por neoplasias malignas de pulmón (0,81 por 1000), vejiga (0,76‰) y próstata (0,66‰). En el caso de la neoplasia maligna de pulmón la razón hombre/mujer fue de 10,5.

Tabla III.2.6.a. Porcentaje y tasas anuales de hombres ingresados por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001

	Código	Pacientes	Porcentaje	Tasa*1000
Total		390	100,00	5,04
Neoplasia Maligna Tráquea, bronquios, pulmón	162	63	16,15	0,81
Neoplasia Maligna vejiga	188	59	15,13	0,76
Neoplasia Maligna Próstata	185	51	13,08	0,66
Neoplasia Maligna estómago	151	35	8,97	0,45
Neoplasia Maligna cav. bucal y faringe	140-149	33	8,46	0,43
Neoplasia Maligna colon	153	26	6,67	0,34
Tumores benignos	210-229	25	6,41	0,32
Neoplasia Maligna Laringe	161	21	5,38	0,27
Neoplasia Maligna recto	154	20	5,13	0,26
Melanoma Maligno Piel y tejidos blandos	171, 172, 173	15	3,85	0,19

Gráfico III.2.6.a. Porcentaje de hombres ingresados por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001

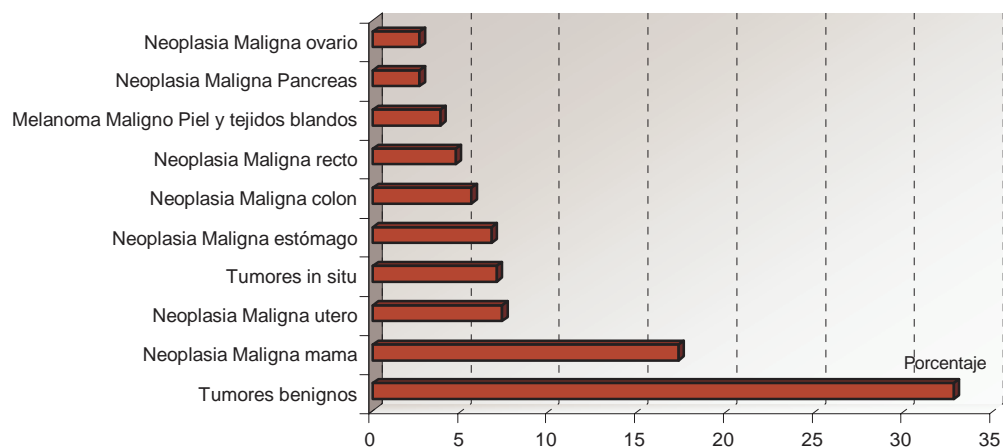


Las mujeres (tabla III.2.6.b y gráfico III.2.6.b) tuvieron una tasa anual de episodios de alta hospitalaria con diagnóstico principal de tumor de 4,2 por 1000. La mayor frecuencia de altas fue ocasionada por los tumores benignos (1,38‰) seguido de neoplasias malignas de mama (0,73‰), y en menor proporción por neoplasias malignas de útero, estómago (0,31‰) y tumores in situ (0,3‰).

Tabla III.2.6.b. Porcentaje y tasas específicas anuales de mujeres ingresadas por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001

	Código	Pacientes	Porcentaje	Tasa*1000
Total		342	100,00	4,20
Tumores benignos	210-229	112	32,75	1,38
Neoplasia Maligna mama	174	59	17,25	0,73
Neoplasia Maligna útero	179, 180, 182	25	7,31	0,31
Tumores in situ	233	24	7,02	0,30
Neoplasia Maligna estómago	151	23	6,73	0,28
Neoplasia Maligna colon	153	19	5,56	0,23
Neoplasia Maligna recto	154	16	4,68	0,20
Melanoma Maligno Piel y tejidos blandos	172,173	13	3,80	0,16
Neoplasia Maligna Páncreas	157	9	2,63	0,11
Neoplasia Maligna ovario	183	9	2,63	0,11

Gráfico III.2.6.b. Porcentaje de mujeres ingresadas por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001



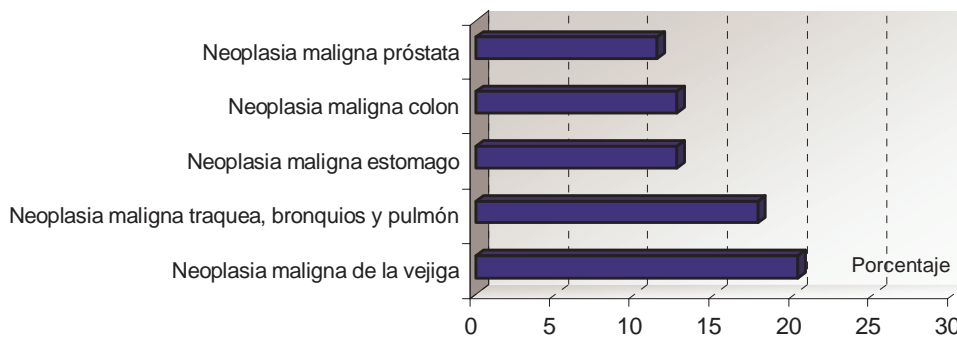
En la tabla III.2.6.c figuran los pacientes cuyo motivo de ingreso fue un tumor, en función del género y del grupo de edad. Se puede comprobar que las tasas fueron más elevadas en los hombres. La razón de proporción hombre/mujer de ingresos con diagnóstico de tumor fue de 1,2; y de las neoplasias malignas fue de 1,6. Por grupos de edad, en los hombres fueron más frecuentes en el grupo de 76 a 85 años (21,5%). En las mujeres, los tumores más frecuentes se produjeron en el grupo 46 a 55 años (8,11%).

Tabla III.2.6.c. Porcentaje y tasas específicas anuales de personas ingresadas por tumores en los hospitales de referencia del área de estudio, por grupos de edad y por género. Período 1999-2001

Edad	Hombres			Mujeres		
	Pacientes	Porcentaje	Tasas específicas	Pacientes	Porcentaje	Tasas específicas
Total	390	100,00	5,04	342	100,00	4,20
>85 años	16	4,10	14,87	7	2,05	2,53
76-85 años	79	20,26	21,46	40	11,70	6,16
66-75 años	133	34,10	17,89	65	19,01	6,76
56-65 años	99	25,38	11,44	75	21,93	7,64
46-55 años	43	11,03	4,17	78	22,81	8,11
<45 años	20	5,13	0,46	77	22,51	1,79

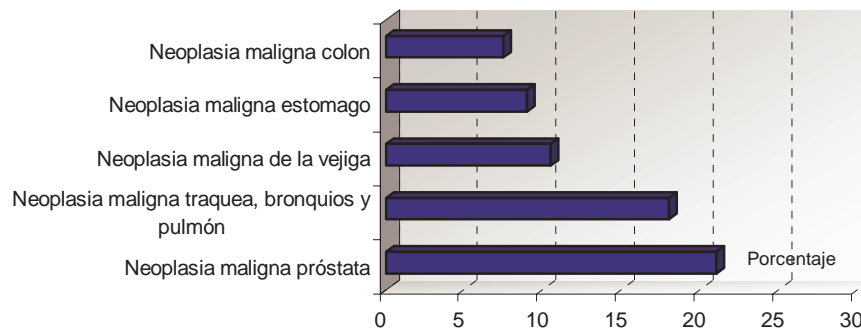
Entre los hombres de 76 a 85 años (gráfico III.2.6.c), las neoplasias más frecuente fueron las de vejiga y pulmón.

Gráfico III.2.6.c. Porcentaje de hombres de 76 a 85 años ingresados por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001



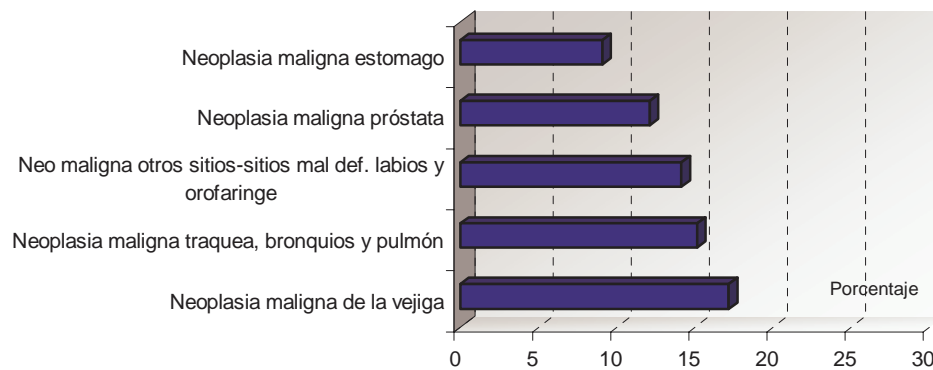
En el grupo de hombres de 66 a 75 años (gráfico III.2.6.d), los tumores más frecuentes fueron las neoplasias malignas de próstata y de tráquea, bronquios y pulmón.

Gráfico III.2.6.d. Porcentaje de hombres de 66 a 75 años ingresados por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001



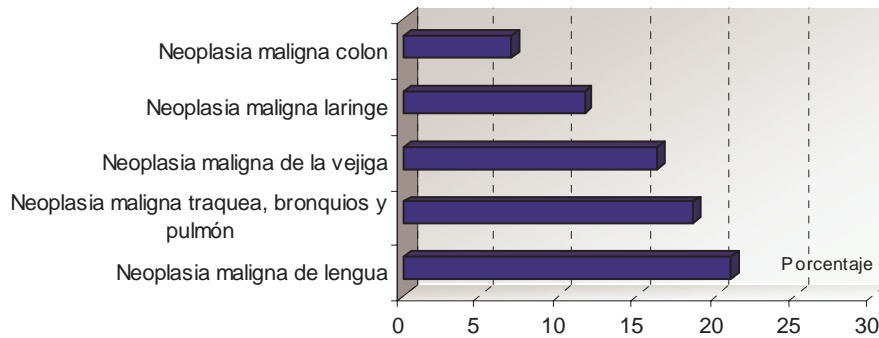
También los tumores más frecuentes entre los hombres de 56 a 65 años fueron las neoplasias de vejiga y tráquea, bronquios y pulmón. (gráfico III.2.6.e).

Gráfico III.2.6.e. Porcentaje de hombres de 56 a 65 años ingresados por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001



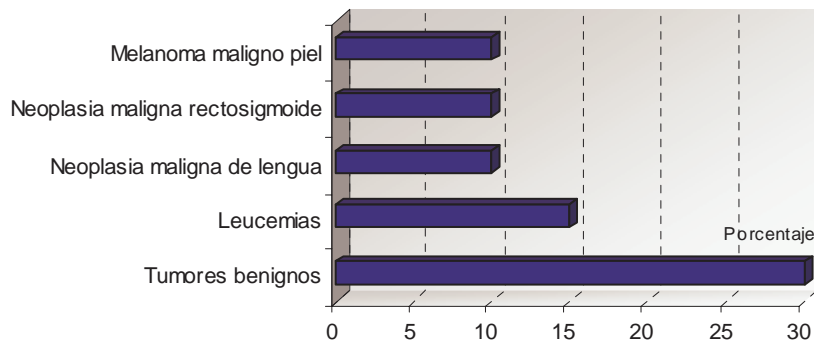
El gráfico III.2.6.f, muestra los resultados de los ingresos por tumores de hombres de 46 a 55 años. Los tumores más frecuentes fueron neoplasias malignas de labio, cavidad bucal y faringe, y de tráquea, bronquios y pulmón.

Gráfico III.2.6.f. Porcentaje de hombres de 46 a 55 años ingresados por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001



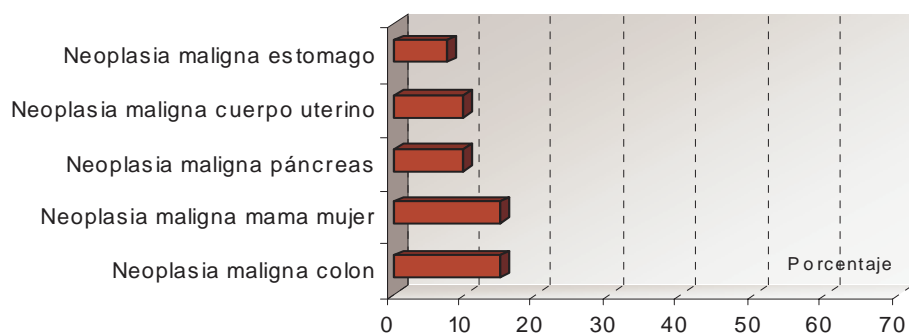
Sin embargo, entre los hombres menores de 45 años, los tumores más frecuentes fueron los benignos (30%). (gráfico III.2.6.g)

Gráfico III.2.6.g. Porcentaje de hombres menores de 45 años ingresados por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001



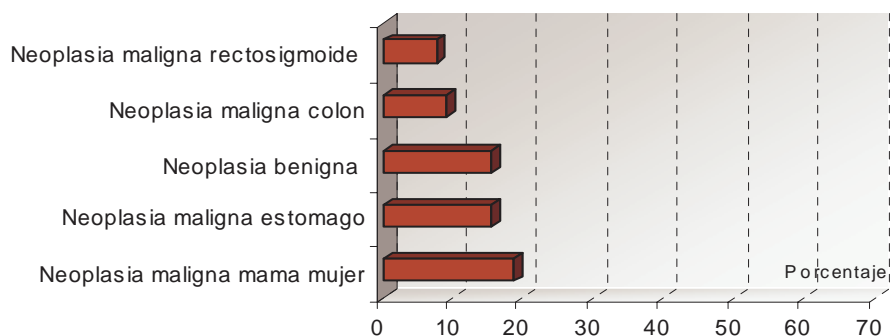
Entre las mujeres de 76 a 85 años (gráfico III.2.6.h), las neoplasias malignas de mama y colón fueron los tumores más frecuente como diagnóstico de ingreso.

Gráfico III.2.6.h. Porcentaje de mujeres de 76 a 85 años ingresadas por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001



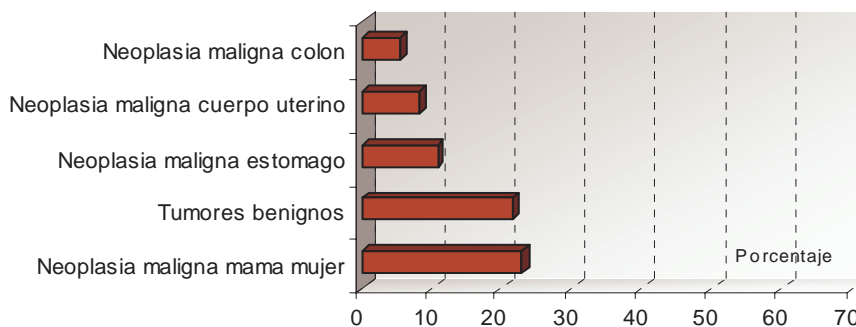
Las neoplasias más frecuentes entre las mujeres de 66 a 75 años fueron las de mama. (Gráfico III.2.6.i).

Gráfico III.2.6.i. Porcentaje de mujeres de 66 a 75 años ingresadas por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001



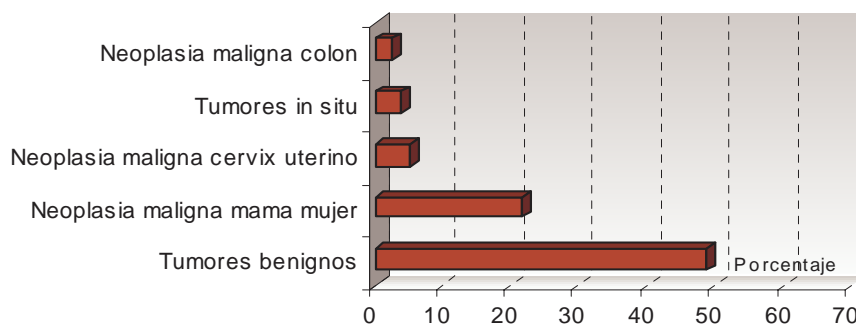
En el gráfico III.2.6.j se muestran los ingresos más frecuentes de mujeres de 56 a 65 años, que siguen siendo por neoplasias malignas de mama y después por tumores benignos.

Gráfico III.2.6.j. Porcentaje de mujeres de 56 a 65 años ingresadas por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001



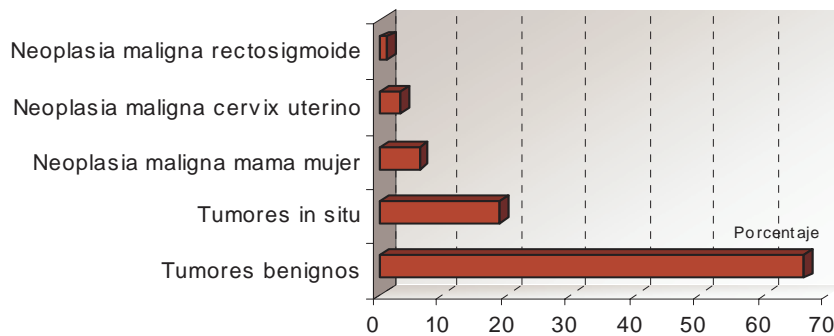
En las mujeres de 46 a 55 años ganaron importancia los tumores benignos que representaron el 49% de los ingresos por tumores, y después las neoplasias malignas de mama (21,8%). (Gráfico III.2.6.k).

Gráfico III.2.6.k. Porcentaje de mujeres de 46 a 55 años ingresadas por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001



Finalmente entre las mujeres menores de 45 años (gráfico III.2.6.l) destacaron los ingresos por tumores benignos, con un 66%.

Gráfico III.2.6.I. Porcentaje de mujeres menores de 45 años ingresadas por patología tumoral en los hospitales de referencia del área de estudio. Período 1999-2001



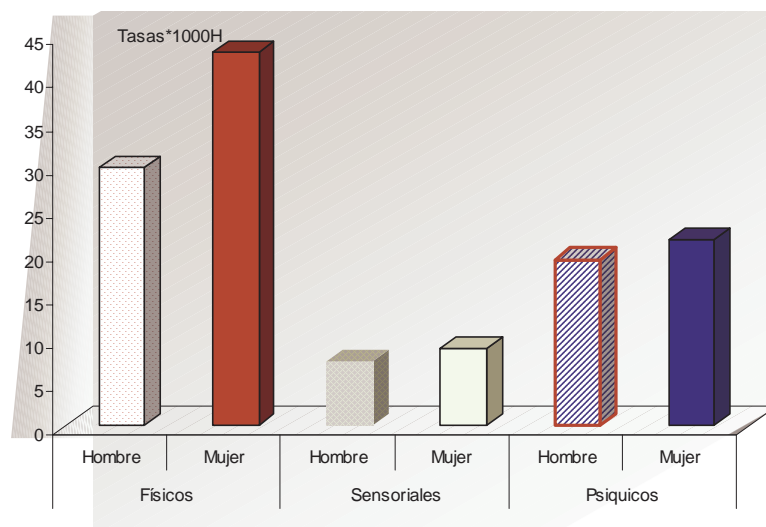
III.3. CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO

En el estudio de la capacidad de funcionamiento de la población del área, se abordó la prevalencia de discapacidad de las principales minusvalías, así como los índices de siniestralidad laboral.

III.3.1. PERSONAS CON ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD

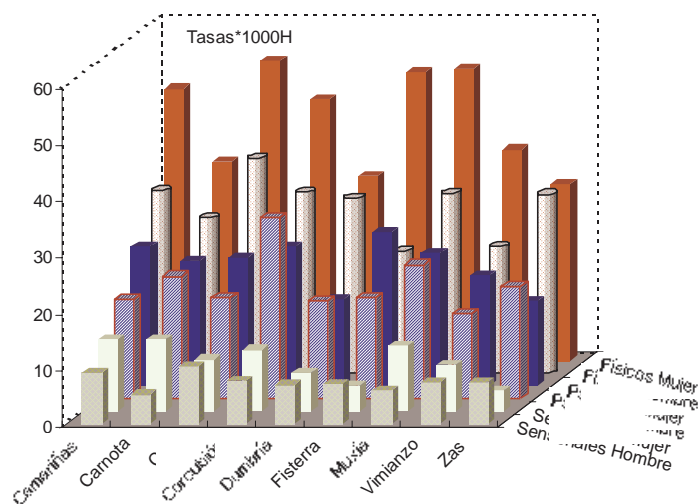
En el gráfico III.3.1.a se presentan las tasas de prevalencia de las principales discapacidades en el área. Se observa que en el grupo de las mujeres las tasas fueron ligeramente superiores en cada una de las categorías. Destacan las discapacidades físicas que presentaron los valores más altos tanto en hombres como en mujeres, aunque en éstas, la tasa fue notablemente superior (43,14 por 1000 habitantes, versus 29,76).

Gráfico III.3.1.a. Prevalencia de las principales discapacidades en el área según género. Tasas por 1000 habitantes. 2002



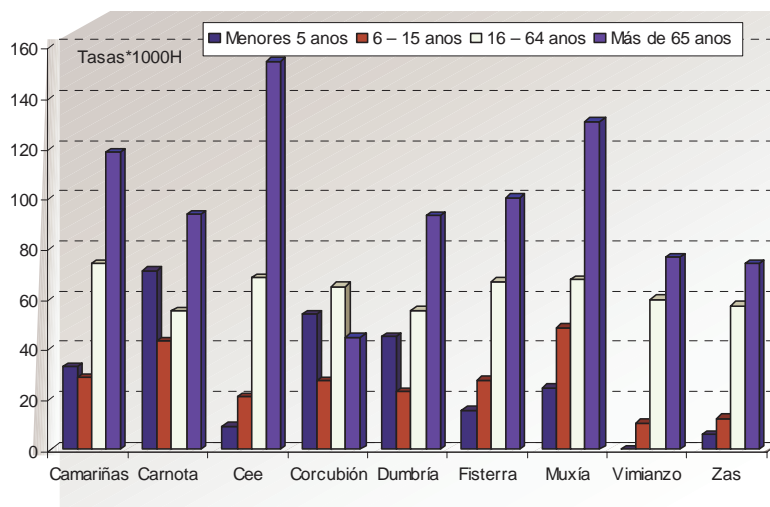
Por municipios (gráfico III.3.1.b) se comprueba que, en general, en el grupo de las mujeres las tasas fueron mayores, presentando las tasas más altas, las discapacidades físicas. En los municipios de Corcubión, Dumbría y Zas, las tasas de discapacidades psíquicas fueron ligeramente superiores en los hombres.

Gráfico III.3.1.b. Prevalencia de las principales minusvalías en el área por municipios de residencia y según sexo. Tasas por 1000 habitantes. 2002



Por grupos de edad (gráfico III.3.1.c), se puede apreciar que la mayor prevalencia de discapacidades se produjo en el grupo de mayores de 65 años, con una tasa más alta en el municipio de Cee, 154 por 1000 habitantes.

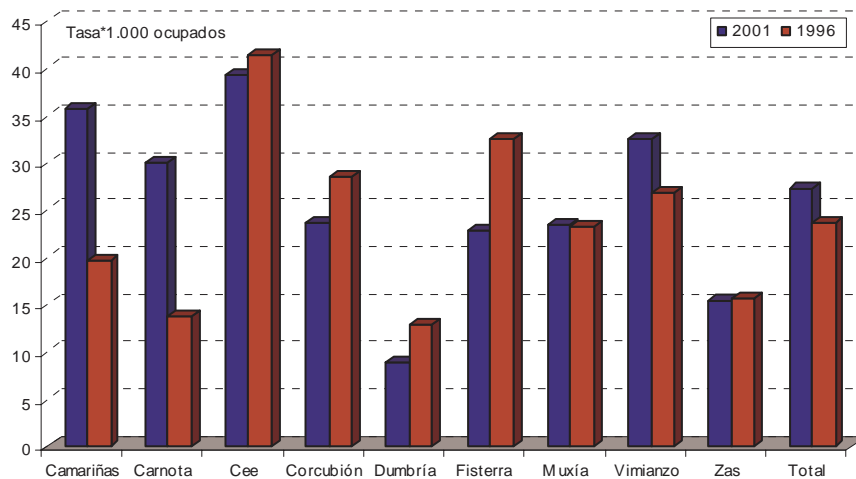
Gráfico III.3.1.c. Prevalencia de las principales minusvalías por edad en el área. Tasas por 1000 habitantes. 2002



III.3.2. TASA BRUTA ANUAL DE INCIDENCIA DE ACCIDENTES LABORALES

En el gráfico III.3.2, se puede comprobar que la siniestralidad laboral se ha incrementado ligeramente en el área de estudio desde el año 1996 al 2001 (pasando del 24% al 27%). Sin embargo, en el análisis por municipios se comprueba que en Cee, Corcubión, Dumbría y Fisterra ha sido inferior.

Gráfico III.3.2. Tasa bruta anual de incidencia de accidentes laborales del área: 1996 y 2001. Tasa por 1000 ocupados



En el análisis de la siniestralidad laboral del año 2001, según la gravedad de los accidentes (tabla III.3.2), se observa que la mayor parte de los accidentes fueron de carácter leve.

Tabla III.3.2. Tasa de accidentes laborales según la gravedad por municipio de residencia. Tasa por 1.000 ocupados. 2001

Municipio	Tasas leves	Tasas graves	Tasas mortales	Tasas totales
Camariñas	35,15	0,50	0,00	35,64
Carnota	28,45	1,64	0,00	30,09
Cee	37,27	1,60	0,40	39,28
Corcubión	23,70	0,00	0,00	23,70
Dumbría	8,92	0,00	0,00	8,92
Fisterra	22,83	0,59	0,00	22,83
Muxía	22,99	0,49	0,00	23,48
Vimianzo	31,56	0,95	0,00	32,50
Zas	14,95	0,45	0,00	15,41
Total	26,36	0,80	0,06	27,15

IV. RECURSOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA HOSPITALARIA DE CEE (A CORUÑA)

En este apartado se incluyen los indicadores que miden la accesibilidad a los servicios sanitarios y el inventario de los recursos disponibles en el área.

IV.1. MATRIZ DE ACCESIBILIDAD

En las siguientes tablas se presenta el tiempo medio de acceso de la población del área a los recursos sanitarios: desde el lugar de residencia al centro de salud y a los hospitales de referencia, y desde los centros de salud a los hospitales de referencia. En las primeras tablas (desde la tabla IV.1.1 hasta la IV.1.9) se presenta el tiempo de acceso medio, desde las distintas parroquias de cada municipio al centro de salud de la zona. Si tenemos en cuenta que el tiempo óptimo es de menos de 15 minutos, y el favorable está entre 16 y 45, según las “Isocronas Sanitarias de la Comunidad de Madrid”¹⁸², la mayor parte se encuentran en estos rangos.

Tabla IV.1.1. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Centros de Salud. Municipio de Camariñas

Origen del traslado		Tiempo	Centro de Salud	
Municipio	Parroquia		Parroquia	Municipio
Camariñas	Camariñas (San Xurxo)	0:10:42	Camariñas (San Xurxo)	Camariñas
Camariñas	Camariñas (San Xurxo)	0:19:13	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Camariñas	Camelle (Divino Espiritu)	0:06:59	Camelle (Divino Espiritu)	Camariñas
Camariñas	Camelle (Divino Espiritu)	0:16:28	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Camariñas	Ponte do Porto (San Pedro)	0:05:43	Ponte do Porto (San Pedro)	Camariñas
Camariñas	Ponte do Porto (San Pedro)	0:10:27	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Camariñas	Xaviña (Santa María)	0:11:36	Camariñas (San Xurxo)	Camariñas
Camariñas	Xaviña (Santa María)	0:19:01	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo

Tabla IV.1.2. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Centros de Salud. Municipio de Carnota

Origen del traslado		Tiempo	Centro de Salud	
Municipio	Parroquia		Parroquia	Municipio
Carnota	Carnota (San Mamede)	0:04:35	Carnota (San Mamede)	Carnota
Carnota	Carnota (San Mamede)	0:17:56	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Carnota	Carnota (San Mamede)	0:19:36	Muros (San Pedro)	Muros
Carnota	Carnota (Santa Columba)	0:03:38	Carnota (San Mamede)	Carnota
Carnota	Carnota (Santa Columba)	0:13:30	Muros (San Pedro)	Muros
Carnota	Lariño (San Martiño)	0:07:08	Carnota (San Mamede)	Carnota
Carnota	Lariño (San Martiño)	0:08:57	Muros (San Pedro)	Muros
Carnota	Lira (Santa María)	0:00:12	Lira (Santa María)	Carnota
Carnota	Pindo, O (San Clemente)	0:12:52	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee

Tabla IV.1.3. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Centros de Salud. Municipio de Cee (A Coruña)

Origen del traslado		Tiempo	Centro de Salud	
Municipio	Parroquia		Parroquia	Municipio
Cee	Ameixenda (Santiago)	0:06:26	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Cee	Brens (Santa Baia)	0:04:42	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Cee	Cee (Santa M ^a Xunqueira)	0:03:56	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Cee	Lires (San Esteban)	0:13:58	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Cee	Pereiriña (San Julian)	0:06:37	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Cee	Toba (San Adrian)	0:08:05	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee

Tabla IV.1.4. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Centros de Salud. Municipio de Corcubión

Origen del traslado		Tiempo	Centro de Salud	
Municipio	Parroquia		Parroquia	Municipio
Corcubion	Corcubion (San Marcos)	0:04:12	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Corcubion	Corcubion (San Marcos)	0:02:51	Corcubion (San Marcos)	Corcubion
Corcubion	Redonda (San Pedro)	0:05:03	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee

Tabla IV.1.5. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Centros de Salud. Municipio de Dumbría

Origen del traslado		Tiempo	Centro de Salud	
Municipio	Parroquia		Parroquia	Municipio
Dumbria	Berdeogas (Santiago)	0:13:26	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Dumbria	Buxantes (San Pedro)	0:13:16	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Dumbria	Dumbria (Santa Eulalia)	0:13:27	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Dumbria	Ezaro (Santa Uxía)	0:09:08	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Dumbria	Olveira (San Martiño)	0:21:27	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Dumbria	Olveiroa (Santiago)	0:28:51	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee

Tabla IV.1.6. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Centros de Salud. Municipio de Fisterra

Origen del traslado		Tiempo	Centro de Salud	
Municipio	Parroquia		Parroquia	Municipio
Fisterra	Duio (San Martiño)	0:12:56	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Fisterra	Duio (San Martiño)	0:12:17	Fisterra (Santa María)	Fisterra
Fisterra	Duio (San Vicente)	0:16:25	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Fisterra	Fisterra (Santa María)	0:15:58	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Fisterra	Fisterra (Santa María)	0:04:04	Fisterra (Santa María)	Fisterra
Fisterra	Sardiñeiro (San Xoan)	0:09:22	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Fisterra	Sardiñeiro (San Xoan)	0:07:07	Fisterra (Santa María)	Fisterra

Tabla IV.1.7. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Centros de Salud. Municipio de Muxía

Origen del traslado		Tiempo	Centro de Salud	
Municipio	Parroquia		Parroquia	Municipio
Muxía	Buituron (San Tirso)	0:12:04	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Muxía	Coucieiro (San Pedro)	0:09:07	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Muxía	Frixe (Santa Leocadia)	0:14:32	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Muxía	Leis (San Pedro)	0:32:00	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Muxía	Moraime (San Julian)	0:13:15	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Muxía	Moraime (San Julian)	0:10:15	Muxía (Santa María)	Muxía
Muxía	Muxía (Santa María)	0:21:15	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Muxía	Muxía (Santa María)	0:06:01	Muxía (Santa María)	Muxía
Muxía	Nemiña (San Cristobo)	0:20:58	Muxía (Santa María)	Muxía
Muxía	Ozon (San Martiño)	0:24:13	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Muxía	Touriñan (San Martiño)	0:22:26	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Muxía	Vilastose (San Ciprian)	0:15:40	Cee (Santa María da Xunqueira)	Cee
Muxía	Vilastose (San Ciprian)	0:11:29	Muxía (Santa María)	Muxía

Tabla IV.1.8. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Centros de Salud. Municipio de Vimianzo

Origen del traslado		Tiempo	Centro de Salud	
Municipio	Parroquia		Parroquia	Municipio
Vimianzo	Baiñas (San Antolin)	0:11:17	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Vimianzo	Bamiro (San Mamede)	0:08:12	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Vimianzo	Berdoias (San Pedro)	0:10:35	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Vimianzo	Calo (San Juan)	0:10:37	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Vimianzo	Cambeda (San Juan)	0:03:39	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Vimianzo	Carantoña (San Martiño)	0:08:07	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Vimianzo	Carnes (San Cristobo)	0:15:17	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Vimianzo	Castrelo (San Martiño)	0:11:01	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Vimianzo	Cereixo (Santiago)	0:05:25	Ponte do Porto (San Pedro)	Camariñas
Vimianzo	Cereixo (Santiago)	0:16:46	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Vimianzo	Salto (Santa María)	0:08:08	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Vimianzo	Serramo (San Sebastian)	0:14:07	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Vimianzo	Tines (Santa Baia)	0:11:14	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Vimianzo	Treos (San Miguel)	0:14:07	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Vimianzo	Vimianzo (San Vicente)	0:03:48	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo

Tabla IV.1.9. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Centros de Salud. Municipio de Zas

Origen del traslado		Tiempo	Centro de Salud	
Municipio	Parroquia		Parroquia	Municipio
Zas	Allo, O (San Pedro)	0:09:13	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Zas	Baio (Santa María)	0:10:19	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Zas	Baio (Santa María)	0:03:06	Baio (Santa María)	Zas
Zas	Brandomil (San Pedro)	0:07:39	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Zas	Brandoñas (Santa María)	0:18:25	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Zas	Carreira (Santiago)	0:21:53	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Zas	Castro (San Adrian)	0:15:30	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Zas	Gandara (Santa María)	0:22:28	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Zas	Gandara (Santa María)	0:12:49	Zas (San Andrés)	Zas
Zas	Lamas (Santa María)	0:16:14	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Zas	Loroño (Santiago)	0:23:58	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Zas	Meanos (San Martiño)	0:24:23	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Zas	Meanos (San Martiño)	0:09:33	Zas (San Andrés)	Zas
Zas	MIRA (Santa María)	0:19:25	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Zas	Muiño (San Tirso)	0:23:40	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Zas	Muiño (San Tirso)	0:13:44	Zas (San Andrés)	Zas
Zas	Vilar (San Pedro)	0:15:53	Zas (San Andrés)	Zas
Zas	Zas (San Andrés)	0:13:54	Vimianzo (San Vicente)	Vimianzo
Zas	Zas (San Andrés)	0:03:27	Zas (San Andrés)	Zas

Desde la tabla IV.1.10 hasta la IV.1.18 se presenta la media de tiempos de traslado desde las parroquias a los Hospitales de referencia. Se observa que la valoración desde las distintas parroquias al Hospital de Cee (A Coruña) se produce en la mayoría de los casos en un tiempo favorable (entre 16 y 45 minutos), incluso en los municipios de Cee y Corcubión, en un tiempo óptimo (inferior a 15 minutos)¹⁸². Sin embargo, las medias de tiempos de traslado a los Complejos Hospitalarios de La Coruña y Santiago de Compostela son desfavorables.

Tabla IV.1.10. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Hospitales de referencia. Municipio de Camariñas

Municipio	Parroquia	Tiempo	Hospital
Camariñas	Camariñas (San Xurxo)	0:41:12	H.Virxe da Xunqueira
Camariñas	Camelle (Divino Espírito)	0:37:57	H.Virxe da Xunqueira
Camariñas	Ponte do Porto (San Pedro)	0:33:29	H.Virxe da Xunqueira
Camariñas	Xaviña (Santa María)	0:37:28	H.Virxe da Xunqueira
Camariñas	Camelle (Divino Espírito)	0:56:58	H.Juan Canalejo

Tabla IV.1.11. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Hospitales de referencia. Municipio de Carnota

Municipio	Parroquia	Tiempo	Hospital
Carnota	Carnota (San Mamede)	0:19:27	H.Virxe da Xunqueira
Carnota	Carnota (Santa Columba)	0:22:22	H.Virxe da Xunqueira
Carnota	Lariño (San Martiño)	0:29:28	H.Virxe da Xunqueira
Carnota	Lira (Santa María)	0:24:51	H.Virxe da Xunqueira
Carnota	Pindo, O (San Clemente)	0:13:10	H.Virxe da Xunqueira
Carnota	Carnota (San Mamede)	0:57:30	Clínico-Univ. de Santiago
Carnota	Lariño (San Martiño)	0:55:41	Clínico-Univ. de Santiago
Carnota	Lira (Santa María)	0:58:19	Clínico-Univ. de Santiago

Tabla IV.1.12. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Hospitales de referencia. Municipio de Cee (A Coruña)

Municipio	Parroquia	Tiempo	Hospital
Cee	Ameixenda (Santiago)	0:07:58	H.Virxe da Xunqueira
Cee	Brens (Santa Baia)	0:05:13	H.Virxe da Xunqueira
Cee	Cee (Santa María da Xunqueira)	0:03:34	H.Virxe da Xunqueira
Cee	Lires (San Esteban)	0:12:58	H.Virxe da Xunqueira
Cee	Pereiriña (San Xulian)	0:06:38	H.Virxe da Xunqueira
Cee	Toba (San Adrian)	0:05:56	H.Virxe da Xunqueira

Tabla IV.1.13. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Hospitales de referencia. Municipio de Corcubión

Municipio	Parroquia	Tiempo	Hospital
Corcubión	Corcubión (San Marcos)	0:04:03	H.Virxe da Xunqueira
Corcubión	Redonda (San Pedro)	0:06:59	H.Virxe da Xunqueira

Tabla IV.1.14. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Hospitales de referencia. Municipio de Dumbría

Municipio	Parroquia	Tiempo	Hospital
Dumbría	Berdeogas (Santiago)	0:13:42	H.Virxe da Xunqueira
Dumbría	Buxantes (San Pedro)	0:12:44	H.Virxe da Xunqueira
Dumbría	Dumbría (Santa Eulalia)	0:12:54	H.Virxe da Xunqueira
Dumbría	Ezaro (Santa Uxía)	0:10:36	H.Virxe da Xunqueira
Dumbría	Olveira (San Martiño)	0:24:33	H.Virxe da Xunqueira
Dumbría	Olveiroa (Santiago)	0:20:15	H.Virxe da Xunqueira
Dumbría	Salgueiros (San Mamede)	0:09:01	H.Virxe da Xunqueira

Tabla IV.1.15. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Hospitales de referencia. Municipio de Fisterra

Municipio	Parroquia	Tiempo	Hospital
Fisterra	Duio (San Martiño)	0:13:28	H.Virxe da Xunqueira
Fisterra	Duio (San Vicente)	0:14:37	H.Virxe da Xunqueira
Fisterra	Fisterra (Santa María)	0:15:06	H.Virxe da Xunqueira
Fisterra	Sardiñeiro (San Juan)	0:14:02	H.Virxe da Xunqueira
Fisterra	Sardiñeiro (San Juan)	0:09:17	H.Virxe da Xunqueira

Tabla IV.1.16. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Hospitales de referencia. Municipio de Muxía

Municipio	Parroquia	Tiempo	Hospital
Muxía	Bardullas (San Juan)	0:20:29	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	Buituron (San Tirso)	0:10:32	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	Caberta (San Félix)	0:09:11	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	Couceiro (San Pedro)	0:14:05	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	Frixe (Santa Leocadia)	0:16:27	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	Leis (San Pedro)	0:28:57	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	Moraime (San Xulian)	0:20:46	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	Morquintian (Santa María)	0:19:28	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	Muxía (Santa María)	0:23:35	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	Nemiña (San Cristobo)	0:21:10	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	O (Santa M ^a da Xunqueira)	0:26:26	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	Ozon (San Martiño)	0:23:11	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	Touriñan (San Martiño)	0:18:23	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	Vilatoste (San Ciprian)	0:19:29	H.Virxe da Xunqueira

Tabla IV.1.17. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Hospitales de referencia. Municipio de Vimianzo

Municipio	Parroquia	Tiempo	Hospital
Vimianzo	Baiñas (San Antolin)	0:26:22	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Bamiro (San Mamede)	0:37:06	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Berdoias (San Pedro)	0:20:50	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Calo (San Juan)	0:31:33	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Cambeda (San Juan)	0:25:13	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Carantoña (San Martiño)	0:32:52	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Carnes (San Cristobo)	0:28:44	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Castrelo (San Martiño)	0:24:40	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Cereixo (Santiago)	0:27:28	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Salto (Santa María)	0:29:50	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Serramo (San Sebastian)	0:30:31	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Tines (Santa Baia)	0:34:35	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Treos (San Miguel)	0:34:18	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Vimianzo (San Vicente)	0:27:29	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Cambeda (San Juan)	0:59:46	H.Juan Canalejo
Vimianzo	Tines (Santa Baia)	0:56:32	H.Juan Canalejo
Vimianzo	Vimianzo (San Vicente)	0:58:44	H.Juan Canalejo

Tabla IV.1.18. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU desde las parroquias a los Hospitales de referencia. Municipio de Zas

Municipio	Parroquia	Tiempo	Hospital
Zas	Allo, O (San Pedro)	0:37:41	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Baio (Santa María)	0:33:28	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Brandomil (San Pedro)	0:29:11	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Brandoñas (Santa María)	0:27:42	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Carreira (Santiago)	0:43:17	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Castro (San Adrián)	0:44:29	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Gandara (Santa María)	0:41:27	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Lamas (Santa María)	0:37:20	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Loroño (Santiago)	0:36:34	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Meanos (San Martiño)	0:37:37	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Mira (Santa María)	0:38:24	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Muiño	0:39:53	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Muiño (San Tirso)	0:30:03	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Pazos (San Cremenzo)	0:36:28	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Roma (Santa Cecilia)	0:33:42	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Vilar (San Pedro)	0:40:25	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Zas (San Andrés)	0:35:35	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Baio (Santa María)	0:53:21	H.Juan Canalejo
Zas	Gandara (Santa María)	0:48:59	H.Juan Canalejo
Zas	Meanos (San Martiño)	0:56:01	H.Juan Canalejo
Zas	Mira (Santa María)	0:59:03	H.Juan Canalejo
Zas	Pazos (San Cremenzo)	0:46:27	H.Juan Canalejo
Zas	Brandomil (San Pedro)	0:44:08	Clínico-Univ. de Santiago
Zas	Zas (San Andrés)	0:58:27	Clínico-Univ. de Santiago

Igualmente, la media de tiempos de traslado desde los distintos centros de salud al Hospital de Cee (A Coruña) ha tenido una valoración favorable, y en algunos casos optima¹⁸². Sin embargo, los traslados que se han producido a los Complejos Hospitalarios de La Coruña y Santiago de Compostela han tenido una valoración desfavorable. (Tabla IV.1.19)

Tabla IV.1.19. Media de tiempos de traslado en ambulancias de la RTSU del Centro de Salud a los Hospitales de referencia de la RTSU

Municipio	Centro de Salud	Tiempo	Hospital
Camariñas	Camariñas (San Xurxo)	0:38:31	H.Virxe da Xunqueira
Camariñas	Camelle (Divino Espíritu)	0:36:23	H.Virxe da Xunqueira
Camariñas	Ponte do Porto (San Pedro)	0:31:08	H.Virxe da Xunqueira
Carnota	Carnota (San Mamede)	0:23:11	H.Virxe da Xunqueira
Carnota	Lira (Santa María)	0:25:21	H.Virxe da Xunqueira
Carnota	Pindo, O (San Clemente)	0:10:26	H.Virxe da Xunqueira
Cee	Cee (S ^a M ^a da Xunqueira)	0:01:59	H.Virxe da Xunqueira
Corcubión	Corcubión (San Marcos)	0:02:34	H.Virxe da Xunqueira
Dumbría	Dumbría (Santa Eulalia)	0:12:01	H.Virxe da Xunqueira
Dumbría	Ezaro (Santa Uxía)	0:08:30	H.Virxe da Xunqueira
Fisterra	Fisterra (Santa María)	0:14:47	H.Virxe da Xunqueira
Muxía	Muxía (Santa María)	0:21:35	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Vimianzo (San Vicente)	0:25:44	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Baio (Santa María)	0:33:18	H.Virxe da Xunqueira
Zas	Zas (San Andrés)	0:36:42	H.Virxe da Xunqueira
Vimianzo	Vimianzo (San Vicente)	0:55:15	H. Juan Canalejo
Vimianzo	Vimianzo (San Vicente)	0:59:27	H. Teresa Herrera
Zas	Baio (Santa María)	0:55:14	H.Juan Canalejo
Zas	Zas (San Andrés)	0:53:03	H.Juan Canalejo
Zas	Zas (San Andrés)	0:56:50	H. Teresa Herrera
Carnota	Carnota (San Mamede)	0:59:42	H.Clin.Univ. Santiago

IV.2. RECURSOS HUMANOS

A continuación se reflejan todos los recursos humanos del área considerando personal de atención sanitaria y social, veterinarios de salud pública y farmacéuticos.

IV.2.1. Personal de atención sanitaria

La tasa de médicos del área de estudio, incluyendo tanto los que prestan Atención Primaria como Especializada es de 17,7 por cada diez mil habitantes (5,68 médicos generales por cada 10.000 habitantes). Desde la tabla IV.2.1.a hasta la IV.2.1.d se detalla el personal sanitario con que cuentan en cada municipio del área.

Tabla IV.2.1.a. Personal de atención sanitaria por municipio. 2001

Municipios	Médico General	ATS/DUE	Pediatra	PSX	Matrona	Auxiliar Enfermería	Celador
Camariñas	4	3	1	2			1
Carnota	4	2	1	1			1
Corcubión	1	1	1		1	1	1
Dumbría	3	2	1	1	1		
Fisterra	3	2	1	1		1	
Muxía	3	2	1		1	1	1
Zas	3	2	1	1	1		

PSX: Personal de servicios generales

Tabla IV.2.1. b. Cee (A Coruña)

Médico general	4	Higienista	1	Farmacéutico	1
ATS/DUE	3	Fisioterapeuta	1	PSX	2
Pediatra	1	Auxiliar enfermería	1	Celador	1 (+4PAC)
Odontólogo	1	Matronas	1		

PSX: Personal de servicios generales

Urgencias extrahospitalarias. Punto de atención continuada

Médico general	15	Celador	4
ATS/DUE	13	Pediatra	2

Tabla IV.2.1.c. Vimianzo

Médico general	4	Celador	2 (PAC)	Matrona	1
ATS/DUE	3	Farmacéuticos AP	1	PSX	1
Pediatra	1				

PSX: Personal de servicios generales

Urgencias extrahospitalarias. Punto de atención continuada

Médico general	17	Celador	2
ATS/DUE	13	Pediatra	3

Tabla IV.2.1.d. Personal en atención especializada

Médicos	46	PSX	16	Auxiliar de enfermería	45
ATS/DUE	47	Farmacéutico	1	Fisioterapeuta	2
Pediatra	1	TEL	5	TER	6
		TEAP	1	Otros técnicos	1

PSX: Personal de servicios generales

IV.2.2. Personal de atención social

En la tabla IV.2.2 figura el personal que se dedica a prestar atención social en los municipios del área de estudio.

Tabla IV.2.2. Personal de atención social por municipio. 2001

Municipios	Trabajador Social	Educador Social	Ayuda domicilio	Animador	Psicólogo	Aux. Administrativo
Camariñas	1	2	1	2	1	1
Carnota	1	1	1	2	0	1
Cee	1	0	0	2	0	2
Corcubión	1	0	1	0	0	0
Dumbría	1	0	1	0	0	0
Fisterra	3	2	1	1	0	0
Muxía	1	1	1	0	0	0
Vimianzo	1	1	1	0	0	0
Zas	1	1	1	0	0	0

En Carnota, además cuentan con un coordinador de programas y un monitor de taller.

IV.2.3. FARMACÉUTICOS DE SALUD PÚBLICA

En la tabla IV.2.3 figuran las oficinas de farmacia y los farmacéuticos que se encuentran en los municipios del área de estudio.

Tabla IV.2.3. Farmacéuticos de salud pública

Municipios	OF	Farmacéuticos
Camariñas	4	4
Carnota	4	5
Cee	3	4
Corcubión	1	1
Dumbría	3	3
Fisterra	2	3
Muxía	2	3
Vimianzo	2	2
Zas	2	2

OF: Oficinas de Farmacia

IV.2.4. INSPECTORES TÉCNICOS VETERINARIOS (ITV)

Los inspectores técnicos veterinarios que desempeñan las tareas de salud pública en los municipios del área pertenecen a tres áreas:

- Área de Vimianzo: Camariñas, Cee, Corcubión, Dumbría, Fisterra, Muxía y Vimianzo
- Área de Noia: Carnota
- Área de Carballo: Zas

En cada área hay tres veterinarios de salud pública y uno de matadero.

IV.3. RECURSOS MATERIALES

En el área cuentan con el hospital “Virxe da Xunqueira” que está situado en el municipio de Cee (A Coruña). Esta institución es de nivel básico y de carácter comarcal. Para satisfacer las necesidades de Atención Primaria disponen de dos Puntos de Atención Continuada (PAC), ocho centros de salud y cinco consultorios.

En el anexo II se detallan los recursos materiales de cada municipio: centros de salud, consultorios (medicina general, dentales, fisioterapia), laboratorios de análisis clínicos, oficinas de farmacia, unidades de apoyo a la atención primaria, servicios sociales, laboratorios de análisis clínicos, centros de hemoterapia, establecimientos de óptica y de ortopedia, mutuas de trabajo y hospital de referencia.

V. RESULTADOS DEL SISTEMA DE SALUD

En este nivel de agregación se muestran los resultados de la actividad asistencial del año 2001, tanto en Atención Primaria como en Especializada.

V.1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Dentro los resultados de la actividad asistencial de atención primaria se consideró: la actividad asistencial de consulta (médica, pediátrica o de enfermería) y de urgencias extrahospitalarias.

V.1.1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE CONSULTA

A continuación, se presentan los resultados de los distintos indicadores de actividad asistencial en Atención Primaria durante el año 2001, en cada municipio y según el tipo de consulta: médica (tabla V.1.1.a), pediátrica (tabla V.1.1.b) o de enfermería (tabla V.1.1.c). (En el municipio de Carnota sólo están disponibles los resultados de la consulta pediátrica).

La demanda asistencial generada varía según el municipio considerado. En la consulta médica, el índice de frecuentación en el año 2001 tuvo un valor global de 5,8 (los valores oscilaron de 4,2 en Camariñas a 7,5 en Fisterra). Sin embargo, el índice de frecuentación en pediatría tuvo un valor global de 5,2 y en enfermería de 2,1. En la tabla V.1.1.a, se observa que una parte importante de la demanda asistencial generada por la consulta médica fue burocrática, con valores que oscilaron entre el 30 y el 45% de las consultas según el municipio.

Tabla V.1.1.a. Actividad asistencial de medicina general. 2001

Municipios	Frecuentación	Consultas/ profesional/día	C. enfermedad/ profesional/día
Camariñas	4,2	24,2	16,1
Cee	5,8	32	17,4
Corcubión	5,2	34,9	23,4
Dumbría	5,1	23,4	11,9
Fisterra	7,5	43,6	21,4
Muxía	5,9	40,6	28,8
Vimianzo	6,4	46,1	32,3
Zas	6,1	46,3	30,1

Tabla V.1.1.b. Actividad asistencial de pediatría. 2001

Municipios	Frecuentación	Consultas/ profesional/día	C. enfermedad/ profesional/día
Camariñas	3,5	11,6	9,6
Carnota	2,2	11,2	6,8
Cee	5	32	17,4
Corcubión	5	32	17,4
Dumbría	2,2	8,4	6,7
Fisterra	5,7	15,5	13
Muxía	2,2	8,4	6,7
Vimianzo	4,4	16,3	14,7
Zas	4	9,3	8,3

Tabla V.1.1.c. Actividad asistencial de enfermería. 2001

Municipios	Frecuentación	Consultas/ profesional/día
Camariñas	2,1	18,4
Cee	2,1	22,6
Corcubión	2	12,2
Dumbría	1,7	14,9
Fisterra	1,7	16,9
Muxía	2,3	24,2
Vimianzo	1,7	18,4
Zas	1,6	18

V.1.2. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

En las tablas V.1.2.a y V.1.2.b se muestran los datos relativos a la actividad asistencial de urgencias en los Puntos de Atención Continuada (PAC) de Cee (A Coruña) y Vimianzo durante el año 2001. Se puede comprobar como, en ambos PAC, los indicadores fueron muy similares. El porcentaje de consultas fue mayoritario en los centros de atención con un porcentaje similar, en ambos casos, de derivaciones al Hospital.

Tabla V.1.2.a. Actividad asistencial. Urgencias extrahospitalarias. Cee (A Coruña). 2001

INDICADORES	MEDICINA GENERAL		ENFERMERÍA	
TOTAL	13.900	100%	1.836	100%
Consultas en el centro de salud	13.504	97,1%	1.124	61,2%
Cosultas en el domicilio	396	2,9%	712	38,8%
Derivaciones al hospital	1.628	11,7%		
Consultas /día		38,1		5

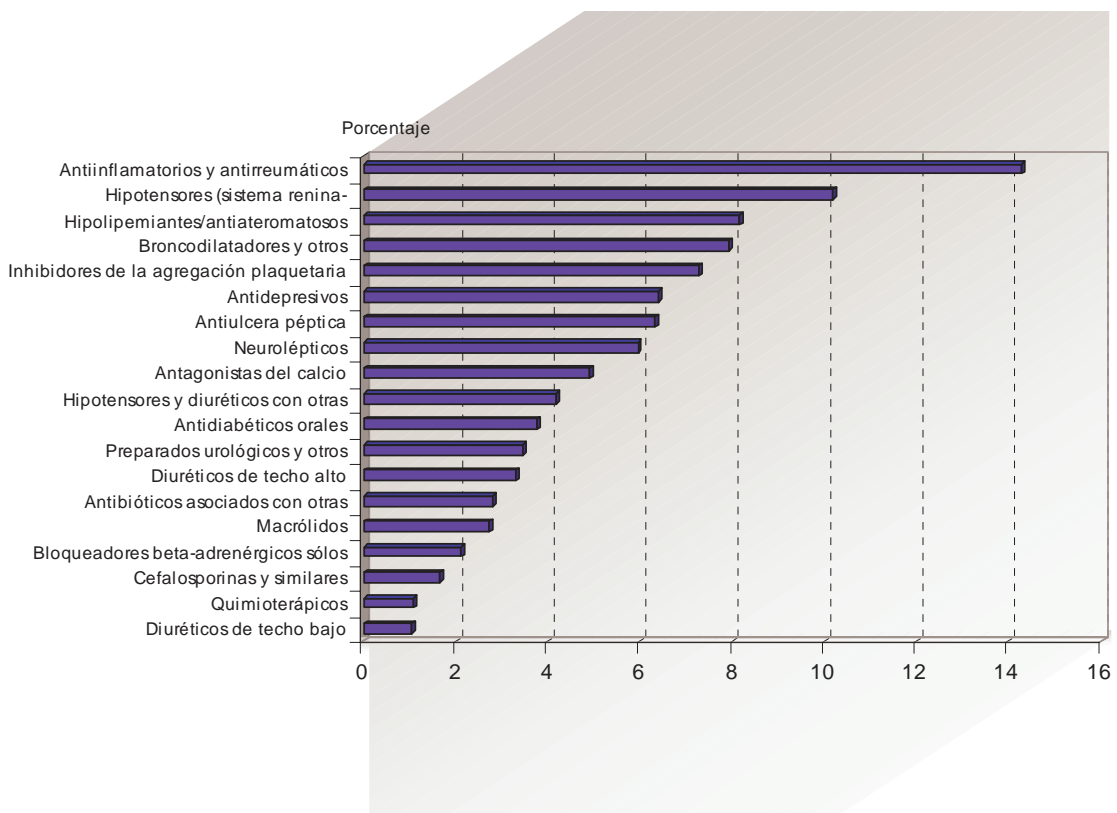
Tabla V.1.2.b. Actividad asistencial. Urgencias extrahospitalarias. Vimianzo. 2001

INDICADORES	MEDICINA GENERAL		ENFERMERÍA	
TOTAL	11.416	100%	3.384	100%
Consultas en el centro de salud	10.996	96,3%	2.072	61,2%
Cosultas en el domicilio	420	3,7%	1.312	38,8%
Derivaciones al hospital	1.084	9,5%		
Consultas /día	31,2		9,3	

V.1.3. PROPORCIÓN DE FÁRMACOS DISPENSADOS

El estudio de los fármacos más dispensados en atención ambulatoria ayuda a conocer el tipo de patologías más frecuentes en este nivel de atención. En el gráfico V.1.3 se comprueba que el porcentaje más alto de fármacos dispensados en el área, en el año 2002, correspondió al grupo de los antiinflamatorios y antirreumáticos (14%), seguido de los hipotensores (10%), hipolipemiantes (8%) , broncodilatadores (8%) e inhibidores de la agregación plaquetaria (7%). En sexto lugar, los antidepresivos (6%), antiulcerosos (6%) y neurolépticos (6%).

Grafico V.1.3. Proporción de Fármacos dispensados desde Atención Primaria por grupo terapéutico. 2002



V.1.4. Financiación sanitaria. Cobertura sanitaria

En la tabla V.1.4, se indica el tipo de cobertura sanitaria que tiene la población del área de estudio. Se puede comprobar que el 36% de la población es pensionista, y por lo tanto, su gasto farmacéutico será financiado íntegramente por la seguridad social.

Tabla V.1.4. Tipo de Cobertura sanitaria de la población del área de referencia. 2004

Seguro Sanitario	Población	Porcentaje
Pensionistas	17.087	35,68
Régimen General SS	30.665	64,03
ISFAS	46	0,10
MUFACE	87	0,18
MUGEJU	4	0,01
Total	47.886	100

SS: Seguridad Social

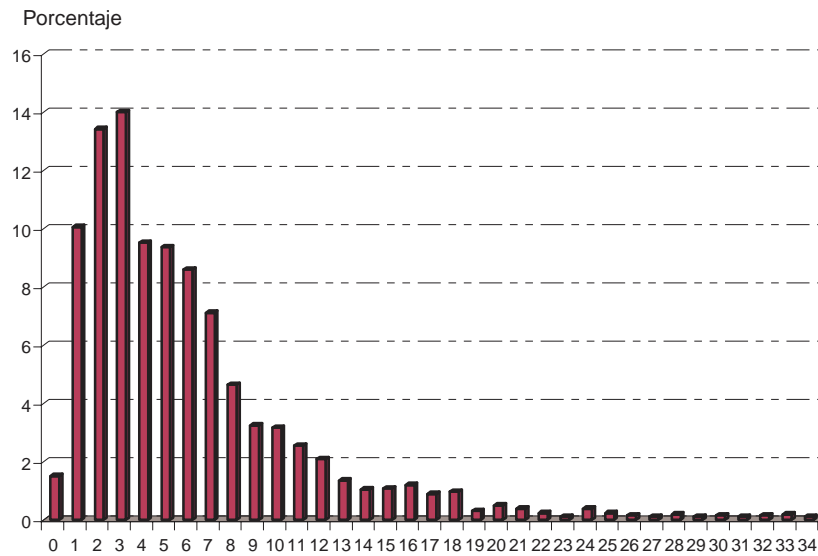
V.2. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

En este apartado se presenta el resultado de los indicadores de actividad asistencial en Atención Especializada en el Hospital “Virxe da Xunqueira” de Cee (A Coruña), de prevención, promoción y protección de la salud, de efectividad y calidad de la asistencia, así como indicadores de financiación sanitaria, durante el año 2001.

V.2.1. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

- Índice de ocupación: 62,55% (16440 estancias, en 72 camas de hospitalización).
- Estancia media: 6,36

En el gráfico V.2, se detalla la distribución de las altas del año 2001 por días de estancia, y se observa que el porcentaje más alto, correspondió a estancias de 2 y 3 días.

Gráfico V.2. Distribución de las altas del año 2001 por días de estancia

- Índice de rotación anual: 36,02
- Ingresos totales/1000 habitantes: 50,64‰
- Consultas totales/día hábil: 280,6
- Índice de Consultas totales: 134,06
- Relación Consultas sucesivas/ primeras: 1,951
- Índice de Urgencias totales: 28,01%
- Presión de Urgencias: 82,7%
- Porcentaje de Urgencias ingresadas: 15,02%
- Índice de Urgencias por día: 38,08%
- Índice de Partos por día: 0,54
- Proporción de cesáreas: 25%

V.2.2. ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Dentro de los programas de prevención, promoción y protección de la salud que se desarrollan en la comunidad, sólo se pudo valorar el programa gallego de detección precoz de cáncer de mama. En la tabla V.2.2, se pueden apreciar los porcentajes de participación en el programa de las mujeres de cada

municipio, así como el índice de mujeres que fueron citadas en las unidades de diagnóstico terapéutico por cada mujer explorada.

Tabla V.2.2. Mujeres del área que participaron en el programa gallego de detección precoz de cáncer de mama por municipio. Cuarta campaña 2001/2002.

Municipio	Unidad exploración	Mujeres invitadas	Mujeres exploradas	% Participación	% Citadas en UDT
Camariñas	feb-02	536	412	76,87	4,61
Carnota	jul-01	541	432	79,85	2,99
Cee	oct-01	654	569	87	2,99
Corcubión	nov-01	146	100	68,49	3
Dumbría	ene-02	376	302	80,32	2,65
Fisterra	nov-01	426	373	87,56	4,83
Muxía	dic-01	545	408	74,86	2,21
Vimianzo	ene-02	848	716	84,43	2,65
Zas	may-02	517	456	88,2	1,54

UDT: Unidad de Diagnóstico

V.2.3. EFECTIVIDAD

V.2.3.1. Episodios de hospitalización por “Ambulatory care sensitive”

En la tabla V.2.3.1 se determina el porcentaje por grupo de edad de los ingresos hospitalarios de los años 1999 a 2001, que con una atención primaria adecuada podrían haber sido prevenidos o disminuidos. Del total de los episodios, el mayor porcentaje fue debido a enfermedad cardiovascular (30%), insuficiencia cardiaca (29%) y neumonía (16%). Por grupos de edad, casi el 50% se produjeron en personas mayores de 74 años.

Tabla V.2.3.1. Episodios de hospitalización por “Ambulatory care sensitive” de la población residente en el área sanitaria de Cee (A Coruña) durante los años 1999 a 2001

Diagnóstico principal	Total (%)	1a (%)	1-14a (%)	15-44a (%)	45-64a (%)	65-74a (%)	>74a (%)
Tuberculosis	11 (0.98)	-	-	8 (5.23)	1 (0.57)	2 (0.78)	-
Diabetes	30 (2.68)	-	2 (4.08)	6 (3.92)	1 (0.57)	8 (3.14)	12 (2.52)
Enfermedad cardiovascular e hipertensión	334 (29.80)	-	-	5 (3.26)	74 (42.29)	121 (47.45)	134 (28.09)
Insuficiencia cardiaca	326 (29.08)	-	-	-	21 (12)	72 (28.24)	233 (48.85)
Apendicitis aguda complicada	22 (1.96)	-	4 (8.16)	7 (4.58)	8 (4.57)	2 (0.78)	1 (0.21)
Pielonefritis aguda	31 (2.77)	3 (33.33)	3 (6.12)	11 (7.19)	5 (2.86)	5 (1.96)	4 (0.84)
Enfermedad pélvica inflamatoria	12 (1.07)	-	-	11 (7.19)	1 (0.57)	-	-
Úlcera sangrante perforada	12 (1.07)	-	1 (2.04)	3 (1.96)	1 (0.57)	3 (1.18)	3 (0.63)
Neumonía	176 (15.70)	2 (22.22)	12 (24.09)	14 (9.15)	34 (19.43)	31 (12.16)	83 (17.4)
Total	1121	9 (0.80)	49 (4.37)	153 (13.65)	175 (15.61)	255 (22.75)	477 (42.55)

V.2.3.2. Tasas de hospitalización por neumonía y gripe

Con estos indicadores se pretende estimar el exceso de ingresos que se producen con diagnóstico de gripe o neumonía neumocócica, y que se podrían reducir con campañas de vacunación adecuadas. En la tabla V.2.3.2.a se especifican los ingresos que tuvieron como diagnóstico principal Neumonía o Gripe durante los años 1999, 2000 y 2001. (De gripe como sólo hubo un caso en el año 1999, se incluyó en el análisis en el grupo de otras).

Tabla V.2.3.2.a. Ingresos con diagnóstico principal de Neumonía o Gripe (481-487). 1999-2001

	Total	1999	2000	2001
Neumonías (481-487)	326	84	116	126
Neumocócicas	109	57	37	15
Otras	216	26	79	111

En la tabla V.2.3.2.b se detalla el grupo de las Neumonías Neumocócicas. Al analizar el porcentaje de casos que se produjeron en personas mayores de 65 años sobre el total de Neumonías, se comprueba que oscila entre el 60 y el 70%, siendo mayores en las mujeres, sin embargo, la tasa de Neumonía neumocócica en personas mayores de 65 años es más alta en los hombres que en las mujeres. También se aprecia que la tasa fue menor en el año 2001.

Tabla V.2.3.2.b. Porcentaje de Neumonía neumocócica sobre el total de Neumonías y Tasa de ingresos por Neumonía neumocócica en mayores de 65 años. 1999-2001

Neumonías Neumocócicas	1999			2000			2001		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Casos	36	21	57	19	18	37	12	3	15
Casos en > 65a	22	15	37	12	12	24	7	2	9
Porcentaje >65a	61,11	71,43	64,91	63,16	66,70	64,86	58,30	66,60	60
Tasa por 100000 H	468,67	276,38	362,57	311,08	191,97	230,1	157,23	30,90	86,99

V.2.3.3. Incidencia de infección nosocomial

En las tablas V.2.3.3.a y V.2.3.3.b se describen los datos de Infección potencialmente nosocomial registrados en el CMBD. El porcentaje de infecciones potencialmente nosocomiales en los 3 años estuvo entre el 4 y 6%.

Tabla V.2.3.3.a Incidencia de infecciones potencialmente nosocomiales. 1999-2001

Infecciones potencialmente nosocomiales	1999	2000	2001
Número de infecciones nosocomiales/año	135	109	145
Número de altas por año	2478	2617	2586
Porcentaje Infec. Potencialm. Nosocomiales	5,45	4,17	5,61

La tasa de infección en el año 2001 fue de 5,6 por cada 1000 ingresos, y al analizar la localización, destaca el grupo de las infecciones del tracto urinario (tabla V.2.3.3.b).

Tabla V.2.3.3.b. Distribución de las infecciones potencialmente nosocomiales según la localización. 2001

Infecciones potencialmente nosocomiales	Frecuencia	Porcentaje	Incidencia *1000 ingresos
Infecciones nosocomiales quirúrgicas	29	20	1,1
Infecciones nosocomiales misceláneas	23	15,86	0,9
Infecciones nosocomiales respiratorias	25	17,24	1,0
Infecciones nosocomiales urinarias	68	46,90	2,6
Total	145	100	5,6

V.2.4. Financiación sanitaria. Cobertura sanitaria

En la tabla V.2.4 se puede ver el tipo de financiación sanitaria de los episodios de hospitalización del año 2001. El 98% de los episodios fueron financiados por la Seguridad Social.

Tabla V.2.4. Distribución de las altas del año 2001 según la entidad financiera

Financiamiento	Episodios	Porcentaje
Seguridad social	2.534	97,99
Entidades aseguradoras de accidentes de tráfico	24	0,93
Mutuas patronales de accidentes de trabajo	17	0,66
Mutuas de funcionarios	8	0,31
Particulares/ otras	3	0,12
Total	2.586	100

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

La salud de las personas, en una acepción general, está influenciada por los determinantes de salud, que son todos aquellos factores que actúan e interactúan en diferentes niveles de organización y determinan el estado de salud de la población. Se han desarrollado, a lo largo de la historia distintos modelos para explicar la relación entre los determinantes y el estado de salud de la población y todos han reconocido de forma consistente, la necesidad de adoptar un enfoque ecológico e integral de la salud. La salud de la población está determinada por los factores biológicos y genéticos, factores individuales y estilos de vida, influencias comunitarias y soporte social, condiciones de vida y de trabajo, condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales y acceso a servicios sanitarios².

Los diagnósticos de salud aparecen en la literatura desde los años 50, y sobre todo a partir de los años 80 en España, dentro del ámbito de la Atención Primaria. En la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata¹⁹ (1978), se establece la relación de los factores socioculturales, medioambientales... con la salud del individuo y se confirma que los sistemas sanitarios tradicionales son de dudosa eficacia social. La Declaración de Alma-Ata considera la Atención Primaria como la función central del Sistema Nacional de Salud y define los atributos esenciales que consolidan su orientación comunitaria. En ella, se reconoce la Atención Primaria como una parte integral del desarrollo socioeconómico global de la comunidad, además de estar dirigida a las principales necesidades de salud de la misma¹⁸³. En los países desarrollados, la nueva Atención Primaria surge con el objetivo de superar la atención individual prestada por el médico de cabecera, así como la atención fragmentada que suministran unos sistemas sanitarios fundamentados en la superespecialización y la tecnología, sin olvidar los costes crecientes que se pronostican inasumibles por la sociedad en un futuro próximo.

La creciente preocupación por la salud, que coincidió con una importante crisis económica, obligó a los responsables de la función pública a replantearse sus políticas, buscando planes específicamente elaborados en cada demarcación geográfica, y de acuerdo con los problemas detectados de forma objetiva, potenciando de forma primordial la Atención Primaria de Salud. Desde esta perspectiva, se promulgó el uso de los diagnósticos de salud, como un medio

para ayudar a los equipos de Atención Primaria a conocer el nivel de salud de su comunidad, identificar los principales problemas de salud de toda la población asignada y desarrollar programas de salud comunitaria integrados en el trabajo habitual.

Así, en la década de los ochenta, en la Comunidad Autónoma, se elaboraron varios diagnósticos de salud en un intento de abordar de forma sistemática los problemas de salud identificados como prioritarios^{169 184, 185}. Estos diagnósticos se llevaron a cabo con la finalidad de conseguir una atención integral de la salud de la persona y de la comunidad, que incluyera el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación de la salud, la rehabilitación y reinserción social como parte de la Atención Primaria de Salud. En la elaboración de estos diagnósticos se utilizaron los indicadores recomendados por la OMS para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000⁷⁰.

Posteriormente, se han desarrollado los Planes Estratégicos de diferentes instituciones asistenciales, como los hospitales, con la finalidad de relacionar su estructura organizativa, sus objetivos y sus programas con un entorno nuevo y cambiante, previo análisis de la situación. El desarrollo de un Plan Estratégico en un Centro Sanitario requiere de la obtención de información que haga referencia tanto a la situación interna del propio centro como del entorno, ya que van a condicionar su futura demanda sanitaria¹⁸⁶.

Dentro de un marco legislativo, la Ley General de Sanidad en su artículo 54 establece la necesidad de que cada Comunidad Autónoma elabore un Plan de Salud, "que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir con los objetivos de sus servicios de Salud". Posteriormente, el Real Decreto 938/1989¹⁸⁷ regula la elaboración del Plan Integrado de Salud y establece el procedimiento y todos los capítulos que deben incluir los planes de salud para su elaboración, siendo uno de ellos el análisis y diagnóstico de los problemas de salud. En la actualidad, no existe un Plan Integrado de Salud, que sería el documento que recogería los diferentes planes de salud, autonómicos, estatales y conjuntos. Los primeros documentos de los planes de las diferentes Comunidades Autónomas se desarrollaron a partir del año 1991, como el Plan de Salud de Castilla y León, o el de Álava.

Actualmente, con la Ley 16/2003¹⁸⁸, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (capítulo siete), se promueve el desarrollo de

planes específicos, Planes Integrales de Salud, como el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007¹⁸⁹, que también incluye un análisis de la situación. Esta misma ley, en el capítulo ocho (artículo 66) hace referencia a las funciones básicas en materia de Salud Pública a desarrollar en todo el Estado, que deben estar fundamentadas en el análisis de la situación de salud.

En Galicia, la Ley 7/2003¹⁹⁰, del 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia, en el capítulo uno del título cinco hace referencia al Plan de Salud de Galicia, indicando su objetivo y ámbito, contenidos, elaboración y evaluación, aprobación y vigencia. Actualmente, está vigente el Plan de Salud 2002-2005¹⁶⁷. Además en el capítulo dos, se regulan las actuaciones que se efectuarán en materia de Salud Pública, entre las que se encuentra la medición del nivel de salud e identificación de los problemas de salud que afectan a la población.

El presente trabajo pretende realizar un análisis de los problemas de salud que afectan en la actualidad a la población, que sirva como estudio inicial para una mejor planificación de los servicios asistenciales que se están desarrollando en el área. Este análisis de la realidad sociosanitaria del área, dentro de un marco conceptual basado en los determinantes de la salud, constituye el punto de partida para la planificación y la acción, reconociendo la intersectorialidad como elemento clave para el desarrollo de la salud de la población. Por ello, además de valorar el estado de salud de la población se han tenido en cuenta sus características demográficas, geográficas, socioeconómicas, culturales y medioambientales, así como los servicios sanitarios disponibles en el área.

Un documento que es necesario considerar es el “Estudio médico, geográfico y epidemiológico del Partido Judicial de Corcubión”, que ganó el premio extraordinario de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia¹⁹¹. Este diagnóstico se realizó en 1986, cuando no contaban en la zona con la Fundación Hospital de Cee (A Coruña). El área elegida fue el Partido Judicial de Corcubión, integrado por los mismos municipios que se han considerado en este diagnóstico de salud. En su elaboración, también se utilizaron los indicadores propuestos por la OMS⁷⁰. En cuanto a los resultados que se obtuvieron hay ligeras variaciones, que se comentaran en la discusión de los resultados.

1. DISCUSIÓN DEL MÉTODO

1.1. TIPO DE ESTUDIO

Este diagnóstico de salud pretende dar una visión global de la situación de salud del área de influencia hospitalaria de Cee (A Coruña), dentro del marco de la epidemiología descriptiva, ya que la descripción y el análisis de las condiciones relacionadas con la salud de los individuos de la población son, en sí mismas, la finalidad del estudio. El objetivo de la descripción es conocer tan sólo el estado en que se encuentra un determinado proceso en estudio, la situación sociosanitaria, en este caso en la población elegida como referencia.

Al tratarse de un estudio transversal descriptivo, el diseño del mismo es apropiado para la planificación sanitaria, ya que da una visión de los problemas más frecuentes en la colectividad y ayuda a valorar la idoneidad de los recursos disponibles en función de las necesidades detectadas. Aunque, los estudios transversales tienen algunos inconvenientes derivados del propio diseño de los mismos como son: cometer sesgos de selección, y la imposibilidad para establecer relaciones de causalidad (sólo pueden demostrar asociaciones) o distinguir entre factores de riesgo y pronóstico de la enfermedad. Dentro de las ventajas que presentan estos estudios nos encontramos con su utilidad en el campo de la planificación sanitaria y para describir las características de la población, además permiten valorar la evolución en el tiempo de diferentes problemas de salud¹⁹².

1.2. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

La unidad de análisis del estudio es el grupo poblacional. La población objeto de estudio es la población residente en el área de influencia de la Fundación Hospital “Virxe da Xunqueira” de Cee, que incluye los municipios de Camariñas, Cee, Corcubión, Dumbría, Fisterra, Muxía, Vimianzo y Zas. Además del municipio de Carnota, ya que por su estructura social y económica se incluye entre los municipios de la “costa da morte” y una parte importante de su población acude a dicho hospital. Aunque, en la elaboración de algunos indicadores para aprovechar la información disponible de otros estudios diseñados con una finalidad diferente, se han incluido otros municipios. Como en el caso de los comportamientos de salud, dentro de los indicadores sobre

determinantes no sanitarios, donde se han incluido los municipios de Laxe, Mazaricos y Cabana de Bergantiños.

1.3. AÑOS DISPONIBLES

El 2001 es el año de referencia elegido, pero en el caso de determinados indicadores, ante la imposibilidad de disponer de datos de este año, se utilizó otro, como por ejemplo con los datos de mortalidad que se utilizó el año 1999 de referencia. También se han analizado series temporales de varios años para comparar y valorar la evolución de esos datos.

1.4. FUENTES DE DATOS

En Salud Pública, las fuentes de información se utilizan para fundamentar las intervenciones que se realizan y las decisiones que se toman en la organización y gestión de los sistemas sanitarios¹⁹³. Para ello, se elaboran una serie de indicadores de salud y se precisa la identificación de una gran variedad de fuentes de datos con información sanitaria relevante procedente de registros administrativos, encuestas de salud, sistemas de notificación y estadísticas sanitarias, así como datos proporcionados por otras instituciones ajenas al sector. En ocasiones la labor es costosa por la gran dispersión de las fuentes consultadas, ya que en muchos casos los datos se generan dentro del sector sanitario, pero el análisis y difusión de los mismos es realizado por otros organismos.

En la actualidad, la información disponible para la planificación de los servicios de salud es incompleta¹⁴⁶ ya que existen pocos sistemas de información sanitaria de base poblacional, que permitan obtener estimaciones sobre la magnitud y la tendencia de los problemas de salud en la comunidad. Hay pocas enfermedades que cuenten con registro de base poblacional (el cáncer y el SIDA son dos enfermedades que disponen de estos registros en la mayoría de los países desarrollados). Los datos de morbilidad provienen fundamentalmente de registros de instituciones sanitarias, ya que con frecuencia, la información que estos sistemas proporcionan es la única disponible para aproximarse a la magnitud de un problema de salud en la población. En este caso, el marco de referencia de las estimaciones son los usuarios de los servicios sanitarios. La morbilidad hospitalaria está mejor documentada que la generada en Atención Primaria y se conoce a través de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria y del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Hospitalaria (CMBD-AH). Estos datos procedentes de los servicios

sanitarios reflejan la carga de enfermedad que afronta el sistema sanitario en un momento determinado, pero no la tendencia de la prevalencia de las enfermedades, ya que el aumento de los recursos hospitalarios, la mayor precisión en el diagnóstico, y la mejor cobertura sanitaria generan una mayor demanda asistencial. Todo ello, hace que sea más difícil saber si, los cambios que se van observando se deben a variaciones en la frecuencia de la enfermedad o en la tasa de utilización de los servicios sanitarios.

En atención ambulatoria están poco desarrollados los sistemas de información, debido a las dificultades para delimitar los motivos de consulta y establecer los recursos consumidos; pero sería de gran utilidad disponer de un “Conjunto Mínimo Básico de Datos de Atención Primaria” (CMBD- AP), como herramienta de medida de las necesidades de salud de la población y de evaluación de los distintos programas de salud poblacional¹⁴⁷.

Otro dato de gran interés para el adecuado funcionamiento de los registros sería conseguir la identificación individual como instrumento metodológico, que permita el enlace entre diferentes fuentes de datos y para varios períodos de tiempo con el fin de evitar una sobreestimación del número de casos de una determinada enfermedad¹⁴⁹.

Y ya que, la evidencia ha demostrado que existe un efecto del perfil socioeconómico y del medio físico en la salud de las personas sería útil incorporar estos datos en los registros sanitarios.

Aunque con el tiempo, los datos disponibles han aumentado, así como los sistemas de información en salud y las redes de colaboración que generan información oportuna y útil para la toma de decisiones, todavía hay pequeños retos que conseguir en este campo.

1.5. TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Para la correcta toma de decisiones es fundamental realizar un manejo correcto de la información numérica y utilizar una metodología adecuada en el análisis de los datos y en su interpretación. Si los datos son inconsistentes, las mediciones estarán sesgadas o no serán exactas y las intervenciones derivadas de su uso no serán efectivas. En varios sectores, la cobertura de los datos es deficiente, con lo que se limita la generación de información útil y necesaria para resolver problemas de salud que afectan de forma específica a su población. Por ello, aún cuando los datos estén disponibles y sean confiables, su utilización para la gestión en salud puede ser insuficiente².

En este estudio, para la elaboración de algunos indicadores fue necesario manejar grandes volúmenes de datos, y por ello se deben tener en consideración aspectos relacionados con la validez, calidad, integridad, cobertura de los mismos y sus fuentes. En el tratamiento de la información se intentó no modificar en exceso los datos disponibles y preservar así, la fiabilidad de los mismos. Los resultados se presentan para el total del área y algunos indicadores se muestran por municipios para destacar las diferencias que existen entre ellos.

La fiabilidad de los datos depende de factores estadísticos (adecuación del marco, tamaño de la muestra, diseño del muestreo, falta de respuesta, etc) y también, de factores no estadísticos relacionados con el proceso de integrar toda la información parcial disponible en un marco común y homogéneo. Normalmente la variabilidad de los fenómenos tiende a ser mayor a escala regional y local, y en la práctica, el tratamiento de los datos a un nivel muy agregado puede dar una falsa impresión de la realidad.

Por tratarse de una población de pequeño tamaño, para que los resultados fueran más consistentes, se agregaron los datos de varios años. Así, en el caso de los indicadores del estado de salud, la tasa de mortalidad estandarizada por edad, la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida, al ser un número de casos pequeño, se agregaron los datos por trienios. Igualmente se hizo con los datos sobre tumores, que también se trataron agregados.

1.6. INDICADORES

En todos los niveles de los servicios de salud, para la correcta toma de decisiones, es necesario disponer de la información pertinente y la capacitación del equipo de salud para la recolección, manejo, análisis e interpretación de los datos. Dadas las características multifactoriales de los problemas de salud, la cuantificación de los mismos requiere de procedimientos estadísticos diversos, algunos de ellos de relativa complejidad. Los indicadores de salud miden distintos aspectos relacionados con la ocurrencia de enfermedad o muerte, con la función o discapacidad, o aspectos relacionados con los recursos de los servicios de salud. Además, en un análisis del estado de salud, se precisa información sobre las características de la población: tamaño, composición, estilos de vida, clases sociales, eventos de enfermedad, nacimientos y muertes. La estimación de indicadores tiene como fin, generar evidencia que

permita identificar patrones y tendencias que ayuden a emprender acciones de protección y promoción de la salud, así como de prevención y control de la enfermedad en la población².

Son muchos los indicadores que a lo largo de la Historia de la Medicina, y en concreto de la Epidemiología, se han utilizado para medir la salud; aunque en el medio rural no han demostrado su rendimiento por las dificultades de aplicación que muchas veces tienen. Después de revisar las distintas clasificaciones de indicadores que se utilizan para medir el nivel de salud de las poblaciones, se seleccionó un grupo de indicadores según los modelos europeo y canadiense, fundamentalmente, tras adaptarlo a las necesidades del área objeto de estudio y teniendo en cuenta las limitaciones de la información disponible.

El modelo europeo clasifica los indicadores en cuatro clases: demográficos y de la situación socioeconómica, del estado de salud, de los determinantes de salud y de los sistemas de salud. Este modelo cuenta con un mayor número de indicadores que tratan la calidad de vida y las medidas compuestas que valoran la esperanza de vida libre de discapacidad. También, dentro de los indicadores de determinantes de la salud valoran el estado y los hábitos nutricionales de la población, así como el soporte social con que cuentan sus habitantes. Finalmente, destaca el número de indicadores que destinan a valorar actividades de prevención, promoción y protección de la salud¹⁷².

El modelo canadiense clasifica los indicadores en cuatro grandes grupos: características de la comunidad y de los sistemas de salud, estado de salud, determinantes de salud no sanitarios y resultados de los sistemas de salud. Los canadienses, en la valoración del estado de salud, destacan los indicadores de bienestar, la percepción subjetiva del estado de salud por el individuo, los indicadores sobre condiciones de salud, e igual que el modelo europeo, las medidas de salud combinadas que valoran la esperanza y la calidad de vida ajustada por discapacidad. Entre los determinantes no sanitarios, también emplean varios indicadores para medir los comportamientos de salud de los individuos (tabaquismo, alcoholismo, lactancia materna y prácticas dietéticas), así como, los recursos personales o el soporte social. Aunque utilizan pocos indicadores que valoren el impacto de los factores medioambientales en la salud de la población. En cuanto a los resultados de los sistemas de salud valoran la aceptabilidad, accesibilidad, actuaciones adecuadas, competencia, continuidad, efectividad, eficiencia y seguridad⁶⁹.

1.6.1. INDICADORES UTILIZADOS

La información demográfica tiene un especial interés cuando se aplica a las actividades de planificación, ya que se utiliza para elaborar muchos de los indicadores del diagnóstico de salud y para hacer previsiones sobre las necesidades futuras de la población. A partir de la explotación de los datos contenidos en los censos se obtienen muchas características de la población. Los censos suministran datos estadísticos de las áreas pequeñas, ya que introducen variables que son especialmente útiles para desagregaciones muy finas, a las que no pueden llegar las investigaciones por muestreo. A la vez, el estudio de los movimientos migratorios es importante, ya que éstos influyen en el crecimiento demográfico. Aunque estos movimientos son difíciles de valorar, ya que, las fuentes de información no reflejan todos los movimientos que se producen en la población. En muchas ocasiones, las personas siguen permaneciendo en el censo de su lugar de nacimiento, sobretodo, en los desplazamientos de estudiantes o en los primeros años de ocupación laboral.

También las proyecciones demográficas son elaboradas en el campo de la planificación sanitaria, ya que ayudan a determinar cuáles serán las necesidades futuras en salud y permiten estimar los recursos que se van a necesitar para satisfacerlas. Sin embargo en este caso, al tratarse de un área reducida existen varias limitaciones para su elaboración, como la dificultad para encontrar la información demográfica necesaria. Además el impacto de otros factores, como los económicos, es menos previsible que en poblaciones de mayor tamaño⁸⁰.

Está claramente reconocido el papel que juegan los determinantes no sanitarios en la salud de la población tanto factores individuales, estilos de vida, influencias comunitarias, soporte social, como condiciones generales de vida, de trabajo, socioeconómicas y ambientales^{76, 82}. Por eso se han recogido varios indicadores que valoran estos aspectos de la población a estudio.

Para valorar los estilos de vida, se aprovechó un trabajo que se había realizado en la población juvenil, que como se diseñó con otra finalidad incluía un área más amplia de la del estudio. La cuantificación de los distintos parámetros valorados es difícil, ya que este estudio se llevo a cabo con la idea de identificar los factores protectores y de riesgo en el consumo de drogas y alcohol entre los adolescentes y jóvenes del área. La recogida de datos se realizó según el cuestionario de Hawkins y Catalano, el cuál está siendo

utilizado de forma masiva en diferentes estados de USA como Utah, Colorado y Denver entre otros. Para la traducción se recurrió a la versión de Davis, elaborada por Steve Harrison (documento no publicado). A nivel de la población gallega se utilizan indicadores que miden la prevalencia de fumadores y de alcoholismo utilizando como fuente la Encuesta EDIS del Equipo de Investigación Sociológica, pero los datos no permiten llegar a este nivel de desagregación y no es posible tener los datos correspondientes a los municipios considerados en este estudio.

En este apartado, sería de gran interés, incluir indicadores que valorasen factores personales como el índice de masa corporal, hábitos nutricionales, así como la prevalencia de tabaquismo, alcoholismo, hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión arterial... en la población, al igual que en los modelos europeo¹⁷² y canadiense⁶⁹.

Varios estudios han demostrado una asociación entre el soporte social (apoyo emocional, participación social, compañeros, redes sociales...) con que cuenta el individuo y un mejor nivel de salud^{37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 76, 87}. Además el mantenimiento de los estilos de vida está condicionado socialmente y ligado a las actitudes y creencias de una población⁷⁶. Aquí no se han incluido indicadores que valoren el apoyo social, sin embargo, tanto el modelo de indicadores canadiense (CIHI)⁶⁹ como el europeo (ECHI)¹⁷² incluyen estos indicadores y otros, que miden los hábitos de salud de los individuos (prácticas sexuales, uso de medidas anticonceptivas, comportamientos al conducir como el uso del cinturón de seguridad, frecuencia con que se realiza actividad física...). También, entre los indicadores que proponen la OPS⁷¹ y la ONU¹⁵⁷ para valorar la consecución de los objetivos del milenio se incluye la prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil. Estos indicadores son difíciles de elaborar, ya que en la actualidad no se registran estos determinantes de salud de forma sistemática, y así, en el análisis de la situación de salud de la población gallega¹⁶⁸, previo a la elaboración del Plan de Salud 2001-2005, tampoco se han considerado.

La situación de empleo es un importante determinante de la salud y es fácil de medir. Un ambiente laboral saludable y una estabilidad económica se asocian con buena salud. En varios estudios se relaciona el desempleo con un estado de salud deficiente⁷⁶. También se asocian con problemas de salud, el ambiente físico y el apoyo social con el que se cuenta en el trabajo⁸⁷. En este sentido, el modelo europeo incluye un indicador que valora la exposición accidental en el

lugar de trabajo a agentes químicos carcinógenos, vibraciones, ruidos, humo del tabaco, así como, posiciones corporales malas y factores de estrés psicológico en el trabajo¹⁷².

El nivel de salud de la población tiende a asociarse con el grado de crecimiento económico de la población, ya que éste permite tener servicios que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la salud (nutrición, agua potable, saneamiento,...) Unos buenos indicadores del nivel socioeconómico son el nivel de ingresos, la ocupación y el nivel de instrucción de la población⁸⁸. En este estudio, en lugar del nivel de ingresos se ha utilizado como indicador el Índice de renta familiar disponible por habitante que es el total de ingresos procedentes del trabajo, más las rentas de capital, prestaciones sociales y transferencias, menos los impuestos directos pagados por las familias y las cuotas pagadas a la seguridad social. A veces las diferencias que existen entre la renta familiar disponible por habitante y las estimaciones que pueden realizarse del producto interior bruto por habitante son importantes cuando se establece la posición relativa entre municipios. Por ejemplo, un municipio puede ser considerado como el “más rico” de una Comunidad Autónoma si se mide esta “riqueza” en relación a la renta familiar disponible por habitante y, sin embargo, estar bastante alejado del primer lugar si se considera el PIB por habitante.

El medioambiente puede constituir un factor de riesgo para la salud, por la mayor o menor contaminación ambiental y del agua de bebida, las condiciones de saneamiento, la seguridad alimentaria o la gestión de los residuos. Para proteger la salud, se han ido desarrollando varias medidas legales en los casos de exposición involuntaria, por ejemplo a agentes químicos carcinógenos, radiaciones ionizantes, partículas en suspensión en el aire, vibraciones, ruidos.... En este estudio se han incluido varios indicadores que valoran las condiciones medioambientales de la zona (calidad del aire, del agua, número de puntos negros...) El impacto que ejercen estos factores en la salud es difícil de valorar para un área tan pequeña, aunque en la actualidad, hay varios estudios que tratan de medir el exceso de morbilidad cardiorrespiratoria que se asocia a los principales contaminantes atmosféricos^{113, 114, 115, 116}. Lo mismo sucede en el campo de la seguridad alimentaria. Se están desarrollando controles sanitarios de las industrias alimentarias (cárnicas, lácteas, de la pesca, de los moluscos, agrarias, de productos hortifrutícolas, ...) además de vigilar los productos de mercado, pero su repercusión en la salud de la

población es difícil de determinar. Por otra parte, los registros de estos controles no permiten obtener los resultados desagregados por municipio. De todas formas, aunque se consiguiera un sistema de registro que facilitara estos datos desagregados, esto no garantizaría que los alimentos que consume esta población fueran propiamente los que se producen en la zona. En “A nosa saúde en cifras” del año 2000¹⁶⁸ se utilizan indicadores que valoran la situación de las industrias alimentarias gallegas así como, las condiciones de salubridad de los alimentos del mercado.

La mortalidad es un fenómeno demográfico de interés que habitualmente se utiliza para medir la salud de las poblaciones, por su importancia, fiabilidad y disponibilidad¹²⁸. En este estudio, se elaboraron varios indicadores a partir de los datos de las estadísticas de mortalidad de la población. En la elaboración de la tasa bruta de mortalidad y de la tasa específica por edad se incluyeron todos los municipios del área, ya que estos datos se obtuvieron del IGE. En la confección del resto de los indicadores de mortalidad y expectativa de vida no se incluye el municipio de Carnota, ya que los datos se obtuvieron del Registro de Mortalidad, que facilita estos datos agregados por áreas sanitarias o de influencia hospitalaria. Estos indicadores, sólo reflejan resultados anteriores al año 1999, porque los años posteriores no estaban disponibles.

Para controlar la influencia de la composición por edades de la población se elaboraron las tasas de mortalidad específicas por edad. También se utilizaron dos indicadores de gran interés desde el punto de vista sanitario como son la tasa de mortalidad de menores de cinco años y la tasa de mortalidad infantil, ya que determinan el estado de salud y socioeconómico de la población. Estas tasas si se calculan para áreas geográficas pequeñas, como en este caso, con un número reducido de nacimientos en el denominador, puede ser un indicador inestable y por eso se agruparon en periodos de tres años.

El análisis de la mortalidad según la causa de muerte ayuda a determinar la importancia de los problemas de salud en un momento determinado o incluso, a detectar diferencias en la evolución de la mortalidad por las distintas causas entre ambos sexos. Por ello, se estudiaron las causas más importantes de mortalidad. Para evitar que interfirieran determinados factores, como la edad al hacer comparaciones de las tasas brutas, se utilizó el ajuste de tasas por el método indirecto, ya que las poblaciones de estudio son pequeñas y por ello, más sensibles a que las pequeñas variaciones en el numerador produzcan grandes cambios en la tasa resultante. Con este método, se calculó la Razón

Estandarizada de Mortalidad (SMR), y se utilizó la población gallega de referencia, ya que es importante que las tasas sean estables. Aunque es un procedimiento más inexacto puede ser de utilidad si no se conocen las tasas específicas, o como en este caso, se basan en un número pequeño de individuos y están sometidas a una variación importante⁷⁵.

Un indicador muy utilizado en el campo de la planificación sanitaria es el número de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), ya que tiende a ponderar más las enfermedades que causan la muerte en edades jóvenes y a dar mayor prioridad a estos problemas. Se determinaron los APVP según grandes grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, destacando las causas más importantes, y también por causas principales. Otro indicador muy útil para detectar necesidades de salud es el número de muertes innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables, ya que tiene en cuenta aquellas muertes que se podrían haber evitado con el uso de medidas preventivas o curativas eficaces, pero al tratarse de un área reducida existen varias limitaciones para su elaboración, dado el número de casos tan pequeño que se baraja de cada causa de mortalidad^{81, 82}. Y también, a partir de los datos de mortalidad se elaboró la esperanza de vida al nacer y a los 65 años, cuya estimación, para dar mayor consistencia a los resultados, se realizó por trienios.

Los dos indicadores clásicamente señalados para medir la morbilidad en la población son la incidencia y la prevalencia¹³⁵. Sin embargo, por diversas circunstancias casi nunca puede conocerse la incidencia o prevalencia de la mayoría de las enfermedades y lo que normalmente se obtiene es la morbilidad atendida en los servicios sanitarios, declarada por los sistemas de notificación de enfermedades bajo vigilancia o a través de las encuestas de salud por entrevista.

En este estudio, la mayoría de los datos de morbilidad que se analizan proceden del registro que se efectúa al alta hospitalaria, obtenidos a través del CMBD-AH. Estos datos no reflejan la morbilidad real, sino que están influenciados por los distintos condicionantes de la utilización de los servicios sanitarios. Un problema importante, que dificulta el conocimiento de la prevalencia o incidencia de un determinado problema de salud, es que al hacer la explotación del CMBD-AH no es posible discernir entre episodios y pacientes, ya que de momento no se utiliza el número de tarjeta sanitaria como identificador del usuario.

En Galicia no existe en la actualidad un registro de tumores de base poblacional, por ello se realizó un análisis más minucioso de las altas hospitalarias con diagnóstico principal de tumor a partir de la explotación del CMBD-AH, ya que suponen la segunda causa de muerte y de años potenciales de vida perdidos. En el caso de los tumores, se intentó solventar el problema de la identificación del usuario para llegar a determinar pacientes con el problema en lugar de episodios. Para ello se solicitaron varias variables de las altas de la Fundación “Virxe da Xunqueira” y de los Complejos Hospitalarios de La Coruña y Santiago de Compostela con diagnóstico principal de tumor, y posteriormente se depuró la base (en los casos dudosos se recurrió a la Historia Clínica del paciente). Aunque finalmente, el indicador que obtenemos no valora la prevalencia, sino un porcentaje y una tasa de pacientes que ingresaron con diagnóstico principal de tumor en el trienio estudiado.

También a partir de los registros de base poblacional, como el de tuberculosis y SIDA de Galicia, que recogen de una manera exhaustiva y permanente los casos nuevos, se puede conocer la incidencia real de estas enfermedades. Los indicadores que valoran la tasa de incidencia de enfermedades de declaración obligatoria, de tuberculosis y de SIDA, no se presentan por municipios individualmente, porque los diferentes registros no facilitan estos datos para unidades menores de 10.000 habitantes y así salvaguardar el derecho a la protección de datos. En el caso de los datos procedentes del registro de SIDA el análisis se realizó agrupado de los 11 años estudiados debido al bajo número de casos que se produjeron.

Las discapacidades han ido aumentando y es elevado el número de personas que necesitan rehabilitación, por ello es importante cuantificar la proporción de población que va a necesitar estos servicios¹⁴⁴. Con los datos facilitados por el registro de discapacidades no se pudieron hallar tasas de incidencia, ya que los datos no están disponibles por años, así que se calculó la prevalencia de las principales minusvalías. Dentro de los indicadores utilizados para valorar la capacidad de funcionamiento de la población, también se analizaron datos de siniestralidad laboral, pero no se incluyeron datos de absentismo laboral como en el modelo europeo¹⁷², ni tampoco de las principales causas que lo motivaron, ya que estos datos son difíciles de obtener al no ser registrados de forma sistemática.

La autopercepción del estado de salud es un indicador efectivo del estado de salud global, como factor predictivo de necesidades asistenciales, que tiene

importantes repercusiones para la salud, la morbilidad, y una vejez saludable y activa⁸¹. Por ello dentro de este apartado, es importante incluir indicadores que valoren la percepción que tiene el individuo de su propia salud como en los modelos europeo¹⁷² y canadiense⁶⁹: del estado general, bienestar psicológico, felicidad y problemas emocionales, así como sufrimientos y patologías crónicas.

El aumento de la supervivencia y de la prevalencia de las enfermedades crónicas hace necesaria la monitorización clínica de la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS). Por ello, se deberían incluir indicadores que valorasen la calidad de vida relacionada con la salud a través de mediciones genéricas o específicas de la enfermedad, ya que aportarían información útil para la planificación de la atención prestada en los sistemas sanitarios y de evaluación de los resultados de los tratamientos y de las políticas sanitarias^{141, 142, 143}. Así, el modelo europeo¹⁷² incluye instrumentos de medida genéricos y específicos (EuroQol genérico y EuroQol para pacientes con enfermedades del aparato circulatorio).

En la actualidad se tiende cada vez más a utilizar medidas compuestas del estado de salud y al desarrollo de nuevos indicadores sintéticos que incluyan alguna medida del estado de salud, ya que los índices de mortalidad van perdiendo sensibilidad para reflejar las condiciones sanitarias, a medida que las poblaciones envejecen y se va produciendo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas. Se están desarrollando indicadores que reflejan el impacto de la mortalidad en la población, además de las condiciones de salud que presenta dicha población, es decir, que se elaboran a partir de datos de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Básicamente, se utilizan indicadores de esperanza de vida (a partir de la tabla de mortalidad) e indicadores basados en el número absoluto de años de vida con discapacidad^{131, 132}. El modelo canadiense⁶⁹, por ejemplo ya incluye como indicadores la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad, la Esperanza de Vida ajustada por Discapacidad y los Años de Vida ajustados por Discapacidad.

Dentro del apartado de recursos sanitarios, se elaboraron los indicadores para valorar los recursos sociosanitarios con los que contaban estos municipios en el año 2001 y la accesibilidad a los mismos, así como los indicadores para medir el nivel de actividad, tanto en atención primaria como especializada. Como la morbilidad diagnosticada desde Atención Primaria es difícil de valorar, debido a que no existen registros sistemáticos en la actualidad, la medición de

los fármacos prescritos por los facultativos, ambulatoriamente, podría ser una aproximación al tipo de patologías más frecuentes a este nivel. Para elaborar este indicador se tuvieron en cuenta todas las prescripciones realizadas por los médicos de primaria en el año 2002, ya que no estaban disponibles los datos del año 2001.

Dentro de las actividades preventivas, se desarrollaron indicadores para medir la cobertura de los distintos programas. Finalmente, sólo se presentaron los datos del programa de screening de cáncer de mama, ya que del programa de “diagnóstico neonatal de metabolopatías” no se facilitaron los datos, porque el registro de datos es deficitario debido fundamentalmente a una baja notificación. Otro indicador que sería de gran interés es la cobertura de vacunación infantil, la proporción de niños correctamente vacunados en el primer año de vida, pero el registro no permite llegar a este nivel de desagregación. También serían de utilidad incluir indicadores sobre el estado vacunación de la población mayor de 65 años, que permitan medir el porcentaje de vacunación antigripal y antineumocócica en esta población.

Para valorar la efectividad y calidad de la asistencia prestada se han elaborado tres indicadores: las condiciones de susceptibilidad de cuidados ambulatorios (ACSC), la tasa de hospitalización por neumonía y la incidencia de infección nosocomial. Los ACSC son un grupo de códigos de diagnóstico al alta hospitalaria que se han propuesto como indicadores indirectos de medida de la capacidad de resolución de la Atención Primaria, y directos de un volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial¹³⁸.

2. DISCUSIÓN RESULTADOS

Al observar la población de esta área se comprueba que tiene un comportamiento regresivo (pasando de tener 56.896 habitantes en el censo de 1991 a 51.062 en el censo del 2001) debido fundamentalmente al saldo vegetativo que es sistemáticamente negativo y a la tendencia de la migración intraprovincial y al resto de Galicia. Por otro lado, las entradas que se producen por migración exterior no pueden compensar esas pérdidas. En el estudio anterior¹⁹¹, la población en aquellos momentos experimentaba un aumento, aunque la natalidad ya presentaba una tendencia decreciente. El saldo

migratorio también era de carácter negativo, y se apreciaba ya un movimiento interno hacia La Coruña y Santiago de Compostela.

Las pirámides de población muestran como los incrementos y deducciones de efectivos no se producen por igual en todas las edades. Cada fenómeno demográfico contribuye de distinta forma al crecimiento: los nacimientos se incorporan en la pirámide de edades por su base, la mayor parte de las defunciones se producen en la mitad superior de la misma, y las entradas y salidas de la población se registran en la franja adulta de edades. Una de las características más significativas del grupo de población formado por las personas mayores de 65 años es el peso creciente que tienen las mujeres en su distribución por sexos, tanto mayor cuanto más edad presentan. La mayor proporción de mujeres que de hombres en edades avanzadas es fruto de una esperanza de vida femenina más alta, y posiblemente del efecto de la mortalidad militar provocada por la guerra de 1936-39, que afectó a las generaciones masculinas nacidas antes de 1920. El efecto de la guerra civil vuelve a apreciarse, tanto en los hombres como en las mujeres de las generaciones de 1937 a 1942, eslabón de 60 a 65 años, mermadas al reducirse el número de nacimientos durante la contienda y la inmediata posguerra. La alta natalidad de los años cincuenta y sesenta, incluso de los anteriores, se traduce en un aumento progresivo del tamaño de las cohortes. Este crecimiento se ralentiza y se convierte en una pronunciada disminución de efectivos a partir de la edad de 15 años, como consecuencia del acelerado descenso de la fecundidad.

En el análisis individual de cada uno de los municipios, las pirámides presentan una estructura bastante asimétrica. Se observa que los efectivos son escasos, con una alta esperanza de vida, lo que conlleva un acelerado proceso de envejecimiento poblacional.

En el municipio de Camariñas, el efecto de la guerra civil es importante sobre todo en los hombres de las generaciones de 1937 a 1942 (eslabón 60-65) igual que sucede en la pirámide de población de todo el área. Sin embargo, en los municipios de Cee y Fisterra es más notorio el aumento de la natalidad posterior a la misma, en los años 50 y posteriores hasta que empieza a disminuir en el año 1985, a partir de los 15 años de edad.

A través de los indicadores de estructura, envejecimiento y dependencia se puede comprobar el mismo proceso de envejecimiento poblacional. Por un

lado, se aprecia un notable descenso del peso de los jóvenes sobre el conjunto de la población, y por otro, el crecimiento relativo de los grandes grupos de edades mayores y ancianas. Además, se comprueba que las personas mayores son cada vez más viejas, sobre todo, en el municipio de Carnota, que posee los mayores índices de envejecimiento (228,3) y sobre-envejecimiento (21,4), así como, de dependencia senil (63,2) y de ancianos (13,5). El índice de envejecimiento en todos los municipios oscila entre los valores de 105,9 en Fisterra y 228,3 en Carnota. El índice de tendencia, también denota una disminución de la natalidad, poco crecimiento demográfico y envejecimiento de la población.

Este progresivo proceso de envejecimiento de la población, también se produce en España (con un índice de envejecimiento de 83,5 en el año 2001), que está entre los países más envejecidos de Europa, siendo Galicia una de las Comunidades Autónomas con mayor proporción de personas mayores (el índice de envejecimiento en el año 2001 fue de 116,3)¹⁹⁴.

El análisis de los indicadores de natalidad y fecundidad señala que el número medio de hijos esperado por mujer en edad fértil (Índice Sintético de Fecundidad (ISF) entre 0,7 y 0,9) no garantiza el recambio generacional (ISF de 2,1). Asimismo en Galicia, la fecundidad ha experimentado un descenso con un ISF de 0,9, incluso por debajo del valor de España (1,2). También comprobamos que la mayoría de las mujeres en edad fértil se hallan entre los 20 y 34 años, como indica el índice de potencialidades, que coincide con la edad en la que se produce la maternidad en un porcentaje mayor (de 25 a 34 años).

Dentro de los determinantes no sanitarios, del estudio de las conductas y estilos de vida de la población juvenil del área, destaca el consumo de alcohol (37% en chicos y 33% en chicas), siendo este de alto consumo (38% en chicos y 31% en chicas); y de tabaco (26% en chicos y 27% en chicas). Además, el consumo presenta una progresión ascendente con la edad. Así por ejemplo, el consumo de alcohol asciende de un 13% a los 13 años a un 71% a los 17 años en los chicos; y en las chicas pasa de un 9% a un 58%.

A nivel de la población gallega, se observa que el consumo de alcohol de forma esporádica o de baja frecuencia se produce fundamentalmente en el grupo de 12 a 18 años, y este grupo junto con el de 19 a 39 años son los principales bebedores de frecuencia media (patrón de fin de semana)¹⁹⁵. Además, en el

grupo de 12 a 18 años, el 51% no bebieron en el último mes, el 25% bebieron de 1 a 4 veces a la semana, el 21% hasta 3 veces al mes y el 3% casi a diario.

El tabaco que clásicamente ha sido más consumido por los hombres que por las mujeres, en este caso ambos sexos presentan un patrón de consumo similar, sin embargo el consumo de alcohol continua siendo más elevado en el grupo de los chicos jóvenes.

El grupo de edad de 12 a 18 años de la población gallega presenta unas prevalencias de fumadores diarios en el año 2002, según la encuesta realizada por EDIS, de 31,5% en los chicos y 25,7% en las chicas (28,9% en ambos sexos). Asimismo, en este grupo de edad, la mayor prevalencia es la de los no fumadores (57%), seguido de los fumadores diarios (28,9%) y ocasionales (14,4%), y el resto son exfumadores (4%)¹⁹⁵.

Entre los jóvenes de Neria las frecuencias más bajas de consumo fueron de LSD y cocaína (inferiores al 2,5% en ambos sexos), siendo similares a los resultados del resto de Galicia.

Las tendencias de consumo en Galicia al comparar los resultados del año 2002 con 1998 demuestran una disminución del consumo de alcohol abusivo, anfetaminas, opiáceos y tranquilizantes; y un incremento de las drogas de síntesis, así como una estabilización del tabaco diario, la cocaína, los alucinógenos, la heroína y el crack. Sin embargo, en los últimos seis meses del año 2002 con respecto al 1998 se produjo un incremento en el consumo de tabaco (4%) y de cocaína (1,1%) en la población juvenil de 12 a 18 años, y una disminución del consumo abusivo de alcohol (-3%) y cannabis (-0,8%)¹⁹⁵.

El Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004¹⁹⁶ sigue priorizando las estrategias preventivas que inciden sobre el modelo de policonsumo, así como aquellos programas y actividades centrados en la prevención del consumo de tabaco y abuso de bebidas alcohólicas. En esta área, dentro del marco de actuación del Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004, cuentan con un servicio de tipo dispensario en el municipio de Cee (A Coruña) en la Fundación "Virxe da Xunqueira" y centros colaboradores para la administración de metadona en Camariñas, Cee, Muxía y Vimianzo. Además, las comarcas de Fisterra y Terra de Soneira cuentan con centros educativos que disponen de psicólogo y pedagogo que se encargan de los programas de incorporación social.

Los datos sobre actividad laboral desvelan una mayor tasa de actividad y ocupación en los hombres en todos los municipios, con unos valores en el año

2001 próximos a los de Galicia (tasas de actividad de 61,5‰ en los hombres y 40,62‰ en las mujeres; tasas de ocupación de 56,8‰ y 34,3‰, respectivamente) y España (tasas de actividad de 66,2‰ en los hombres y 40,27‰ en las mujeres; tasas de ocupación de 61,3‰ y 34,1‰, respectivamente)¹⁹⁷.

En estos municipios, la población se dedica fundamentalmente al sector servicios. La población de esta área pasó de estar ocupada eminentemente en el sector primario al sector servicios, como se comprueba al comparar con los datos del censo de 1981 que figuran en el estudio anterior¹⁹¹, dónde se señala que la principal actividad económica del partido judicial corresponde al sector primario. Sin embargo, en los municipios costeros, todavía existe en la actualidad un porcentaje importante de población que se dedica a la pesca (un 34% en Camariñas y un 43% en Fisterra).

Asimismo, las tasas de paro son mayores en las mujeres que en los hombres, y en general con unas cifras superiores (en el municipio de Vimianzo alcanza el valor de 21,6‰ en las mujeres) a las de Galicia (hombres: 7,8‰ y mujeres 15,8‰) y España (hombres: 7,46‰ y mujeres: 15,21‰). Además, en la población juvenil (15 a 24 años) que presenta las tasas de paro más elevadas, los valores varían mucho de unos municipios a otros: en las mujeres oscilan de un 15‰ en Muxía a un 43‰ en Corcubión, y en los hombres desde el 5‰ en Zas al 24‰ en Corcubión. Al realizar el estudio de los demandantes activos parados, se comprueba que el mayor porcentaje poseen un nivel de instrucción medio-bajo.

A pesar de tener unas tasas de paro elevadas, al comparar con las cifras del año 1996 se comprueba que han disminuido los valores, especialmente en el grupo de las mujeres (en el municipio de Camariñas se pasó de una tasa de 36‰ a 11‰, y en Fisterra de 37‰ a 21‰). Asimismo han aumentado las tasas de ocupación en ambos sexos, aunque la tasa de actividad ha disminuido en el grupo de los hombres.

El estado de la vivienda es otro de los condicionantes del estado de salud de la población. Del estudio de las características de las viviendas se deduce que el nivel de hacinamiento es bajo, ya que más del 50% de la población dispone de más de 30 m² por persona de espacio vital y sólo el 2,4% tiene menos de 10 m². Además al contemplar la composición de los hogares se comprueba que el 15 o 20% del total de la población son personas que viven solas y ascienden a

un 40%, en algunos municipios, los hogares con una o dos personas (como en Carnota). Si tenemos en cuenta el grado de envejecimiento de la población podría tratarse de un alto porcentaje de personas de edad avanzada que viven solas o con posibilidad de estarlo en el plazo de unos años. Por otro lado, las condiciones de las viviendas (disponibilidad de agua corriente, servicios higiénicos...) han mejorado, aunque todavía hay un porcentaje importante que no poseen aseo (en Dumbría un 7% no tienen aseo en la misma). En las últimas décadas se han modernizado también las viviendas gallegas que tienen mayor disponibilidad de agua corriente, servicios higiénicos, calefacción y agua caliente¹⁶⁸. Aunque todavía en Galicia en el año 1999 existía un 1,34% de viviendas que no tenían ni baño ni ducha, un 4% no tenían agua caliente y un 59% no tenían calefacción instalada¹⁷⁶.

El nivel económico, que es otro de los principales determinantes del estado de salud de la persona, se encuentra en todos los municipios del área por debajo del de Galicia, ya que el Índice de Renta Familiar Disponible fue de tres sobre diez en el año 2001 (oscilaba entre 7301 y 8225 euros), y el de Galicia fue de cinco (8.801-9.700 euros)¹⁷⁹. En el estudio económico anterior¹⁹¹, como se utilizan otros indicadores (el principal es la renta per cápita), los valores no son directamente comparables; pero en el análisis final, se concluye que estos municipios poseen una renta muy baja y que es un área económicamente deprimida.

En varios estudios, que relacionan la salud familiar con el nivel de instrucción formal de hombres y mujeres, se demuestra que el acceso a oportunidades educativas equitativas y la calidad de la educación recibida son factores determinantes del estado de salud^{16, 76}. El nivel de instrucción de la mujer juega un papel importante en las condiciones de vida de los niños y de la familia en general. En los municipios del área se observa que todavía, hay una tasa elevada de analfabetismo entre las mujeres, sobre todo en Camariñas. Los porcentajes de analfabetos (población total 4%: 2% en los hombres y 6% en las mujeres) son mayores que en el resto de Galicia, donde el 1,6% en los hombres y el 3,5% de las mujeres son analfabetos. Aunque el nivel de instrucción ha mejorado bastante en el área, ya que en el estudio anterior¹⁹¹ (censo 1981), el porcentaje total de analfabetos en el área era del 11,1%.

La contaminación ambiental ocasiona numerosos problemas para la salud, pero en esta área las partículas en suspensión, que es el parámetro que se

controla, se mantienen por debajo de los límites marcados por la legislación vigente durante el periodo analizado.

Otro determinante importante de la salud es la calidad del agua de bebida y vemos que todos los municipios del área tienen estaciones depuradoras de agua potable, aunque en los análisis realizados del agua de consumo se observa que algunas muestras no fueron potables (el 13,6% de las muestras analizadas en Ponte do Porto y el 10% de las aguas de Zas vecinal), coincidiendo éstas con los análisis realizados por la comunidad de vecinos.

En el caso de las condiciones generales de los alrededores de las zonas de baño se comprueba que la mayoría no son buenas, excepto en el municipio de Fisterra que el 20% están en buen estado. El resto se encuentran en un estado pésimo, malo o tolerable, siendo las playas de Camariñas y Carnota las que tienen peores condiciones. En Galicia, el 75% de las áreas periplayeras de las zonas de baño marítimas inspeccionadas resultaron óptimas, buenas o tolerables, así como el 57% de las continentales¹⁹⁸.

A la vista de los resultados de saneamiento se aprecian notables deficiencias en la zona, ya que los municipios de Camariñas, Fisterra y Vimianzo no disponen en la actualidad de estaciones depuradoras de aguas residuales, y en Carnota no está en funcionamiento. Asimismo, los municipios de Muxía y Zas cubren al 45% y al 40% de la población, respectivamente. El resto dispone de fosas sépticas comunitarias o pozos negros. Estas deficiencias pueden ser debidas a la gran dispersión de la población que dificulta el acercamiento de estas medidas, y por eso se limita su existencia principalmente a los núcleos urbanos de los municipios. Sin embargo, al comparar con los datos del estudio anterior¹⁹¹, se puede ver que la situación ha mejorado en estos municipios, en cuanto a sistemas de cloración y de eliminación de aguas residuales.

Además, todavía existe en el área un número importante de puntos negros (vertederos incontrolados) pendientes de entrar en programa de sellado (Carnota y Corcubión) o sin estar en programa de clausura (Camariñas, Dumbría, Muxía, Vimianzo y Zas). Estos vertederos incontrolados pueden llegar a ocasionar un problema de Salud Pública importante con el tiempo, ya que la acumulación de residuos no tratados adecuadamente puede convertirse en un peligroso foco de infección.

A pesar de las campañas de saneamiento que se están realizando en la Comunidad Autónoma, aparecieron algunos casos de tuberculosis y de

brucelosis entre el ganado vacuno. Además, los casos de tuberculosis, en algunos municipios, en lugar de ir disminuyendo, aumentaron al año siguiente.

Al analizar los datos de mortalidad se aprecia un mayor peso en la distribución del grupo de personas de mayor edad, con una concentración a edades más altas, además de persistir patrones de mortalidad diferentes por sexo. Las enfermedades del aparato circulatorio han sido la causa principal de defunción en el área (42,5%), sobre todo en las mujeres (49,6% versus 35% en los hombres), incluso con cifras más elevadas que en la población de referencia, Galicia, donde las enfermedades cardiovasculares producen el 38% de las muertes, ascendiendo a un 44% en el caso de las mujeres (en los hombres el 31%). En España, las enfermedades del aparato circulatorio son responsables del 36% de las defunciones¹⁹⁹.

En los últimos años, principalmente en el grupo de los hombres, ha ido aumentando la mortalidad por tumores, que es la segunda causa de defunción (23% del total de defunciones: 27% en los hombres versus 19% en las mujeres). En Galicia, las defunciones por tumores representan el 25% del total (al igual que en España), siendo del 31% en el caso de los hombres y del 19,17% en las mujeres.

Las cifras de mortalidad, en el estudio anterior¹⁹¹ ya apuntaban hacia un decrecimiento de la mortalidad ocasionada por las enfermedades infecciosas y un aumento por las enfermedades del aparato circulatorio y las tumorales en el área.

Desde el año 1991 al 1999 se aprecia una disminución de la mortalidad ocasionada por enfermedades del aparato circulatorio, adquiriendo mayor importancia la mortalidad por tumores. Esta diferencia se hace más notable en el grupo de las mujeres, donde en los últimos años, del año 1997 al 1999, aumentaron las defunciones por tumores pasando del 14% al 20%.

Con menor importancia, se encuentra la mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio, digestivo y por causas externas. El porcentaje de hombres que mueren en el área por causas externas es de un 10%, siendo superior al que se produce en las mujeres (2,1%). En Galicia las diferencias en la mortalidad por causas externas entre ambos sexos también son notables (7,1% versus 2,7%). Otro grupo de mortalidad en el que se aprecian diferencias, es el de las enfermedades del aparato digestivo que representan el 5% de las defunciones en los hombres, frente al 2,5% en las mujeres. En el caso de las

enfermedades del aparato respiratorio las diferencias son menores entre ambos sexos.

Al observar el Índice de mortalidad estandarizada para todas las causas de mortalidad en el área se comprueba que desde el año 1991 hasta 1999 ha ido descendiendo hasta adquirir en el último trienio unas cifras similares a las de la población de referencia, Galicia. En el caso de las enfermedades del aparato circulatorio, las tasas de mortalidad desde el año 1991 han sido superiores a las de la población gallega, aunque fueron disminuyendo y en el último trienio, las diferencias eran menores tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, las tasas de mortalidad por tumores están por debajo de las de la población estándar, pero han aumentado en los últimos años.

Por otro lado, el estudio de la mortalidad de los niños constituye uno de los indicadores más significativos del estado de salud global de una comunidad. En el área, tanto las tasas de mortalidad en niños menores de cinco años como las tasas de mortalidad infantil han disminuido de forma importante desde el año 1991 hasta el 1999. La mortalidad en menores de cinco años ha sido inexistente en los seis últimos años estudiados. Igual ocurrió con la mortalidad infantil de las niñas en el trienio 1997-99, aunque en el caso de los niños la mortalidad fue de 5 por cada 1.000 nacidos vivos.

Del estudio de los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), se deduce que la principal causa de muerte prematura por grandes grupos de la CIE 9 es el grupo de las causas externas, aunque en los nueve años estudiados ha disminuido la tasa en el total de la población (en 1991, la tasa era de 20,48 por 1.000, y en 1999 de 14,38‰). Los tumores son la segunda causa de APVP (la tasa de APVP por tumores fue de 12,5‰ en 1999). Además la pérdida de APVP es más importante en el grupo de los hombres (en 1999, los APVP por causas externas eran de 25,56‰ en los hombres versus 3,02‰ en las mujeres; y por tumores 13,31‰ versus 11,72‰).

Por causas principales, en el último año de estudio, en los hombres destacó la pérdida de años por infarto agudo de miocardio (5,51‰ APVP), lesiones autoinfringidas (4,32‰) y colisión de motocicletas con vehículos de motor (4,1‰). En los hombres de Galicia la principal causa de APVP fue el tumor maligno de bronquios y pulmón (5,18 ‰), infarto agudo de miocardio (3,86 ‰) y colisión de vehículos de motor (2,66 ‰). En las mujeres, la principal causa de APVP fue el tumor maligno de mama (2,52 ‰), seguido de hemorragia

subaracnoidea (1,68 ‰) y tumor maligno de hígado (1,59 ‰). En el caso de las mujeres de Galicia las causas principales de APVP fueron tumor maligno de mama (1,9 ‰), colisión de vehículos de motor (0,72 ‰) y tumor maligno de colon (0,68 ‰).

La Esperanza de Vida al nacer quizás sea el mejor indicador global de salud del que disponemos. En el área, la Esperanza de Vida ha experimentado un incremento desde el año 1991 hasta 1999, ya que los habitantes del área han ganado en los nueve años estudiados: tres años de vida los hombres y dos las mujeres. En el trienio 1997-99, la EV fue de 84 años en las mujeres y de 76 en los hombres, ya que siguen siendo las mujeres las que tienen una EV mayor que los hombres. Además, al comparar con España (hombres: 75,3 y mujeres: 82,5) y Galicia (hombres: 75,4 y mujeres: 82,9) los valores son mayores.

El principal factor determinante del incremento de la Esperanza de Vida ha sido el descenso de la mortalidad infantil. Además se ha producido una disminución de la mortalidad general, fundamentalmente entre las personas de 70 a 80 años, con lo cual se ha producido un mayor envejecimiento de la población. También han contribuido otras mejoras en los factores biológicos, socioeconómicos y de conducta. Las diferencias de esperanza de vida entre hombres y mujeres se han ido acentuando a lo largo del siglo XX, pero se espera que lleguen a estabilizarse. Una explicación a esta diferencia de longevidad entre ambos sexos, es la mayor frecuencia de exposición de los hombres a factores de riesgo (trabajo, alcohol, tabaco...)¹.

Esto es importante desde el punto de vista de las políticas sociales, ya que se deben diseñar líneas de actuación que tengan en cuenta el porcentaje de la población que alcanzará la vejez y estará en condiciones de demandar prestaciones sociales, sanitarias, así como económicas.

Los datos sobre morbilidad del estudio anterior¹⁹¹ tienen como fuente principal las Enfermedades de Declaración Obligatoria, dónde se destaca la existencia de una importante infradeclaración que ha mejorado sustancialmente. En este estudio también se insiste en la inexistencia de registros fiables a la hora de evaluar los indicadores de morbilidad. Las enfermedades prioritarias en el área eran la tuberculosis y la meningitis, mientras que en la actualidad, destacan la gripe (en el año 2001, 3.457, 7 por 100.000 habitantes) y la varicela (732 por 100.000). Del análisis de los casos de tuberculosis que se declaran se deduce que todavía persiste una infradeclaración de casos (por ejemplo, en el año

2001 la tasa de tuberculosis fue de 55 casos por 100.000 habitantes, mientras que la tasa de enfermedad tuberculosa declarada fue de 48 por 100.000).

Prácticamente han sido inexistentes los casos de sarampión en el área. Esto podría deberse a la inclusión en el calendario de vacunación infantil de la vacuna triple vírica. Las tasas de hepatitis en el área no fueron importantes, aunque se produjo una tasa mayor de hepatitis A en el año 1999 (55,9 por 100.000) que en el resto de los años revisados, lo cual apunta a que se hubiera producido un brote epidémico ese año. La tasa de casos de parotiditis también fue mayor en el año 2001 (91,49 por 100.000) y podría tener la misma explicación que en el caso anterior.

Del estudio de la morbilidad cabe destacar la enfermedad tuberculosa, ya que ha tenido tasas elevadas en esta área por encima de las de Galicia²⁰⁰ (en el año 1996, la tasa era de 104 por 100.000 habitantes, mientras que en Galicia era de 72,33 por 100.000), y con los años han ido disminuyendo (en el 2001 la tasa era de 55 por 100.000, versus 47,28 en Galicia). Un hecho a destacar de los casos de tuberculosis es su baja media de edad, ya que afecta mayoritariamente a los sectores de edad más productivos de la vida con importantes implicaciones socioeconómicas. Así, la tasa más elevada en el 2001, 84 por 100.000, se dio en el grupo de 25 a 34 años.

La tasa de SIDA (3 casos por 100.000 habitantes) es inferior a la de la población gallega (tasa de 4,5 por 100.000 en el año 2001) y la española (tasa de 5,9 en el 2001)²⁰¹. Parece importante comentar que la epidemia de SIDA en Galicia está evolucionando favorablemente en los últimos años, llegando a comienzos del siglo XXI con una situación mucho mejor que en las dos décadas anteriores²⁰².

La morbilidad hospitalaria es un indicador útil para conocer y comparar el nivel de salud de las personas y la distribución de las enfermedades. Obviamente sólo contabiliza a pacientes ingresados (y dados de alta por curación, mejoría, traslado o fallecimiento) y sus estancias y no toda la enfermedad. De la revisión de los episodios de alta hospitalaria, se aprecia que el mayor porcentaje de las mismas se dio en mujeres mayores de 74 años, destacando las enfermedades del aparato respiratorio (bronquitis crónica, en ambos sexos, aunque en las mujeres el mayor porcentaje de altas, lo ocasionó el parto normal), seguido por las enfermedades del aparato circulatorio y digestivo. Sin embargo a nivel gallego, el mayor número de altas en el año 2001 fue por enfermedades del

aparato circulatorio, después del aparato digestivo y en tercer lugar del aparato respiratorio²⁰³. En el caso de los ingresos programados, la principal causa de alta, la constituyen los problemas osteoarticulares tanto en la fundación como en el resto de hospitales de la Comunidad Autónoma.

Del estudio de los episodios de alta hospitalaria por grupos de edad hay que destacar que en el grupo de personas de 15 a 44 años, dominaron las admisiones para atención contraceptiva después de los procesos relacionados con el embarazo, parto o puerperio. En las mujeres gallegas de esta edad, las admisiones en el hospital fueron igualmente ocasionadas por procesos relacionados con el embarazo, parto o puerperio.

Dada la incidencia de los tumores en la población, y que ha ido aumentando la prevalencia en los últimos años, se quiso hacer un estudio más minucioso con los datos de los que se puede disponer en la actualidad. Los tumores en su conjunto eran más frecuente en el hombre que en la mujer (la razón hombre/mujer es de 1,6). Los cánceres de pulmón y de mama fueron los tumores más incidentes en la población como en la mayoría de los estudios realizados a nivel nacional y europeo. En el hombre el tumor más frecuente fue el de pulmón (81 por 100.000) con una razón hombre/mujer de 10,5. En segundo lugar las altas fueron más elevadas por neoplasia de vejiga y de próstata. En la mujer la neoplasia maligna de mama (73 por 100.000) fue la más frecuente, después de los tumores benignos. También, en un estudio publicado en los últimos años, que se realizó en los municipios de Fisterra y Corcubión, a nivel de Atención Primaria, con la finalidad de determinar la incidencia de cáncer, se concluye que los tumores más frecuentes eran el de pulmón (tasa de incidencia en el hombre de 48,6 por 100.000, con una razón hombre/mujer de 17) y el de mama (tasa de incidencia de 80,9 por 100.000)²⁰⁴.

Por grupos de edad, la tasa de altas hospitalarias con diagnóstico de tumor en los hombres fue más elevada en el grupo de 76 a 85 años (21,46‰) y después en el de 66 a 75 años (17,89‰), siendo los tumores más frecuentes los de vejiga y próstata, respectivamente. En el caso de las mujeres, la tasa de altas hospitalarias con diagnóstico de tumor fue mayor en el grupo de 46 a 55 años (8,11‰) y después en el de 56 a 65 años (7,64‰), siendo los tumores más frecuentes los benignos y la neoplasia de mama, respectivamente.

Es un hecho indiscutible que la población mayor de 65 años tiene unas características propias en cuanto al aumento de la incidencia y prevalencia de

muchas enfermedades; hay un alto porcentaje de patologías crónicas, que en ocasiones son múltiples en un mismo paciente. Igualmente estas patologías crónicas pueden constituir una fuente importante de incapacidad. Entre las principales destacan los déficits sensoriales, demencias, incontinencias, inestabilidad y caídas, inmovilidad, malnutrición, aislamiento y depresión²⁰⁵. Al estudiar la capacidad de funcionamiento se observa que las discapacidades físicas son el grupo mayoritario tanto en hombres como en mujeres, aunque éstas tienen las tasas de prevalencia más elevadas, además de ser las que viven más, ya que tienen una esperanza de vida mayor. Por grupos de edad, las personas mayores de 65 años fueron las que tuvieron unas tasas de prevalencia superiores (en Cee, la tasa de discapacidad en mayores de 65 años fue de 154 por 1.000 habitantes). En España, el 58% de todas las personas discapacitadas son mayores de 65 años y un 36% son mujeres de edad con problemas¹. Con estas cifras, se deduce que la mujer mayor presenta tasas más elevadas de discapacidad y entra antes en problemas y dependencia y por tanto en necesidad asistencial. De ahí que el incremento de la esperanza de vida en paralelo al descenso de la mortalidad sea una medida incompleta o de alcance limitado para conocer la salud de una población, siendo un buen indicador la expectativa de vida con buena salud, ya que es importante plantearse cómo se viven los años ganados a la muerte con una esperanza de vida mayor.

En cuanto a la siniestralidad laboral, se aprecia que han aumentado ligeramente las tasas desde el año 1996 al 2001, pasando de 24‰ a 27‰. En el año 2001, la tasa de siniestralidad laboral fue de 27,15 por cada 1.000 personas ocupadas, siendo en Galicia de 63,91‰ y en España de 74,42‰. Se comprueba por tanto que la siniestralidad laboral en el área está por debajo de los niveles de Galicia y estatales. En el análisis por municipios las tasas fluctúan mucho de unos a otros, con valores desde 8,92‰ en Dumbría hasta 39,28‰ en Cee.

Como se refleja en el estudio anterior¹⁹¹, esta zona tenía una carencia importante de recursos sanitarios, sobre todo humanos, que ha mejorado de una forma sustancial. La tasa de médicos generales en Atención Primaria en el año 2001 fue de 5,68 por 10.000 habitantes y en Galicia de 6,20 por 10.000. También los recursos materiales en el área son mayores que en el año 1986. En el área hay dos Puntos de Atención Continuada situados en Cee y Vimianzo que consolidan el nuevo modelo de Atención Primaria, desarrollando servicios

de asistencia urgente así como de apoyo a la Atención Primaria. Además cuentan con la fundación de Cee (A Coruña), ocho centros de salud y cinco consultorios.

Igualmente, con el estudio de la accesibilidad al centro, se comprueba la mejora que ha supuesto para toda el área, la creación del hospital de referencia en la zona, ya que el traslado a los hospitales de La Coruña y Santiago de Compostela se realizaba en un tiempo desfavorable. La buena accesibilidad a los servicios es uno de los principales motivos de utilización de un centro sanitario público, además de la confianza en la calidad ofrecida, la disponibilidad de equipamientos, y por supuesto, por ser más económico. Aunque, teniendo en cuenta el porcentaje de personas mayores y con limitaciones funcionales que existe en el área, el transporte público desde las parroquias a los servicios sanitarios es escaso, lo cuál constituye un problema para este tipo de población.

A nivel de atención primaria, la consulta médica fue la que generó mayor demanda asistencial en el año 2001, aunque hay variaciones en los indicadores según el municipio considerado. El valor medio del índice de frecuentación en el área fue de 5,8, lo que indica que cada habitante del área ha sido atendido en consulta médica no urgente alrededor de seis veces al año. Si lo comparamos con la información del Ministerio de Sanidad y Consumo, a nivel nacional este valor fue ligeramente superior (índice de 6,2) en el año 2002. Por otra parte, se puede comprobar que gran parte de la demanda asistencial fue burocrática (los valores oscilaron entre un 30 y un 45% dependiendo del municipio considerado), sobre todo para solicitar recetas.

En la consulta pediátrica, el índice de frecuentación fue de 5,1, es decir que cada niño ha acudido a la consulta del pediatra más de cinco veces al año. En este caso, la demanda asistencial ha sido originada fundamentalmente por enfermedad. Finalmente, la consulta que ocasiono menor demanda asistencial fue la de enfermería con un índice de frecuentación de 2,1.

En cuanto a la actividad asistencial de las urgencias extrahospitalarias se puede comprobar que, en ambos Puntos de Atención Continuada (PAC), los indicadores fueron muy similares. Aunque el índice de consultas urgentes generadas al día por la consulta médica fue mayor en el PAC de Cee (38,1 versus 31,2); y en Vimianzo fue mayor la demanda asistencial de enfermería (9,3 versus 5). El mayor porcentaje de consultas fue atendido en los propios

centros de salud, con un porcentaje importante de derivaciones al hospital (12% en Cee y 10% en Vimianzo).

Una forma de aproximarse a la patología que se atiende desde atención primaria es a través del estudio de las prescripciones facultativas a lo largo del año. Así, en el año 2002, el 60% de los fármacos dispensados fueron por orden de frecuencia: antiinflamatorios (14%), hipotensores (10%), hipolipemiantes (8%), broncodilatadores (8%), inhibidores de la agregación plaquetaria (7%) y antidepresivos (6,2%). Esto nos orienta hacia patología osteoarticular, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y hipertrigliceridemia, asma, bronquitis crónica, enfermedad cerebrovascular y depresión, entre otras. Además, en sexto lugar se encuentra el consumo de fármacos antiulcera péptica (tercer lugar en España), lo que hace pensar que, en ocasiones, estos productos junto con los antiinflamatorios son recetados de forma crónica como protectores gástricos, sin un diagnóstico de confirmación, en especial en personas mayores, debido a la polimedicación. En España, los principales medicamentos consumidos están indicados para problemas del aparato cardiovascular (21%), fármacos para el sistema nervioso central (16,8%) y después los medicamentos para dolencias y enfermedades del aparato digestivo y metabolismo (14,5%). Por otro lado, la mayor parte de la factura médica es consumida por los pensionistas, lo que se explica por el envejecimiento poblacional, existiendo una propensión a la multimedicación y al consumo inapropiado (automedicación)¹.

Con el estudio de los episodios de hospitalización por “ambulatory care sensitive” se comprueba que existe un alto porcentaje de ingresos, sobre todo por patología cardiovascular y neumonías, que se podrían haber disminuido o prevenido desde Atención Primaria o con una buena coordinación entre Atención Primaria y Especializada. Unos resultados similares se obtuvieron en el estudio realizado por Caminal Homar J et al¹³⁹. Asimismo, se comprueba que entre un 60 y un 70% de los ingresos por neumonía de etiología neumocócica se dieron en personas mayores de 65 años, aunque las tasas fueron menores en el año 2001. Esto nos permite estimar el porcentaje de ingresos que se podrían prevenir con una adecuada política de vacunación.

Los indicadores de Atención Especializada presentan unos valores inferiores a los del resto de Hospitales del Servicio Gallego de Salud (Sergas). En la Fundación “Virxe da Xunqueira” la estancia media en el año 2001 fue de 6,36 días, siendo una cifra muy aceptable en comparación con la del resto de

hospitales del Sergas (8,94 días), así como a nivel nacional (9 días)²⁰¹. Si se observa la distribución de las altas por días de estancia se comprueba que el mayor porcentaje correspondió a estancias de dos o tres días. Por grupos de diagnóstico las estancias más elevadas correspondieron a neoplasias (10,73 días) seguidas por las enfermedades infecciosas o parasitarias (10,66 días). El Índice de ocupación en la fundación fue de un 63% mientras que en los hospitales del Sergas fue de un 80%. Además, el índice de rotación que representa el número de enfermos que han ocupado una misma cama hospitalaria a lo largo del año fue de 36,06%, siendo mayor que a nivel gallego (30,43%) y nacional (32,4%)²⁰¹. Por otro lado, la mayor parte de los ingresos que se produjeron en la fundación en el año 2001 fueron ocasionados por urgencias, ya que la presión de urgencias fue de un 83%, mientras que en el resto de hospitales de la Comunidad Autónoma fue de un 62%. Sin embargo, sólo fueron ingresadas el 15% del total de las urgencias en ambos casos. En cuanto a la actividad de consultas externas, la relación entre consultas sucesivas y primeras fue de 1,95, y en Galicia de 2,08. Finalmente, el porcentaje de cesáreas practicadas fue muy similar al resto de hospitales de Galicia (25% en la fundación versus 24,17%)²⁰⁶.

El gasto sanitario se ha ido incrementando anualmente como se puede observar en los datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo. En España, el gasto sanitario fue el 7,7% del Producto Interior Bruto en el año 2000²⁰⁷. Además del total del gasto sanitario, el 71,5% fue público. En este sentido, el mayor número de altas hospitalarias del año 2001 de la fundación (98%) fueron financiadas por la Seguridad Social.

También a partir del estudio del tipo de cobertura sanitaria, se comprueba nuevamente, el estado de envejecimiento de la población, ya que un 36% son usuarios pensionistas, aunque algunas de las tarjetas sanitarias no pertenezcan a personas mayores de 65 años, como es el caso de las personas con algún tipo de discapacidad.

Después de realizar el análisis de la situación e identificar el innegable peso de los factores del entorno físico, social, económico e histórico en el que viven las personas sobre su salud, se manifiesta la necesidad de tratar cada problema de salud con un enfoque multidimensional, implicando a otros sectores en el proceso. La sensibilización y la asunción de responsabilidades intersectoriales, así como extender el debate a la sociedad y propiciar la participación ciudadana pueden ser buenos instrumentos para mantener y mejorar la salud

de la población. Además este trabajo pretende ser un instrumento activo y permanentemente confrontado con la realidad que servirá como referente para evaluar los programas para la protección y promoción de la salud, así como la prevención de la enfermedad que se desarrollen en esta área.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La situación de salud de la población del área de influencia del hospital de Cee (A Coruña) ha mejorado sustancialmente desde el año 1986, pero se detectan una serie de problemas y necesidades de salud.

1. Entre los determinantes no sanitarios de la salud destaca: el consumo elevado de alcohol y tabaco entre la población juvenil, una proporción importante de personas que viven solas, el nivel económico sigue siendo bajo y las tasas de paro y analfabetismo en el grupo de las mujeres continúan elevadas, asimismo, el sistema de saneamiento todavía es deficitario.
2. En cuanto al estado de salud de la población se detecta un decrecimiento de la población con un aumento progresivo de la Esperanza de Vida. Además, los tumores junto con las causas externas son las principales causas de APVP. Por otro lado, hay un predominio de morbilidad por enfermedades crónicas (bronquitis e insuficiencia cardíaca) y discapacidades físicas, así como un alto porcentaje de altas hospitalarias por patología que se podría resolver desde Atención Primaria.
3. Se identifican las siguientes necesidades de salud: Reorientar los servicios sanitarios y sociales de acuerdo a las patologías más prevalentes, desarrollar programas para la protección y promoción de la salud, así como para la prevención y control de las enfermedades, fomentar la Atención Primaria y mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Especializada, mejorar los registros sanitarios y fortalecer los sistemas de información sistemáticos, y finalmente, potenciar y fomentar la implicación de otros sectores, a parte del sector sanitario, en el proceso de desarrollar la salud.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

El notable grado de envejecimiento que presenta la población del área traerá como consecuencia una población mayoritaria y crecientemente femenina, que se distingue por ser una extraordinaria demandante de recursos sanitarios y de atención social, como se manifiesta al analizar los datos del CMBD. No son personas, al menos en la actualidad, que vivan estos últimos años de su existencia en plenitud de condiciones físicas y psíquicas, ya que se producen cambios en la funcionalidad y limitaciones en las actividades de la vida cotidiana. La medicina y la atención social consiguen retrasar el momento de su desaparición, pero a cambio en la mayoría de ocasiones, de una disminución de la calidad de vida. Además el estado de las personas mayores en numerosas ocasiones afecta profundamente a la familia y a la manera en que ésta logra adaptarse a esa situación, en una sociedad donde cada vez es más frecuente que los hijos vivan a distancia y trabajando. Y todo ello, con un grupo de población adulta, la potencialmente activa, y por tanto, la que genera los recursos dirigidos a satisfacer las necesidades de esa población adulta anciana, tendente a la disminución, ya que la entrada de las nuevas generaciones va siendo cada vez menor. Esto tendrá consecuencias en todos los ámbitos: educación, pensiones, mercado laboral, sanidad...

Esta situación hace necesaria una planificación adecuada de los servicios a las características y el estado de salud de la población. Esta población mayor nos hace pensar en la necesidad de programas específicos para la misma en coordinación con actividades sociosanitarias. En este sentido, la reorientación de los servicios sanitarios y sociales, para aquellos pacientes con cierto grado de dependencia o condiciones sociofamiliares desfavorables, garantizaría la calidad asistencial. Además, juega un papel importante la prevención y la promoción de la salud para conseguir un mayor nivel de autocuidado de la población.

Teniendo en cuenta que las causas externas (accidentes, lesiones autoinfringidas...) constituyen un importante problema de salud, como se desprende del análisis de los años potenciales de vida perdidos, por la elevada mortalidad, morbilidad, incapacidad y costes sanitarios que ocasionan; como líneas de actuación habría que aumentar la información de la población e integrar la prevención en la educación.

Según los datos del CMBD, el mayor número de ingresos se produce por patologías respiratorias y cardiovasculares. Para disminuir estos porcentajes, sería de utilidad fomentar la prevención de los factores de riesgo cardiovascular en la población (tabaquismo, colesterol, diabetes, obesidad, senderismo...), sobre todo desde la Atención Primaria. Además, dado el porcentaje de ingresos hospitalarios que se producen por procesos “ambulatory care sensitive”, sería de utilidad potenciar las intervenciones y programas desde Atención Primaria, así como mejorar la coordinación entre ambos niveles asistenciales, primaria y especializada.

También se produjo un alto porcentaje de ingresos de personas mayores de 65 años con diagnóstico de neumonía neumocócica, por ello, sería importante mejorar la educación de la población y de los profesionales sanitarios sobre los beneficios y riesgos de la vacunación, y fomentar la cobertura de vacunación oportunista en todo el sistema sanitario, aprovechando cualquier contacto para la revisión del estado de vacunación y completarlo.

Por otro lado, dada la importancia que están adquiriendo los tumores, se plantea la necesidad de fomentar la prevención primaria, inicialmente en el ámbito escolar mediante educación sanitaria para promocionar la adopción de hábitos de vida saludables. También podría ser necesaria la formación del personal en contacto con el enfermo oncológico, sobre todo en Atención Primaria, áreas del manejo del dolor o cuidados paliativos.

Aunque sea indirectamente, a través del estudio de los fármacos que se dispensan desde Atención Primaria, se desprende un consumo elevado de analgésicos y antiinflamatorios por parte de la población. Nuevamente sería de interés fomentar las medidas preventivas primarias para disminuir la incidencia de las enfermedades del sistema músculo-esquelético (como hábitos posturales, practicar ejercicio físico moderado,...), prevención secundaria (diagnóstico precoz de determinadas patologías) e incluso prevención terciaria para disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas.

En cuanto a los determinantes no sanitarios, todavía existe un alto porcentaje de municipios que no cuentan con un sistema de saneamiento integral, con los riesgos que conlleva de padecer ciertas patologías en la población expuesta, por ello, habría que promover su instauración.

Por otro lado, para solventar el problema de drogodependencias, el Plan de Galicia sobre Drogas cuenta con equipos de prevención e incorporación social

que desarrollan diferentes programas de intervención en esta área, así como equipos asistenciales que desde los diferentes recursos terapéuticos llevan a cabo distintos programas de tratamiento, siendo los que se aplican en el ámbito escolar y familiar los más desarrollados.

Para un adecuado seguimiento y evaluación de los distintos programas que se están desarrollando y los que se vayan a llevar a cabo en la comunidad, sería útil mejorar los registros sanitarios, como por ejemplo en el campo de la vacunación, tanto infantil como del adulto.

En la actualidad, la mayoría de los indicadores disponibles miden estados de salud negativos, por ello, hay que trabajar en el desarrollo de indicadores de salud positivos que reflejen todas las dimensiones de los estados de salud positivos de una forma fácil, accesible y sistemática.

ANEXOS

INDICADORES DEMOGRÁFICOS			
INDICADORES	AÑOS	FUENTE	ELABORACIÓN
Pirámide de población	2001	IGE/INE	PROPIA
Densidad poblacional	1991/2001		
Proporción de personas mayores de 60 años	2001		PROPIA
Índice de envejecimiento	2001		PROPIA
Índice de dependencia	2001		PROPIA
Índice de recambio de población activa	2001		PROPIA
Índice de juventud de la población activa	2001		PROPIA
Índice de tendencia	2001		PROPIA
Tasa General de Fecundidad (TGF)	2001		
Índice Sintético de Fecundidad (ISF)	2001		
Edad Media de la Maternidad (EMM)	2001		
Índice de Potencialidades (IP)	2001		PROPIA
Tasa General de Nupcialidad (TGN)	2001		
Crecimiento Natural	2001		
Saldo Migratorio (SM)	1991-2001		
Ritmo de crecimiento medio anual de la población	1991/2001		Anuario CAIXA 2003
Crecimiento demográfico (CD)	1991-2001		IGE

INDICADORES DE DETERMINANTES DE SALUD NO SANITARIOS				
INDICADORES	AÑOS	FUENTE	ELABORACIÓN	
Proporción de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, LSD, cocaína y otras drogas entre la población juvenil	2003	Asociación de Neira, Universidad de La Coruña y Fundación de Cee		
Porcentaje de niños con bajo peso al nacer	1999 2000 2001	Servicio de Análisis de Sistemas de Información del SERGAS	PROPIA	
Tasa de actividad (TA)	1996/2001	IGE/INE		
Tasa de ocupación (TO)	1996/2001			
Tasa de paro (TP)	1996/2001			
Porcentaje de población ocupada según sector de actividad	2001			PROPIA
Porcentaje de población ocupada según la ocupación	2001			PROPIA
Porcentaje de población parada según el nivel académico	2001			PROPIA
Proporción de viviendas principales según el número de residentes por hogar	2001			PROPIA
Proporción de viviendas principales según los metros cuadrados por persona	2001			PROPIA
Proporción de viviendas principales sin aseo	2001			PROPIA
Índice de renta familiar disponible	2001			Anuario CAIXA 2003
Tasa de analfabetismo (TA)	2001	IGE	PROPIA	
Proporción de población según el nivel académico	2001			
Media, mediana y percentil 98 de los valores diarios de partículas en suspensión	1997-2001	Laboratorio de referencia de Medioambiente de Galicia	PROPIA	
Proporción de muestras de agua no potable	2001	Laboratorio de la Delegación de Sanidad de La Coruña	PROPIA	
Proporción de población cubierta por estaciones depuradoras de agua potable y de aguas residuales	Enero 2004	Aguas de Galicia	PROPIA	
Proporción de aguas de baño aptas	2001/2002	DGSP* de Galicia	PROPIA	
Proporción de municipios que tienen implantado el Plan SOGAMA	Mayo 2004	Ayuntamientos Municipales	PROPIA	
Número de vertederos y puntos negros incontrolados	Mayo 2004	Consellería de Medio Ambiente de Galicia		
Número de animales de ganado vacuno positivos a la tuberculosis y a la brucelosis	1998-2001	Consellería de Agricultura y Desenvol. Rural de Galicia		

* DGSP: Dirección General de Salud Pública

INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD			
INDICADORES	AÑOS	FUENTE	ELABORACIÓN
Tasa bruta de mortalidad (TBM)	1991-2001	IGE	
Tasa de mortalidad por grupos de edad	2001		PROPIA
Mortalidad proporcional según causa de muerte (MPMc)	1991-1999	Registro de Mortalidad (DGSP)	PROPIA
Tasa de mortalidad según la causa de muerte estandarizada por edad (TEM)	1991-1999		PROPIA
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	1991-1999		PROPIA
Tasa de mortalidad infantil	1991-1999		PROPIA
Años potenciales de vida perdidos (APVP)	1991-1999		PROPIA
Esperanza de vida al nacer (EV)	1991-1999		PROPIA
Esperanza de vida a los 65 años	1991-1999		PROPIA
Tasa de incidencia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)	1998-2001		Delegación de Sanidad de La Coruña
Tasa de incidencia de Enfermedad Tuberculosa	1996-2001	DGSP de Galicia	PROPIA
Tasa de incidencia de SIDA-VIH	1991-2001		PROPIA
Proporción de episodios de morbilidad hospitalaria por grandes grupos de enfermedades de la CIE 9ª MC	1999-2001	Servicio de Análisis de Sistemas de Información del SERGAS	PROPIA
Proporción de diagnósticos principales de morbilidad hospitalaria	2001		PROPIA
Personas ingresadas por patología tumoral	1999-2001		PROPIA
Personas con algún tipo de discapacidad	Marzo 2002	Consellería de Asuntos Sociales de Galicia	PROPIA
Tasa anual de incidencia de accidentes laborales	1996-2001	Consellería de Justicia Interior y Relaciones Laborales de Galicia	PROPIA

* DGSP: Dirección General de Salud Pública

INDICADORES DE LOS SERVICIOS SANITARIOS			
INDICADORES	AÑOS	FUENTE	ELABORACIÓN
Matriz de accesibilidad	2002-2003	061	
Tasa de médicos de atención primaria y especializada	2001	Gerencias de Atención Primaria Fundación de Cee	PROPIA
Indicador de frecuentación	2001	Gerencias de Atención Primaria	PROPIA
Indicador de consultas/profesional/día	2001		
Indicador de consultas por enfermedad/profesional/día	2001		
Proporción de consultas atendidas en el centro de salud	2001		
Proporción de consultas atendidas en el domicilio	2001		
Proporción de derivaciones al Hospital desde Atención Primaria	2001		
Indicador de consultas / día	2001		
Proporción de fármacos dispensados por grupo terapéutico, sobre el total de prescripciones realizadas en AP	2002		PROPIA
Proporción de asegurados según el tipo de cobertura sanitaria	2001		Unidad de Tarjeta Sanitaria del SERGAS
Índice de ocupación	2001	Unidad de Codificación de la Fundación de Cee	PROPIA
Estancia media	2001		PROPIA
Índice de rotación anual	2001		PROPIA
Índice de consultas totales	2001		PROPIA
Relación consultas sucesivas / primeras	2001		PROPIA
Índice urgencias totales	2001		PROPIA
Presión de urgencias	2001		PROPIA
Proporción de urgencias ingresadas	2001		PROPIA
Índice de urgencias por día	2001		PROPIA
Índice de partos por día	2001		PROPIA
Proporción de cesáreas	2001		PROPIA
Accesibilidad a las mamografías	2001-2002		DGSP
Episodios de hospitalización por Condiciones susceptibles de cuidados ambulatorios "Ambulatory care sensitive"	2001	Servicio de Análisis de Sistemas de Información del SERGAS	PROPIA
Tasa de hospitalización por neumonía y gripe	1999-2001		PROPIA
Incidencia de IPN	1999-2001		PROPIA
Proporción de episodios de ingreso según el sistema de financiación	2001		PROPIA

* DGSP: Dirección General de Salud Pública

RECURSOS MATERIALES DEL ÁREA. 2001²⁰⁸.

1. Recursos materiales del municipio de Camariñas

Centros de Salud:

- Centro de salud de Camariñas:
Titularidad: Tesorería General de la Seguridad Social
R/ Río del Prado, s/n. Tlfno: 981 73 62 00
- Consultorio de Camelle:
Titularidad: Municipal
R/ Campo da Área, s/n. Tlfno: 981 71 05 13
- Consultorio de Ponte do Porto:
Titularidad: Tesorería General de la Seguridad Social
R/ Curros, s/n. Tlfno: 981 73 08 95

Unidades de apoyo a la atención primaria:

- Fisioterapia: En la unidad de fisioterapia de Cee (A Coruña)
- Odontología: En la unidad de odontología de Cee (A Coruña)
- Cita previa

Consultas dentales:

- Fernando Nicolás Miñambres Freijeiro
R/ Muiño do Vento, 30, 1º Es-Camariñas-15123
- Héctor Manuel Lema Paz
R/ Gándara, 31, Bx - Ponte do Porto, Camariñas-15121

Oficinas de Farmacia:

- Álvarez- Pardiñas Romero, Enrique
R/ San Roque, 2- Monte do Porto- Camariñas-15121
- Araújo Carballo, Eva María
Rúa Nova, 71- Camelle-Camariñas-15121
- Fernández Quintarós, Josefa
R/ Gándara, 26- Ponte do Porto, Camariñas-15121
- Trullenque Álvarez, Gabriela
Areal s/n-Camariñas-15123

Servicios sociales:

- Servicios sociales de atención primaria:
Programas: orientación e información, ayuda en hogar, emergencia social, teleasistencia, acogimiento familiar, prevención de drogas, información juvenil, alfabetización de adultos, educación familiar, escuela de adultos, ayuda para libros, animación sociocultural
- Instituto social de la marina (ISM)
Avda. Ambrosio Feijoo, s/n. Tlfno: 981 73 61 29
Camariñas

2. Recursos materiales del municipio de Carnota

Centros de Salud:

- Centro de Salud de Carnota:
Titularidad: Municipal
R/ San Gregorio, 20. Tlfno: 981 857 271
- Consultorio O Pindo:
Titularidad: Municipal
O Pindo,s/n. Tlfno: 981 857 271
- Consultorio Casa do Mar:
Titularidad: Tesorería General de la Seguridad Social
Lira. Tlfno: 981 857 271

Laboratorio de Análisis Clínicos:

- Titularidad: María Ángel Conde Berruchaga
Estrada Xeral-O Pindo, 214, 15296

Oficinas de Farmacia:

- Andrés Cores, Antonio de
Co-Titular: Lema Castiñeira, Celsa
Rúa A Igrexa- 15293
- Conde Buruchaga, María Ángel
Estrada Fisterra-Tuy, 214- O Pindo- 15296
- Cortizo Prieto, Manuel
Carrasqueira, 29- 15293
- Fernández Orcajada, Ana
Lira, 79, Lira- 15292

Servicios sociales

- Servicios sociales de atención primaria:
Programas: orientación e información, ayuda en hogar, emergencia social,
educación familiar y ayuda para libros

3. Recursos materiales del municipio de Cee (A Coruña)

Hospital de referencia:

- Hospital Virxe da Xunqueira
Titularidad: Fundación Hospital Comarcal Virxe da Xunqueira
Recheo, s/n-15270
- Camas instaladas / 10000 habitantes: 17,25 (72 de hospitalización, 5 de urgencias, 3 de observación, 3 reanimación; 83 en total)
- Camas de corta estancia: no hay camas de corta estancia

Centros de salud:

- Centro de salud de Cee (A Coruña):
Titularidad: Municipal
Recheo da Seca, s/n. Tfno: 981 74 70 98

Unidades de apoyo a la atención primaria:

- Fisioterapia
- Odontología
- Cita previa

Consulta de Fisioterapia:

- o Titularidad: Sofía López Simón
Escola, 6-15270

Consultas dentales:

- José Andrés Varela Rodríguez
Rúa Domínguez Antonio de Andrade, 10, 2º D-15270
- Juan Francisco Canosa Ínsua
Avda. Fernando Blanco, 59, 1º-15270

Laboratorios de Análisis Clínicos:

- Titularidad: José María Guillén Fernández
Praza da Constitución, 16, Bx- 15270

Centros de Hemoterapia:

- o Depósito de sangre:
Titularidad: Hospital Virxe da Xunqueira
Rechao, s/n-15270

Centros sanitarios de las mutuas de trabajo y enfermedades profesionales:

- A Fraternidade
Rúa Fernando Blanco, s/n-15270

Oficinas de Farmacia:

- Castiñeira Romero, Juan
Bermín- Pereira, s/n-15270
- Guillén Fernández, José Mª
Praza da Constitución, 16 - 15270
- Romo Lage, Carmen
Avda. Fernando Blanco, 56- 15270

Servicio de Farmacia:

- Fundación Hospital Virxe da Xunqueira
- Rechao, s/n-15270

Establecimientos de Óptica:

- Federópticos Olló
Titularidad: Monserrat, Lorenzo Seco
Avda. Fernando Blanco, 25-15270
- Óptica Neira, s.l
Rúa Darriba, 1-15270

Servicios Sociales:

- Servicios sociales de atención primaria:
Programas: Orientación e información, Ayuda en hogar, Emergencia social,
Acogimiento familiar, Alcoholismo
- ASPADEX
Vilar de Toba, s/n. Tfno: 981 74 53 81
- Asociación antidroga "Retorno"
R/ Buenaventura Castro, s/n. Tfno: 981 74 56 37
- Asociación "Neria"
R/ Buenaventura Castro, s/n. Tfno: 981 70 60 28
- Asociación Española contra el cáncer
R/ Buenaventura Castro, s/n. Tfno: 981 74 74 96

4. Recursos materiales del municipio de Corcubión

Centros de salud:

- Centro de Salud de Corcubión
Titularidad: Tesorería General de la Seguridad Social
R/ Campo da Viña, s/n. Tfno: 981 74 55 52

Unidades de apoyo a la atención primaria:

- Fisioterapia: En la unidad de fisioterapia de Cee (A Coruña)
- Odontología: En la unidad de odontología de Cee (A Coruña)
- Cita previa

Oficinas de Farmacia:

- Sánchez Baña, Eugenia
Viña, 20-Edif. Solpor-15130

Servicios Sociales:

- Servicios sociales de atención primaria:
Programas: Orientación e información, Ayuda en hogar, Emergencia social, Teleasistencia, Acogimiento familiar
- Instituto Nacional da Seguridade Social:
R/ Campo da Viña, s/n. Tfno: 981 74 53 93
- Centro recreativo cultural de Corcubión:
Pr. Castelao, 13. Tfno: 981 74 65 65
- Oficina do INEM
R/ Domingo Antonio de Andrade s/n. Tfno: 981 74 58 63

5. Recursos materiales del municipio de Dumbría

Centros de salud:

- Centro de Salud de Dumbría:
Titularidad: Municipal
R/Buxán, s/n. Tlfno: 981 744 129
- Consultorio Ézaro:
Titularidad: Municipal
Plaza Ézaro, s/n. Tlfno: 981 744 129

Unidades de apoyo a la atención primaria:

- Fisioterapia: En la unidad de fisioterapia de Cee (A Coruña)
- Odontología: En la unidad de odontología de Cee (A Coruña)
- Cita previa

Oficinas de Farmacia:

- López González, Albino
Barrio Novo-Buxan-15127
- Lorenzo Sueiro, Ángeles
Dumbría- Ézaro-15151
- Regueira Méndez, Carlos Manuel
Ctra. Dumbría- Mazaricos- Lugar de Oliveroa-15127

Servicios Sociales:

- Servicios sociales de atención primaria:
Programas: orientación e información, ayuda en hogar, emergencia socia,
educación familiar

6. Recursos materiales del municipio de Fisterra

Centros de Salud:

- Centro de Salud de Fisterra:
Titularidad: Tesorería General de la Seguridad Social
R/Cala de Figueira, s/n. Tlfno: 981 712 263

Unidades de apoyo a la atención primaria:

- Fisioterapia: En la unidad de fisioterapia de Cee (A Coruña)
- Odontología: En la unidad de odontología de Cee (A Coruña)

Oficinas de Farmacia:

- Díaz Álvarez, M^a Eudoxia
Co-Titularidad: González Pérez, José M^a
Santa Catalina, 21-15155
- Val Álvarez, Manuel
Xeral Franco, 33-15155

Establecimientos de óptica:

- Óptica Val Álvarez
Titularidad: Manuel Val Álvarez
Rúa Real, 33- 15155

Servicios Sociales:

- Servicios sociales de atención primaria:
Programas: Orientación e información, Ayuda en hogar, Emergencia social
- Instituto Social de la Marina
R/ Cala Figueira, 35. Tlfno: 981 740 536
- Centro cultural y recreativo de Fisterra
R/ Alfredo Saralegui, s/n. Tlfno: 981 740 227

7. Recursos materiales del municipio de Muxía

Centros de Salud:

- Centro de Salud de Muxía:
Titularidad: Municipal
R/Saúde, s/n. Tlfno: 981 742 066

Unidades de apoyo a la atención primaria:

- Fisioterapia: En la unidad de fisioterapia de Cee (A Coruña)
- Odontología: En la unidad de odontología de Cee (A Coruña)
- Cita previa

Consultas de Medicina General:

- Consulta de Medicina General
Titularidad: Fernando Jorge Leis Caruncho
Rúa San Pedro- Couceiro, 3-15214

Consultas Dentales:

- o Ignacio Alcaina Ferreira
Areal, 5, 1º-15124

Oficinas de Farmacia:

- Hermida Ameijeiras, Andrés
Os Muiños- Moraimo- 15124
- Vila Vázquez, Begoña
Real, 53- 15124

Laboratorios de Análisis Clínicas:

- Titularidad: Begoña Vila Vázquez / Rebeca Vila Vázquez
Rúa real, 53-15124

Establecimiento de Ortopedia:

- o Farmacia Ortopedia Vila Vázquez
Titularidad: Farmacia Vila Vázquez, C.B.
Rúa Real, 45-15124

Servicios Sociales:

- Servicios sociales de atención primaria:

Programas: orientación e información, ayuda en hogar y apoyo a la convivencia, emergencia social, información juvenil, alfabetización de adultos

8. Recursos materiales del municipio de Vimianzo

Centros de Salud:

- Centro de Salud de Vimianzo:
Titularidad: Municipal
R/Rosalía de Castro, 6. Tlfno: 981 717 221
- Punto de Atención Continuada (PAC)
R/ Rosalía de Castro, 6
Tlfno: 981 717 221

Unidades de apoyo a la atención primaria:

- Fisioterapia: En la unidad de fisioterapia de Cee (A Coruña)
- Odontología: En la unidad de odontología de Cee (A Coruña)
- Cita previa

Laboratorios de Análisis Clínicos:

- Titularidad: Carlos Regueira Méndez
Rúa Vázquez Mouzo, 8, 1º-15129
- Titularidad: José Romero Senande
A Piroxa-Bamiro- 15129

Oficinas de Farmacia:

- o Astray Túnez, Asunción
Bamiro-15129
- o Durán Rivas, José Luís
Torre, 23- Baixo- 15129

Establecimientos de Óptica:

- Óptica Arjomil
Titularidad: M^a del Carmen Arjomil García
Rúa Benito Blanco Rajoy, 37-15149
- Óptica Farmacia José Luís Durán Rivas
Titularidad: Farmacia José Luís Durán Rivas, s/l
Rúa Benito Blanco Rajoy, 34-15149

Servicios Sociales:

- Servicios sociales de atención primaria:
Ayuntamiento de Vimianzo
R/Plaza do Concello, s/n
Tlfno: 981 707 419

Programas: orientación e información, ayuda en hogar, emergencia social

9. Recursos materiales del municipio de Zas

Centros de Salud:

- Centro de Salud de Zas:
Titularidad: Municipal
Pr. Do Campo, s/n. Tlfno: 981 751 194
- Centro de Salud de Baio:
Titularidad: Municipal
Campo do Rollo, s/n. Tlfno: 981 719 239

Unidades de apoyo a la atención primaria:

- Fisioterapia: En la unidad de fisioterapia de Carballo
- Odontología: En la unidad de odontología de Carballo
- Cita previa

Consultas Dentales:

- José Luis Vega López
Estrada Xeral, edificio San Andrés, s/n-15850
- M^a Florida Otero González
Estrada Xeral de Santiago, 22, 1º, 15850
- Orlindo Pérez Theodosio
Obispo Romero Lema, edificio praza- Baio, Entr.-15150

Laboratorios de análisis clínicos:

- o Titularidad: M^a Lourdes Pérez Astray
Rúa Obispo Romero Lema- Baio, 15, 15150

Oficinas de Farmacia:

- Montero Carril, Pedro
Estrada Baio-Santiago, 46-15850
- Pérez Astray, M^a Lourdes
Estrada Coruña-Fisterra-15150

Establecimientos de Óptica:

- Centro Óptico Bergantiños
Titularidad: Centro Óptico Bergantiños, s/l
Estrada de Baio, s/n-15150
- Óptica Arjomil
Titularidad: M^a Carmen Arjomil García
Obispo Romero Lema, edif.Praza, Bx-15150

Servicios Sociales:

- Servicios sociales de atención primaria:
Programas: orientación e información, ayuda en hogar y apoyo a la convivencia, emergencia social, teleasistencia domiciliaria, fomento de cooperación
- Servicio de asesoramiento jurídico, ayudas técnicas y de orientación laboral para las personas discapacitadas y personas con difícil reinserción social

BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Abellán García A. Longevidad y estado de salud. En: Las personas mayores en España: Informe 2002. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2002. 1 (2): 65-131.
- ² Organización Panamericana de la Salud. Programa Especial de Análisis de Salud. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Segunda edición. Washington, DC; 2002.
- ³ Health Canada: Population Health Approach: key determinants of health [en línea] 2003 Junio [fecha de acceso 5 de agosto de 2003]. URL disponible en <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/determinants/determinants.html>
- ⁴ National Association of County and City Health Officials. Definitions of Health project. [en línea] 1999 February [fecha de acceso 11 de agosto de 2003]. URL disponible en: <http://www.naccho.org/files/documents/definitios-of-health3.pdf>
- ⁵ Sigerist, H. E., *Medicine and Human Welfare*, New Haven: Yale University Press, 1941.
- ⁶ World Health Organization's Constitution. WHO, Geneve; 1948.
- ⁷ Lalonde, M. *A new Perspective on the Health of Canadians*: Ottawa, Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974.
- ⁸ Terris M. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México, Siglo XXI, 1980.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud. *Formulating Strategies for Health for all by the year 2000: WHO "Health for all"*. Ginebra: OMS; 1979. Serie n.º 2.
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Social del Canadá y Asociación canadiense de Salud Pública. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Procede de la Primera Conferencia Internacional en Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá; 1986 Nov 17- 21.
- ¹¹ Rootman I, Raeburn J. The concept of health. En Pederson A, O'Neill, Rootman I. *Health Promotion in Canada: Provincial, national and international perspectives*. Toronto: W B Saunders Canada; 1994: 56-71.
- ¹² Ceballos Atienza R. Determinantes de salud e intervenciones sanitarias: los servicios de Salud Pública. En *Avances en Gestión de sistemas sanitarios*. 1ª ed. Madrid, Formación Alcalá, 2002.
- ¹³ Organización de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Departamento de Información Pública de la ONU, 10 de diciembre de 1948, artículo 25. Resolución 217 A (III).
- ¹⁴ Constitución Española, artículo 43, 6 de diciembre de 1978.
- ¹⁵ Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) de 25 abril, Boletín oficial del estado, nº 101, de 29 de abril de 1986.

-
- ¹⁶ World Health Organization. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra, 1998. WHO/HPR/HEP/98.1.
- ¹⁷ CDC: Public Health Practice Program Office. Glossary and Reference Terms. [en línea] [fecha de acceso 5 de agosto de 2003]. URL disponible en: <http://www.phppo.cdc.gov/nphpsp/Documents/glossary.pdf>
- ¹⁸ Health Canada: Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion [en línea] 2002 Noviembre [fecha de acceso 5 de agosto de 2003]. URL disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/php/php2.htm>
- ¹⁹ World Health Organization. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR. WHO, Geneva, 1978, September 6- 12.
- ²⁰ Health Canada: Achieving Health for All: A framework for Health Promotion [en línea] 2003 abril [fecha de acceso 23 de septiembre de 2003]. URL disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/achieving_health.html
- ²¹ Glouberman S. Millar J. Evolution of the Determinant of Health Policy and Health Information Systems in Canada. Am J of Public Health 2003; 93 (3): 388- 92.
- ²² Blane, D. Social Determinants of Health- Socioeconomic Status, Social Class, and Ethnicity. Am J of Public Health 1995; 85 (7): 903-5.
- ²³ Sorlie D, Keller J. US Mortality by Economic Demographic, and social Characteristics: The National Longitudinal Mortality Study. Am J of Public Health 1995; 85 (7): 949- 56.
- ²⁴ Pincus T, Esther R, Darren A, Leigh C. Social conditions and Self- Management are Powerful Determinants of Health than Access to Care. Ann Intern Med 1998; 129 (5): 406- 10.
- ²⁵ Philip W, James T, Nelson M, Ralph A, Leather S. Socioeconomic determinants of Health: The contribution of nutrition to inequalities in health. BMJ 1997; 314 (7093): 1545- 49.
- ²⁶ Ziglio E, Hagard S, Mc Mahon L, Harvey S, Levin L. Principles, methodology and practices of investment for health. Promotion & Education 2000/2; VII (2): 4-15.
- ²⁷ World Health Organization Regional Office for Europe. Poverty and Health- Evidence and action in Who's European Region. Copenhagen: WHO;2001.
- ²⁸ Subramanian S, Belli P, Kawachi I. The Macroeconomic Determinants of Health. Annu Rev Public Health 2002; (23): 287- 302.
- ²⁹ Muntaner C, Lynch J, Hillemeier M, Hee Lee J, David R, Benach J, Borrell C. Economic inequality, working- class power, social capital, and cause- specific mortality in wealthy countries. Int J Health Serv 2002; 32 (4): 629- 56.
- ³⁰ Casis Casanellas A, Moreno Iribas C. Nivel socioeconómico y mortalidad. Rev San Hig Púb 1992; (66): 17-28.
- ³¹ Borrell C, García- Calvente M, Martí- Boscà J. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit 2004; 18 (1): 2-6.

- ³² Kaplan G, Pamuk E, Lynch J, Cohen R, Balfour J. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 1996; (312): 999- 1003.
- ³³ Kennedy B, Kawachi I, Prothrow- Stith D. Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *BMJ* 1996; (312): 1004- 7.
- ³⁴ Wolfson M, Kaplan G, Lynch J, Ross N, Backlund E. Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration. *BMJ* 2000; (172):22- 24.
- ³⁵ Kaplan G. Upstream and downstream approach to inequalities in health. Karolinska research Lecture at the Nobel forum. 1999, 8 april.
- ³⁶ Robert G Evans. Social Inequalities in Health. Horizons. Policy research initiative. Emerging developments and knowledge in public policy research 1999; 2 (3): 6- 7.
- ³⁷ Kawachi I, Kennedy B, Glass R. Social Capital and self- Rated Health: A Contextual Analysis. *Am J Public Health* 1999; (89): 1187- 1193.
- ³⁸ Wilkinson R. Income inequality, social cohesion and health: clarifying the theory. A reply to Muntaner and Lynch. *Int J Health Serv* 1999; 29 (3): 525-43.
- ³⁹ Kawachi I, Kennedy B, Lochner K, Prothrow- Smith D. Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *Am J Public Health* 1997; 87 (9): 1491- 98.
- ⁴⁰ Kimberlyn M. McGrail, Ostry, A, Salazar Thomas V, SanMartín C. Evidence on Four Determinants of Population Health. Determinants of Population Health: A Synthesis of the literature, Final Report to Health Canada. Horizons. Policy research initiative. Emerging developments and knowledge in public policy research 1999; 2 (3): 19.
- ⁴¹ Putnam R. Social Capital. Measurement and Consequences. Isuma, *Canadian Journal of Policy Research* 2001; 2 (1): 41- 51.
- ⁴² Solange van Kemenade. Social Capital as a Health Determinant. How is it defined? Working paper of Population and Public Health Branch. Health Canada. Canada, 2003.
- ⁴³ Pearce N, Smith G. Is social capital the key to inequalities in health? *Am J Public Health* 2003; 93 (1): 122- 9.
- ⁴⁴ Mackenbach J. Income inequality and Population Health. *BMJ* 2002; (324): 1,2.
- ⁴⁵ Muller A. Education, income inequality, and mortality: a multiple regression analysis. *BMJ* 2002; 324 (23): 23- 25.
- ⁴⁶ Shibuya K, Hashimoto H, Yano E. Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample. *BMJ* 2002; 324 (16): 16- 19.
- ⁴⁷ Osler M, Prescott E, Gronbak M, Christensen U, Due P, Engholm G. Income inequality, individual income, and mortality in Danish adults: analysis of pooled data from two cohort studies. *BMJ* 2002; 324: 13- 16.
- ⁴⁸ Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. Aldine de Gruyter; New York, 1994.

- ⁴⁹ Tarlov, Public policy frameworks for improving Population Health. *Ann N Y Acad Sci* 1999; 896: 281- 93.
- ⁵⁰ Health Canada: Population Health: What is the Population Health Approach [en línea] [fecha de acceso 5 de agosto de 2003]. URL disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/approach/approach.html>
- ⁵¹ Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. La salud y sus determinantes. Concepto de Medicina Preventiva y Salud Pública. En Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. (eds.) *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10ª ed. Barcelona: Masson, 2001; 7- 10.
- ⁵² Ilona Kickbusch. Promoción de la Salud: Una perspectiva mundial. Discurso inaugural de la 77ª Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública, Promoción de la Salud- Estrategias para la acción, Vancouver, Columbia Británica, 16 a 19 de junio de 1986. *Can J Public Health* 1986; (77): 9- 10.
- ⁵³ Extract from the report on the Adelaide Conference. 2nd International Conference on Health Promotion: Healthy Public Policy, 5- 9 de abril 1988, Adelaide, Australia.
- ⁵⁴ Sundsvall Statement on supportive environments for health. Third International Conference on Health Promotion 9- 15 Jun 1991, Sundsvall, Sweden.
- ⁵⁵ The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st century. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era- Leading Health Promotion into the 21st Century 21- 25 de Julio 1997, Jakarta, Indonesia.
- ⁵⁶ Quinta conferencia mundial de Promoción de la Salud hacia una mayor equidad. Estrategias para la elaboración de los Planes Nacionales de Acción en Promoción de la Salud. Méjico, 4- 9 de junio 2000.
- ⁵⁷ Kindig D, Stoddart G. What is Population Health? *Am J Public Health* 2003; 93 (3): 380-82.
- ⁵⁸ Strategies for Population Health investing in the health of Canadians preface. Ottawa, Ontario, Canada: Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. Meeting of the Ministers of Health; 1994, September, 14- 15.
- ⁵⁹ Toward a Healthy future: second report on the Health Canada. Ottawa, Ontario, Canada: Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. Meeting of the Ministers of Health. Works and Government Services Canada, 1999, September.
- ⁶⁰ The Population Health Template: Key elements and actions that define a Population Health approach. Ottawa: Ontario, Canada: Health Canada: Population and Public Health Branch, 2001.
- ⁶¹ Taking action on Population. Ottawa: Ontario, Canada: Health Canada. Health Promotion and Programs Branch, 1998.
- ⁶² Szreter S. The Population Health Approach in Historical Perspective. *Am J of Public Health* 2003; 93 (3): 421-31.

- ⁶³ Coburn D, Denny K, Mykhalovskiy E, McDonough P, Robertson A, Love R. Population Health in Canada: A brief Critique. *Am J of Public Health* 2003; 93 (3): 392-96.
- ⁶⁴ Kickbusch I. The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *Am J of Public Health* 2003; 93 (3): 383- 87.
- ⁶⁵ Denis R, Toba B. The limitations of Population Health as a model for a Public Health. *Health Promot Int* 2002; 17 (2): 189- 99.
- ⁶⁶ Pineault R, Daveluy C. La determinación de necesidades. En: *La planificación sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias*. 1ª ed. Barcelona: Masson, 1987: 43- 211.
- ⁶⁷ Raya Díez M E, Sacanell Berrucco E. Diagnóstico y Planificación de la acción social municipal. *Documentos de bienestar social. Premio sustatu'94*. 1ª ed. Bilbao, Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, 1994: 181- 3.
- ⁶⁸ Gómez López L, Rabanaque Hernández M, Aibar Remón C. Diseño de programas de salud. En Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. (eds.) *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10ª ed. Barcelona, Masson, 2001; 1049.
- ⁶⁹ Canadian Institute for Health Information. *Health Indicators*. [en línea] 2003. [fecha de acceso 30 de septiembre de 2003]. URL disponible en: <http://cihi.ca>
- ⁷⁰ Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. *Serie salud para todos nº 4*. Geneva: 1981.
- ⁷¹ Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. *Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores*. Washington DC, 2004.
- ⁷² Comisión Europea. Decisión nº 1400/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002, relativa a la adopción de un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (2003 - 2008). *Diario Oficial de las Comunidades Europeas nº L 271 de 9 de octubre de 2002*.
- ⁷³ Vinuesa J, Zamora F, Génova R, Serrano P, Recaño J. Características de la población. En: *Vinuesa J. Demografía, análisis y proyecciones*. 1ª ed. Madrid: Síntesis; 1994: 185- 218.
- ⁷⁴ Livi- Bacci M. Población y demografía. En: *Introducción a la demografía*. 1ª ed. Barcelona: Ariel, 1993: 9.
- ⁷⁵ Sierra López A, Almaraz Gómez A, Doreste Alonso J. Demografía y Salud Pública: demografía estática. En: Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. (eds) *Medicina Preventiva y Salud Pública*, 10ª ed, Barcelona: Masson, 2001: 17.
- ⁷⁶ Health Canada, OPS, OMS. Estrategias para la salud de la población: inversión en la salud de los canadienses. En: *Salud de la población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: la perspectiva canadienses*. Washington: Health Canada, OPS, OMS, 2000: 5- 36.

- ⁷⁷ Vinuesa J, Zamora F, Génova R, Serrano P, Recaño J. Natalidad, fecundidad y nupcialidad. En: Vinuesa J. Demografía, análisis y proyecciones. 1ª ed. Madrid: Síntesis; 1994: 93-123.
- ⁷⁸ Livi- Bacci M. La formación y la disolución de la pareja. En: Introducción a la demografía. 1ª ed. Barcelona: Ariel, 1993: 193- 4.
- ⁷⁹ Vinuesa J, Zamora F, Génova R, Serrano P, Recaño J. Movimientos migratorios. En: Vinuesa J. Demografía, análisis y proyecciones. 1ª ed. Madrid: Síntesis; 1994: 125-184.
- ⁸⁰ Vinuesa J, Zamora F, Génova R, Serrano P, Recaño J. Proyecciones demográficas. En: Vinuesa J. Demografía, análisis y proyecciones. 1ª ed. Madrid: Síntesis; 1994: 237-358.
- ⁸¹ Argimon Payas JM, de Peray Baiges JL. Análisis de la situación de salud. En: Martín Zurro. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2003: 327-344.
- ⁸² Organización Panamericana de Salud. Macrodeterminantes de la salud en el desarrollo humano sostenible. En: La salud en las Américas. Washington: OPS; 2002. Publicación científica y técnica: 587. Vol 1: 91- 117.
- ⁸³ Regidor E, de Mateo S, Gutiérrez- Fisac JL, Fernández de la Hoz K, Rodríguez C. Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España. Med Clin 1996; 107: 285- 8.
- ⁸⁴ Lostao L, Regidor E, Calle E, Navarro P, Domínguez V. Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97. Rev Esp Salud Pública 2001; 75 (2): 115- 28.
- ⁸⁵ Organización Panamericana de Salud. Análisis de salud regional. En: La salud en las Américas. Washington: OPS; 2002. Publicación científica y técnica: 587. Vol 1: 1-72.
- ⁸⁶ Queensland Health: Social Determinants of Health: What's it all about? Fact Sheet [en línea] 2003 agosto [fecha de acceso 9 de diciembre de 2003]. URL disponible en: <http://www.health.qld.gov.au/phs/Documents/sphun/20407.pdf>
- ⁸⁷ WHO. Social determinants of Health: the solid facts. 2ª ed, Copenhagen, WHO regional office for Europe. 2003.
- ⁸⁸ Cirera Suárez L, Tormo Díaz MJ, Santiuste de Pablos C, Chirlaque MD, Galván Olivares F, Navarro Sánchez C. ¿Son la ocupación y la educación intercambiables como indicadores sociales en salud comunitaria? Un estudio en población ocupada. Aten Primaria 2000; 26 (9): 78- 87.
- ⁸⁹ PNUD: Índice de Desarrollo humano (IDH) [en línea] [fecha de acceso 9 de diciembre de 2003] URL disponible en: <http://www.pnud.org.ve/idh/idh.asp>
- ⁹⁰ OPS. Medición de desigualdades en salud: coeficiente de Gini e Índice de concentración. Boletín Epidemiológico, 22 (1): [en línea] [fecha de acceso 14 de marzo de 2001]. URL disponible en: http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n1-gini.htm

- ⁹¹ Ochoa-Díaz López H, Sánchez- Pérez HJ, Martínez- Guzmán LA. Uso de un índice de bienestar social para la planificación de la salud a nivel municipal. *Salud Publica Mex* 1996; (38): 257- 67.
- ⁹² García García J F. Riesgos sobre la salud humana. En: Echagüe G. Desarrollo sostenible en España. VI Congreso Nacional de Medio Ambiente. Madrid, 25- 29 de Noviembre de 2002. Madrid: 255- 62.
- ⁹³ Jano on-line. Naciones Unidas advierte de los peligros medioambientales y para la salud de la gran contaminación en el sur de Asia [en línea] [fecha de acceso 13 de agosto 2002]. URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma>
- ⁹⁴ Jano on-line: Giménez O. El impacto de la contaminación ambiental sobre el corazón puede ser tan perjudicial como haber sido fumador [en línea] [fecha de acceso 13 de agosto 2002]. URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma>
- ⁹⁵ Martín Moreno J M. Medio Ambiente y Salud: perspectivas desde la gestión de Salud Pública. *Rev Salud Ambient* 2002; 2 (2): 57-62.
- ⁹⁶ Aníbal Rodríguez C. Riesgos medioambientales y laborales. En: Martín Zurro. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2003: 926- 954.
- ⁹⁷ Ordóñez- Iriarte JM, Gómez ME, Sánchez JI, Fernández- Aguado C, López R, Ferrer JB. El medio ambiente y su impacto en la salud: riesgos tradicionales, nuevos riesgos. *Gac Sanit* 2004; 18 (1): 222-33.
- ⁹⁸ Porta M. Castaño- Vinyals G, Güell F, Codony M. El Prestige y las personas. El impacto del vertido sobre la salud de las poblaciones humanas, la salud pública. Un informe para Greenpeace España. 2ª ed. Madrid: Greenpeace, 2003.
- ⁹⁹ Vargas Marcos F. Protección sanitaria frente a los nuevos riesgos ambientales. *Rev Salud Ambient* 2001; 1 (1): 4-5.
- ¹⁰⁰ Sociedad Española de Sanidad Ambiental. La salud ambiental en la Salud Pública. *Rev Salud Ambient* 2001; 1 (2): 62- 63.
- ¹⁰¹ Ballester Díez F, Tenías J M, Pérez- Hoyos S. Efectos de la contaminación atmosférica sobre la salud: una introducción. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 109-121.
- ¹⁰² Arden Pope III C, Burnett R, Thurston G, Thun M, Calle E, Krewski D, Godleski J. Cardiovascular mortality and long. Term exposure to particulate air pollution: epidemiological evidence of general pathophysiological pathways of disease. *Circulation* 2004; 6 (13): 71- 77.
- ¹⁰³ Yun. Chul Hong, Jong. Tae Lee, Ho Kim, Ho- Jang Kwon. Air pollution: a new risk factor in ischemic stroke mortality. *Stroke* 2002; 33 (9): 2165.
- ¹⁰⁴ Villanueva, CM, Kogevinas M, Grimalt, JO. Cloración del agua potable en España y cáncer de vejiga. *Gac Sanit* 2001; (13):48- 53.

- ¹⁰⁵ Gent JF, Triche E, Holford T, Belanger K, Bracken M, Beckett W, Leaderer B. Association of low-level ozone and fine particles with respiratory symptoms in children with asthma. *JAMA* 2003; (290): 1859- 1867.
- ¹⁰⁶ Muscat J, Malkin M, Thompson S, Shore R, Stellman S, McRee D, Neugut A, Wynder E. Handheld cellular telephone use and risk of brain cancer. *JAMA* 2000; (284): 3001- 3007.
- ¹⁰⁷ Villanueva C, Kogevinas M, Grimalt J. Cloración del agua potable y efectos sobre la salud: revisión de estudios epidemiológicos. *Med Clin* 2001; (117): 27- 36.
- ¹⁰⁸ Aránguez E, Ordóñez J M, Serrano J, Aragonés N, Fernández – Partier R, Gandarillas A, Galán I. Contaminantes atmosféricos y su vigilancia. *Rev Esp Salud Pública* 1999; (73): 123- 132.
- ¹⁰⁹ Echagüe Méndez de Vigo G. Atmósfera. En: Echagüe G. Desarrollo sostenible en España. VI Congreso Nacional de Medio Ambiente. Madrid, 25- 29 de Noviembre de 2002. Madrid, p. 95- 107.
- ¹¹⁰ WHO. Air quality guidelines for Europe. 2ª ed. WHO regional publications. European series, nº 91.
- ¹¹¹ EPA. The original list of hazardous air pollutants. En U.S. Environmental Protection Agency [en línea] [fecha de acceso 5 de enero de 2004]. URL disponible en: <http://www.epa.gov/ttn/atw/188polls.html>
- ¹¹² Frutos García J. Riesgos sobre la salud y cambios ambientales. *Rev Salud Ambient* 2002; 2 (2): 84- 87.
- ¹¹³ Sunyer J. El estudio EMECAM sobre los efectos de la contaminación atmosférica. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 105-7.
- ¹¹⁴ Saez M, Iñiguez C, Ballester F, Pérez- Hoyos S, Lertxundi A, Barceló MA, Saurina C, Rodríguez P. Avances metodológicos en el análisis de la relación a corto plazo entre contaminación atmosférica y salud: el proyecto EMECAS. En XX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología: Género y Salud, la visión epidemiológica. Barcelona, 12- 14 de septiembre de 2002. *Gaceta Sanitaria*, 2002; 16 (1): 7-32.
- ¹¹⁵ Institut de Veille Sanitaire and Institut Municipal de Salut Pública. APHEIS : air pollution and health : a European Information system: final scientific report 1999-2000. Institut de Veille Sanitaire. 2001.
- ¹¹⁶ Cambra K, Arias P, Artazcoz L, Ballester F, Daponte A, Medina S. Evaluación del impacto en salud de la contaminación atmosférica: resultados del proyecto APHEIS en 5 ciudades españolas. En XXI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología, conjunta con la Federación Europea de Epidemiología de la Asociación Internacional de Epidemiología. *Gac Sanit* 2003; 17 (2):70.
- ¹¹⁷ OMS. Agua para la salud: un derecho humano. Comunicado de prensa de la OMS/91. OMS, Ginebra, [en línea] [fecha de acceso 27 de noviembre de 2002]. URL disponible en : http://www.sanidadambiental.com/agua_salud.htm

- ¹¹⁸ Espigares García M, Moreno Abril O, Fernández- Crehuet Navajas M. Aspectos sanitarios del agua. En Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. (eds.) Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona: Masson, 2001; 301- 10.
- ¹¹⁹ IARC. Chlorinated drinking water; chlorination by products; some other halogenated compounds; cobalt and cobalt compounds. Lyon: IARC. 1991; (52): 45.
- ¹²⁰ IARC. Chloroform. Some chemicals that cause tumors of the kidney or urinary bladder in rodents and some other substances. Lyon: IARC, 1999; (73): 131- 82.
- ¹²¹ AESA. Factores que pueden afectar a la seguridad de los alimentos. [en línea] [fecha de acceso 5 de enero de 2003]. URL disponible en: <http://ww1.msc.es/aesa/html/alimentacion/alimentacionN2Art5.html>
- ¹²² Commission of the European Communities. White paper on food safety. Bruselas, 12 de enero de 2000.
- ¹²³ Consejería de Sanidad. Guía de actuación frente a las zoonosis en la Comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Pública: 68. Madrid: Consejería de Sanidad; 2001.
- ¹²⁴ Bretcha Cardelús R. Residuos. En: Echagüe G. Desarrollo sostenible en España. VI Congreso Nacional de Medio Ambiente. Madrid, 25- 29 de Noviembre de 2002. Madrid, p. 109- 124.
- ¹²⁵ CDC. Summary of core Environmental Public Health Indicators. Environmental Public Health Indicators Project. CDC, NCEH, EHHE. Octubre de 2002.
- ¹²⁶ Hodge R A, Longo J M. International monitoring for environmental health surveillance. Can J Public Health 2002; 93 (1): 16- 23.
- ¹²⁷ Gálvez Vargas J, Guillén Solvas J, Bueno Cavanillas A. Desarrollo económico y social: desigualdades en salud, indicadores sanitarios. En: Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. (eds.) Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona: Masson, 2001; 1099.
- ¹²⁸ Vinuesa J, Zamora F, Génova R, Serrano P, Recaño J. Estudio de la mortalidad. En: Demografía, análisis y proyecciones. Madrid: Síntesis, 1994; 49- 91.
- ¹²⁹ Sierra López A, Doreste Alonso JL, Almaraz Gómez A. Demografía dinámica: natalidad, fecundidad y mortalidad. En: Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. (eds.) Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona: Masson, 2001; 27-42.
- ¹³⁰ Gispert Magarolas R, Gutiérrez- Fisac J. Esperanza de vida saludable: pasado y presente de un indicador con futuro. En Porta Serra M, Álvarez- Dardet C, Fernández Muñoz E. Revisiones en Salud Pública. Barcelona: Masson, 1997: 7- 32.
- ¹³¹ Pereira Candel J, Cañón Campos J, Álvarez Martín E, Génova Maleras R. La medida de la magnitud de la magnitud de los problemas de salud en el ámbito internacional: los estudios de carga de enfermedad. Revista de Administración Sanitaria 2001; 5 (19): 59-84.

- ¹³² Génova Maleras R, Pereira Candel J. Estudio monográfico: las expectativas de salud. En: Las personas mayores en España: Informe 2002. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2002: 1 (8): 515-547.
- ¹³³ Milos Jenicek MD. Naturaleza de los problemas de salud y abordaje de la medicina. En: Epidemiología: la lógica de la medicina moderna. 1ª ed; Barcelona: Masson, 1996: 24.
- ¹³⁴ Milos Jenicek MD. Valoración de la salud de los individuos y de las poblaciones. En: Epidemiología: la lógica de la medicina moderna. 1ª ed; Barcelona: Masson, 1996: 49.
- ¹³⁵ Milos Jenicek MD. Valoración de la salud de los individuos y de las poblaciones. En: Epidemiología: la lógica de la medicina moderna. 1ª ed; Barcelona: Masson, 1996: 73.
- ¹³⁶ Casas M. Los datos de origen: el informe de alta y el CMBDH. En GRD: una guía práctica para médicos. 1ª ed, Barcelona: lasist, 1995: 9- 19.
- ¹³⁷ Martínez Calvo AV. Análisis de los 25 primeros Grupos Relacionados con el Diagnóstico de la provincia de A Coruña en los hospitales del Sergas. Situación en 1996. [Tesis Doctoral]. A Coruña: Universidade da Coruña; 1998.
- ¹³⁸ Caminal Homar J, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. Aten Primaria 2003; 31 (01): 61- 5.
- ¹³⁹ Caminal Homar J, Morales Espinoza M, Sánchez Ruiz E, Cubells Larrosa MJ, Bustins Poblet M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. Aten Primaria 2003; 31 (01): 6-17.
- ¹⁴⁰ Regidor E. Sistemas de información sanitaria de base poblacional en España: situación actual y propuestas de futuro. En: Peiró S, Domingo Uriarte LI, coords. Información sanitaria y nuevas tecnologías - XVIII Jornadas de Economía de la Salud. Vitoria-Gasteiz: Asociación de Economía de la Salud, 1998: 131-152.
- ¹⁴¹ Alonso Caballero J. La medida del estado de salud: metodología de la encuesta de salud. En Martínez Navarro F, Antó J M, Castellanos P L, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud Pública. 1ªed; Madrid, McGraw- Hill Interamericana, 1998: 341- 61.
- ¹⁴² Salleras Sanmartín L, Navas Alcalá E, Domínguez García A. Evaluación de la eficiencia de las intervenciones preventivas y de los programas de salud. En Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. (eds.) Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona, Masson, 2001: 1079.
- ¹⁴³ Badia Llach X, García Alonso F. La medición de la Calidad de Vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados de salud. En: La investigación de resultados en salud. Barcelona: Edimac; 2000: 61-75.
- ¹⁴⁴ Gestal Otero J, Montes Martínez A. Minusvalías físicas, mentales y sensoriales. Invalidez. Rehabilitación En Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. (eds.) Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona, Masson, 2001: 767- 88.

- ¹⁴⁵ Jiménez Buñuales MT, González Diego P, Martín Moreno JM. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 271- 79.
- ¹⁴⁶ Regidor E. Sistema de información sanitaria en la planificación. Rev San Hig Púb 1991, 65: 9- 16.
- ¹⁴⁷ Gené Badia J, Jiménez Villa J, Martín Sánchez A. Historia clínica y sistemas de información. En: Martín Zurro. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Barcelona, Elsevier, 2003: 420- 436.
- ¹⁴⁸ Ramis Juan O. Sistemas de información en Salud Pública. En Martínez Navarro F, Antó J M, Castellanos P L, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud Pública. 1ªed; Madrid, McGraw- Hill Interamericana, 1998: 139- 147.
- ¹⁴⁹ Regidor E. Apoyar sistemas de información para la salud. Informe SESPAS. Sevilla, 1999.
- ¹⁵⁰ Domínguez Rojas V, Regidor Poyatos E, de Juanes Pardo JR, Calle Purón ME. Sistemas de información sanitaria: registros, encuestas de salud y sistemas de notificación. En Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. (eds.) Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona, Masson, 2001: 51- 60.
- ¹⁵¹ Pineault R, Daveluy C. La Planificación para la salud: Métodos, perspectivas y proceso general. En: La planificación sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias. 1ª ed. Barcelona, Masson, 1987: 1- 41.
- ¹⁵² Vicente D. y Martínez S. Estudio de prioridades sanitarias por el método de Delphi. Aten Primaria 1991; 8 (3): 260.
- ¹⁵³ Gerencia del Área de Salut: Generalitat Valenciana. Aproximació al Diagnòstic de salut. Área de Salut DÀLCOI. 1991 Abril: 1.
- ¹⁵⁴ Green, L. Kreuter, M. Health Promotion and a Framework for Planning en Health promotion planning: An educational and ecological approach. 3ª ed. Mountain View, California, Mayfield, 1999: 1- 49.
- ¹⁵⁵ The Quaich inc. health promotion framework: the circle of health. [en línea] [20 Noviembre de 2003] URL disponible en: <http://www.thequaich.pe.ca/circleofhealth.htm>
- ¹⁵⁶ Institute of Medicine. Improving health in the community: a role for performance monitoring. National Academy Press, Washington 1997.
- ¹⁵⁷ United Nations Development Group. Indicators for Monitoring the Millenium development goals: definitions, rationale, concepts and sources. United Nations, New York, 2003.
- ¹⁵⁸ Organización Panamericana de la Salud: Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007 [en línea] 3 de mayo de 2002 [fecha de acceso 10 de octubre de 2004] URL disponible en: <http://www.paho.org/English/GOV/CE/SPP/spp36-04-e.pdf>

- ¹⁵⁹ CIHI and Statistics Canada. National consensus conference on Population Health Indicators: final report. Ottawa: Ontario, Canada: Canadian Institute for Health Information; 1999.
- ¹⁶⁰ CIHI and Statistics Canada. Roadmap Initiative...launching the process. Ottawa: Ontario, Canada: Canadian Institute for Health Information; 1999.
- ¹⁶¹ US. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2000.
- ¹⁶² European Commission and Who Regional Office for Europe. Highlights on Health in Spain. Copenhagen: European Communities and WHO; 1997.
- ¹⁶³ European Commission: Design for a set of European Community Health Indicators: final report by the ECHI project. Bilthoven, The Netherlands, European Commission: National Institute of Public Health and the Environmental (RIVM); 2001.
- ¹⁶⁴ Ferrinho P, Pereira J. For better health in Europe. Luxembourg: European Communities; 2001.
- ¹⁶⁵ Secretary of state for health. Our Healthier Nation: a contract for health. The stationery office; 1998.
- ¹⁶⁶ Regidor E, Gutiérrez- Fisac JL. Indicadores de salud. Cuarta evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- ¹⁶⁷ Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Plan de Saúde de Galicia 2002- 2005. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicios Sociais; 2001.
- ¹⁶⁸ Medina González-Redondo R, Pereiras López M, López Pardo y Pardo E. A nosa saúde en cifras. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicios Sociais; 2000.
- ¹⁶⁹ Iglesias Díaz J, Martínez Bugallo A, Pita Fernández S. Diagnóstico de la situación de salud: municipio de la Coruña. La Coruña: Ayuntamiento de La Coruña; 1984.
- ¹⁷⁰ Diputación de Coruña. [en línea] [fecha de acceso 2 de abril de 2003]. URL disponible en: <http://www.cetadec.net/pdces/MapaComarcal/Coruna.htm>
- ¹⁷¹ Ministerio de Fomento. Mapa Oficial de Carreteras 2004. Madrid: Ministerio de Fomento: Secretaria General Técnica; 2004.
- ¹⁷² European Commission: Design for a set of Community Health Indicators. ECHI-2, proposed list of European Community Health Indicators, version 08 [en línea] 6 de febrero de 2004 [fecha de acceso 12 de julio de 2004] URL disponible en : http://europa.eu.int/comm/health/ph-information/indicators/docs/eu_20040219_rd04_en.pdf
- ¹⁷³ Bayley K, Flowers J, Streather H, Wilkinson J. Indicators of Public Health in the English Regions: Technical Report. Association of Public Health Observatories; 2003.

- ¹⁷⁴ The Association of Public Health Observatories. Indications of Public Health in the English Regions; 1 (2) [en línea] [fecha de acceso 2 de agosto de 2004] URL disponible en: <http://www.pho.org.uk/pages/indicators.htm>
- ¹⁷⁵ Álvarez Dardet C, Peiró S. Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2000.
- ¹⁷⁶ I.G.E. Instituto Gallego de Estadística. [en línea] [fecha de acceso 17 de octubre de 2004] URL disponible en: <http://ige.xunta.es/es/home.htm>
- ¹⁷⁷ I.N.E. Instituto Nacional de Estadística. [en línea] [fecha de acceso 17 de octubre de 2004]. URL disponible en: <http://www.ine.es>
- ¹⁷⁸ Fundación “la Caixa”. Anuario Social de España 2004. Barcelona, Fundación La Caixa: Colección Estudios Sociales, 2004.
- ¹⁷⁹ Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona. Anuario Económico de España 2003. Barcelona, Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona: Colección Estudios Económicos, 2003.
- ¹⁸⁰ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Clasificación Nacional de Ocupaciones (CON-94). [en línea] [fecha de acceso 17 de octubre de 2004]. URL disponible en: <http://ige.xunta.es/es/home.htm>
- ¹⁸¹ Real Decreto de 30 de octubre de 1992 (1321/1992). Nuevas normas de calidad del aire en lo referente a la contaminación por dióxido de azufre y partículas. BOE nº 289, de 2 de diciembre de 1992.
- ¹⁸² Consejería de Salud. Isocronas Sanitarias: accesibilidad geográfica a los recursos de la red sanitaria pública en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Salud. Dirección General de Planificación, Formación e Investigación. Serie: Plan de Salud de la Comunidad de Madrid 2. Tomo I. 1993.
- ¹⁸³ Foz Gil G, Gofin J, Montaner Gomis I. Atención Primaria orientada a la comunidad. En: Martín Zurro. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2003:345-363.
- ¹⁸⁴ Rodríguez Tuñas B, Medina González-Redondo R, Blanco Sampayo A, del Campo Pérez V. Diagnóstico de la situación de salud del municipio de Oleiros. La Coruña, 1987.
- ¹⁸⁵ Astral Coloma L, Mendez Castro J, Moldes Castiñeira C, Souto Canosa MT. Estudio demográfico y memoria de actividades del equipo de salud de Corme (Ayuntamiento de Ponteceso). La Coruña: Ayuntamiento de Ponteceso, 1986.
- ¹⁸⁶ Peters JP. La planificación estratégica y lo que significa para los hospitales. En: Peters JP. El proceso de planificación estratégica para hospitales. Barcelona, Masson; 1989; 3-8.
- ¹⁸⁷ Real Decreto de 21 de julio de 1989 (938/1989). Planes Integrados de Salud, procedimientos y plazos. BOE nº 179: 24217, de 28 de julio de 1989.

- ¹⁸⁸ Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003) de 28 de mayo. BOE nº 128, de 29 de mayo de 2003.
- ¹⁸⁹ Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
- ¹⁹⁰ Lei de ordenación sanitaria de Galicia (Lei 7/2003) de 9 de decembro. Diario Oficial de Galicia, nº 246, de 19 de decembro de 2003.
- ¹⁹¹ Aboal Viñas JL. Estudio médico geográfico y epidemiológico del partido judicial de Corcubión. Premio Extraordinario Caja de Ahorros de Galicia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia. Biblioteca de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia, 1986.
- ¹⁹² Bolúmar Montrull F, Rebagliato Ruso M, Torres Cantero AM. Estrategias de diseño en epidemiología: Tipos de estudios. En Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M et al. (eds.) Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed. Barcelona: Masson, 2001; 79-86.
- ¹⁹³ Ramis Juan O. Sistemas de información en Salud Pública. En Martínez Navarro F, Antó J M, Castellanos P L, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud Pública. 1ªed; Madrid, McGraw- Hill Interamericana, 1998: 139- 147.
- ¹⁹⁴ Instituto Gallego de Estadística. A porcentaxe de poboación maior de 65 anos por riba do 40% en varios concellos do interior. Comunicado del IGE [en línea] [fecha de acceso 10 de septiembre de 2004]. URL disponible en: <http://ige.xunta.es/es/home.htm>
- ¹⁹⁵ Consellería de Sanidade: EDIS. El consumo de drogas en Galicia VII. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas; 2004.
- ¹⁹⁶ Consellería de Sanidade. Plan de Galicia sobre drogas 2001-2004. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2003.
- ¹⁹⁷ Instituto Gallego de Estadística. Galicia en cifras: Anuario 2002. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Economía e Facenda; 2003.
- ¹⁹⁸ Consellería de Sanidade. Informe técnico do programa de control sanitario das zonas de baño de Galicia: Ano 2001. Documentos técnicos de Saúde Pública. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública; 2002. Serie B, nº 28.
- ¹⁹⁹ Instituto Nacional de Estadística. España en cifras 2002. [en línea] [fecha de acceso 14 de septiembre de 2004] URL disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/wspeif/salu02.pdf>
- ²⁰⁰ Consellería de Sanidade. Informe do programa galego de prevención e control da tuberculose 1996-2002. Documentos técnicos de Saúde Pública. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública; 2003. Serie B, nº 35.

-
- ²⁰¹ Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España 2004. [en línea] [fecha de acceso 14 de septiembre de 2004]. URL disponible en: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuario04/anu04_5salud.pdf
- ²⁰² Consellería de Sanidade. Plan de acción anti VIH/SIDA en Galicia 2003-2006. Documentos técnicos de Saúde Pública. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública; 2003. Serie A, nº 16.
- ²⁰³ Servicio Galego de Saúde. Conxunto mínimo básico de datos nos hospitais de agudos do Servicio Galego de Saúde. Resultados bienio 2000/01. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde, Subdirección Xeral de Información Sanitaria; 2003.
- ²⁰⁴ Pita Fernández S, Platero Castro MJ, Pértiga Díaz S, Feijoo Fernández E, Ruiz Hervella VM. Incidencia de Cáncer en Fisterra y Corcubión. Cad Aten Primaria 2002; (9):185-192.
- ²⁰⁵ Alvarez Solar M. La atención sanitaria del anciano: ¿Qué hacer desde la atención primaria? Dimensión humana 1997; I (3).
- ²⁰⁶ Servicio Galego de Saúde. Memoria do Servicio Galego de Saúde 2002. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde, Subdirección Xeral de Información Sanitaria; 2003.
- ²⁰⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo: Instituto de Información Sanitaria. Principales cifras del Sistema Nacional de Salud 2003. [en línea] [fecha de acceso 14 de septiembre de 2004]. URL disponible en: http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm
- ²⁰⁸ Consellería de Sanidade e Servicios Sociais. Catálogo de centros, servicios e establecimientos sanitarios. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicios Sociais; 2001.