



GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

ESTRATEGIA DE
SALUD COMUNITARIA
DE EXTREMADURA



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

**ESTRATEGIA DE
SALUD COMUNITARIA
DE EXTREMADURA**



Edita

Junta de Extremadura
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

ISBN

978-84-09-47026-6

Depósito Legal

BA-000795-2022

Coordinación Institucional

Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias

Coordinación Técnica

Jesús del Barco Cordero

Servicio de Participación Comunitaria en Salud.

Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias

Grupo de trabajo para la elaboración de la

Guía para la realización de un Diagnóstico de Salud Comunitario

(adaptación de: Guía para la elaboración de un Diagnóstico de Salud Comunitario),⁽¹⁾

para su aplicación en Extremadura en los Procesos de Salud Comunitaria

en el marco de la Estrategia de Salud Comunitaria de Extremadura.

Alma M^a Cáceres Martín de la Vega

Equipo de Salud Comunitaria. Gerencia de Área de Salud de Badajoz. SES

Jesús del Barco Cordero

Servicio de Participación Comunitaria en Salud.

Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias

Ignacio Maynar Mariño

Médico emérito del SES. Asesor de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Rocío Moreno Rey

Equipo de Salud Comunitaria. Gerencia de Área de Salud de Badajoz. SES

Ignacio Pérez Sánchez

Dirección de Salud. Gerencia de Área de Salud de Badajoz. SES

Paula M^a Salamanca Bautista

Coordinación de la Escuela de Cuidados y Salud de Extremadura. SES

(*) Grupo de trabajo: Guía para la elaboración de un Diagnóstico de Salud Comunitario

Manuel Aguilar Vázquez

Gerencia de Área de Salud de Badajoz. SES

Nuria Cendrero Blasco

Gerencia de Área de Salud de Badajoz. SES

Lola Fernández López

Proyecto Progreso. C.S. El Progreso (Badajoz). SES

Gloria González Conde (Coordinadora del Grupo de trabajo)

Proyecto Progreso. C.S. El Progreso (Badajoz). SES

Juan Antonio Linares Dopido

Gerencia de Área de Salud de Badajoz. SES

Livia Manchón López

Proceso de Salud Comunitaria Higuera de Vargas. C.S. Alconchel. SES

Cristina Martínez Roa

Proyecto Progreso. C.S. El Progreso (Badajoz). SES

Ignacio Maynar Mariño

Médico emérito del SES. Asesor de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

M^a Ángeles Maynar Mariño

Proyecto Progreso. C.S. El Progreso (Badajoz). SES

Ilustración cubiertas Pablo Gómez *Blowearts. Badajoz*

Diseño y maquetación Vicente Melara *Neutro Comunicación. Badajoz*

“La Promoción de la Salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le entregue.

Amplía la capacidad de la persona para actuar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud”

Declaración de Yakarta. OMS, 1997

GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO



ESTRATEGIA DE
SALUD COMUNITARIA
DE EXTREMADURA

Esta Guía pretende servir a los Equipos de Atención Primaria (EAP) que decidan realizar un Diagnóstico de Salud Comunitario (DSC).

Un Diagnóstico de Salud Comunitario es un proceso cuyo objetivo es identificar las necesidades y problemas de salud de una comunidad con la participación activa de la misma, tanto en su planificación como en su ejecución.

Es un **DIAGNÓSTICO DE SALUD**, porque se busca conocer y comprender cuáles son las necesidades y problemas de salud de la comunidad.

Es **COMUNITARIO**, porque implica a la comunidad en todo el proceso de planificación y ejecución a través de la Comisión Comunitaria de Salud.

La **COMISIÓN COMUNITARIA DE SALUD** (CCS) es el órgano de participación y coordinación para contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la ciudadanía de la zona. Está formada por asociaciones, colectivos de ciudadanos, técnicos que desarrollan su trabajo en la zona, y cualquier persona que a título individual quiera participar; y regulada por el Decreto 61/2019, de 21 de mayo, por el que se regulan las Comisiones Comunitarias de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Esta Guía describe, de forma sencilla, el proceso de realización de un DSC, tomando como referencia el Análisis Participado de la Situación de Salud de la Zona del Centro de Salud El Progreso (Badajoz).



Índice

ESTRATEGIA DE SALUD COMUNITARIA DE EXTREMADURA



GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

1. ¿Por qué hacer un Diagnóstico de Salud Comunitario? _____	8
2. ¿De qué manera podemos hacer el DSC? _____	8
3. ¿Qué tipo de datos vamos a utilizar? _____	9
4. ¿Qué datos objetivos necesitaremos? _____	11
5. ¿Qué fuentes de información podremos utilizar para recoger los datos objetivos? _____	12
6. ¿Qué datos subjetivos necesitaremos? _____	12
7. ¿Qué fuentes de información podremos utilizar para recoger los datos subjetivos? _____	12
8. ¿Cómo podemos hacer el tratamiento de la información recogida? _____	13
9. ¿De qué manera vamos a analizar e interpretar los resultados? _____	14
10. ¿Qué documento deberemos realizar? _____	15
11. ¿Cómo vamos a aprobar el documento definitivo del DSC? _____	15
12. ¿Cómo daremos a conocer el DSC a toda la comunidad? _____	16
13. Priorizar necesidades/problemas de salud _____	16
14. Anexos _____	17

1

¿POR QUÉ HACER UN DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO?

Para trabajar en Atención Primaria con orientación hacia la comunidad, el primer paso es identificar las necesidades y problemas de salud de la población.

La salud de la población, de la comunidad, la determinan una serie de factores personales, sociales, económicos y ambientales que denominaremos Determinantes de Salud (DS). Los comportamientos y estilos de vida, los ingresos económicos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, la vivienda y el medio ambiente y el acceso a los recursos sanitarios, generan un gran impacto sobre la salud colectiva e individual.

Hacer una aproximación al conocimiento de estos Determinantes de Salud y al estado de salud de la comunidad, mediante este Diagnóstico de Salud Comunitario (DSC), permitirá disponer de un instrumento que hará posible el abordaje de las necesidades y problemas detectados, mediante Acciones Comunitarias.

2

¿DE QUÉ MANERA PODEMOS HACER EL DSC?

Para la elaboración del DSC se constituirá un grupo de trabajo específico, dentro de la Comisión Comunitaria de Salud (CCS), integrado por el Núcleo del Equipo de Atención Primaria (EAP) y otros recursos técnicos existentes en el territorio.

EL GRUPO DE TRABAJO

El grupo de trabajo diseña el documento de planificación del DSC, que será presentado al EAP y a la CCS, para su conocimiento y recogida de sus aportaciones.

Una vez finalizado el documento de planificación del DSC será presentado a la CCS para su aprobación.

Este grupo se encarga también de la ejecución de la planificación del DSC.

EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

La implicación del EAP es fundamental para la recogida de los datos objetivos del DSC.

El EAP se compromete a la posterior utilización de los resultados para orientar su actividad hacia la comunidad.

LA CIUDADANÍA

La participación de la ciudadanía en el DSC es de vital importancia, por ser fuente de información para conocer los problemas y necesidades que les afectan (datos subjetivos), y para conseguir su implicación activa en las propuestas de intervención que se diseñen.

Una vez recogidos los datos (objetivos y subjetivos), analizados e interpretados, se elaborará un borrador del DSC. Este documento será presentado al EAP para su conocimiento y realización de aportaciones. Se presentará a la CCS para su aprobación. El esquema de este procedimiento se recoge en el Anexo 1.

3

¿QUÉ TIPO DE DATOS VAMOS A UTILIZAR?

Para realizar el DSC, utilizaremos datos OBJETIVOS y datos SUBJETIVOS.

Los datos objetivos estarán referidos a las características sociodemográficas de la población de la Zona de Salud, así como a toda aquella información que se pueda extraer de los sistemas de información sanitarios (motivos de consulta, mortalidad, hospitalización, vacunación, etc.).

Los datos subjetivos sobre la salud de la comunidad, serán el resultado de la percepción que de la misma tienen los ciudadanos, recursos, colectivos y entidades que la componen.

La búsqueda de datos estará dirigida a poder analizar las consecuencias que para la salud de la comunidad tienen los Determinantes de Salud, utilizando para ello el modelo de Dahlgren y Whitehead, representado en la **Figura 1**.

Los individuos, que están en el centro, tienen edad, sexo y factores genéticos que indudablemente influyen en su estado de salud.

Hacia el exterior, desde el centro, la siguiente capa representa conductas personales y estilos de vida.

Las influencias sociales y comunitarias se representan en la capa que le sigue. Estas interacciones sociales y las presiones del entorno más cercano influyen en las conductas personales.

En el nivel superior encontramos factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo, provisión de alimentos y acceso a los servicios esenciales.

Pero sobre todos los otros niveles están las condiciones económicas, culturales y medioambientales prevalecientes en la sociedad en su conjunto. Estas condiciones, como el estado económico del país y las condiciones del mercado de trabajo, producen presión sobre cada una de las otras capas.



Figura 1: *Modelo de Determinantes de la Salud de Dahlgren y Whitehead (1991).*
Modificado de: Guía Metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud, Ministerio de Sanidad.

Los datos objetivos que se deben incluir en el DSC serán los datos disponibles más actualizados :

- Datos demográficos: pirámide de población por sexos, tasas de natalidad, fecundidad, envejecimiento, etc., referidos a la Zona de Salud, Área de Salud, Extremadura y España.
- Datos socioeconómicos: nivel educativo, ocupación laboral, etc.
- Utilización de los recursos sanitarios de la Zona: frecuentación en consultas (medicina de familia, enfermería y pediatría) y Atención Continuada, todos ellos referidos a la Zona de Salud, al Área de Salud, a Extremadura y a España.
- Causas de mortalidad.
- Motivos de consulta: si no fuera posible obtener estos datos del Sistema JARA, debe hacerse un registro específico de la demanda. Para ello se registrarán, durante un año, los motivos de consulta. Se registran durante tres semanas en cada estación del año para Medicina de Familia y durante cuatro semanas para Pediatría y Atención Continuada. Se diferenciará, en el caso de adultos, el sexo.
- Motivos de ingreso hospitalario: de adultos (hombres y mujeres) y pediatría.
- Enfermedades de declaración obligatoria.
- Localización de tumores.
- Motivos de incapacidad temporal.
- Vacunación infantil: mediante el seguimiento de la aplicación del calendario vacunal de una cohorte de niños desde el nacimiento hasta los 14 años.
- Vacunación de la gripe.
- Conductas adictivas: teniendo en cuenta la utilización de los pacientes de la Zona de los CEDEX: alcohol, tabaco, otras sustancias y adicciones comportamentales.

*Cuando sea posible, los datos recogidos se desagregarán por sexo.

5

¿QUÉ FUENTES DE INFORMACIÓN PODREMOS UTILIZAR PARA RECOGER LOS DATOS OBJETIVOS?

Los datos deberán solicitarse o consultarse en diferentes registros: Instituto Nacional de Estadística (INE), Ayuntamiento, Servicio de Epidemiología del SES, Servicio de Inspección del Área de Salud correspondiente, Servicio de Estadística del Hospital o del Complejo Hospitalario correspondiente, Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud, Sistema JARA, Registros del propio Centro de Salud y Registros de las Unidades de Apoyo.

Para algunos datos, habrá que establecer registros específicos en el propio Centro de Salud.

6

¿QUÉ DATOS SUBJETIVOS NECESITAREMOS?

La información subjetiva que incluiremos en el DSC se referirá a las necesidades y problemas de salud sentidos, a las percepciones que sobre la salud de la comunidad tienen los colectivos, recursos y ciudadanos de la misma.

Se recogerá información referida a toda la población en general, pero también se buscará información que afecte de manera específica a la población infantil, adolescente, mujeres y personas mayores.

7

¿QUÉ FUENTES DE INFORMACIÓN PODREMOS UTILIZAR PARA RECOGER LOS DATOS SUBJETIVOS?

La información subjetiva se recogerá de la población a través de dos técnicas:

- Grupos Focales.
- Entrevistas a Informadores Clave.

La técnica de Grupos Focales consiste en reunir a un grupo escogido de personas, para debatir y llegar a acuerdos sobre el tema propuesto. Los participantes parten de sus experiencias personales, puntos de vista y conocimientos sobre dicho tema.

Mediante la realización de Entrevistas semiestructuradas a Informadores Clave, se recogerá la información sobre sus conocimientos y experiencias respecto al tema propuesto.

El tema, en ambos casos, será: “necesidades y problemas de salud de la Comunidad”, y se estructurará mediante preguntas referidas a los determinantes de salud.

Se recoge en esta Guía, como Anexo 2, el procedimiento para la realización de los Grupos Focales y Entrevistas.

Los **GRUPOS FOCALES** podrán estar formados por:

- Profesionales de Centros Educativos de la Zona.
- Profesionales de los Servicios Sociales de Base.
- Profesionales de los recursos sanitarios de la Zona.
- Personas mayores.
- Adolescentes y jóvenes.
- Mujeres.
- Miembros de las Asociaciones de Vecinos.
- Voluntarios de colectivos sociales y ciudadanos.

Las Entrevistas a **INFORMADORES CLAVE** se realizarán a personas relevantes de la comunidad, conocedoras de las necesidades y problemas de la misma.

8

¿CÓMO PODEMOS HACER EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA?

En el caso de **DATOS OBJETIVOS**, se recomienda diseñar una sencilla tabla de datos (tipo Excel), que permita incorporar los datos recogidos de las diferentes fuentes, su tratamiento y la posibilidad de presentar los resultados a través de tablas y gráficos que faciliten su comprensión.

Durante el desarrollo de los Grupos Focales y Entrevistas, para recoger **DATOS SUBJETIVOS**, habrá que recoger todos los comentarios y aportaciones por escrito y, a ser posible, con el permiso correspondiente por parte de los participantes, mediante grabación de vídeo.

Se elaborará una tabla de datos sencilla que incluya los comentarios textuales de los participantes, que se codificarán según su contenido.

Estos códigos podrán a su vez estar compuestos por subcategorías, y se formularán de manera significativa, es decir, utilizando palabras o frases cortas pero con significado inequívoco y claro. La organización de estos códigos permitirá ordenar y clasificar la información, ponderando los contenidos más repetidos en los diferentes Grupos y Entrevistas.

9

¿DE QUÉ MANERA VAMOS A ANALIZAR E INTERPRETAR LOS RESULTADOS?

En este momento del proceso de elaboración del DSC, el grupo de trabajo deberá analizar e interpretar toda la información que ya ha sido organizada y codificada.

Se recogerá la información referida a la comunidad de la Zona de Salud, sus características demográficas, socioculturales, utilización de los recursos sanitarios, etc., aspectos que ilustrarán muchos de los Determinantes de Salud.

Los datos objetivos recogidos se analizarán e interpretarán interrelacionando éstos entre sí, en la medida de lo posible, y seleccionando aquéllos más relevantes para comprender los problemas de salud de la comunidad.

La información subjetiva está íntimamente relacionada con los Determinantes de la Salud, dado que los Grupos Focales y Entrevistas se han realizado buscando la salud percibida por la comunidad desde un enfoque integral de la misma, por lo que nos ayudará a detectar problemas que son en sí mismos factores determinantes sociales de la salud. Estos, tal y como indica el modelo de Dahlgren y Whitehead, se agruparán en capas, de la más externa a la más interna, teniendo en cuenta la difícil inclusión de manera exclusiva en una de ellas de muchos problemas/necesidades.

Se realizará un análisis convergente, utilizando datos objetivos y subjetivos, que permita ver la interrelación entre ellos o la falta, en su caso, de convergencia.

Se incluirá también un apartado de conclusiones, tanto referidas a la metodología de elaboración del DSC como a los resultados obtenidos.

Por último, se debe elaborar un listado de temas críticos: necesidades/problemas de salud llamados así por la importancia que tiene realizar un pronto abordaje, y que se presentarán sin orden de prioridad. Este listado se elaborará utilizando todos los datos y según los siguientes criterios: que la magnitud de la situación sea superior a la media del entorno, que exista una tendencia al aumento del problema o de sus determinantes,

que la comunidad o el EAP lo vivan como un problema, que sea susceptible de mejoría, que tenga tendencia a incrementarse si no se actúa sobre ellos, que afecten a grupos de población joven o vulnerable, que sean los más prevalentes en nuestra comunidad cuando no puedan aplicarse los criterios anteriores.

10

¿QUÉ DOCUMENTO DEBEREMOS ELABORAR?

El grupo de trabajo del DSC elaborará con toda la información un borrador de documento, incluyendo toda la información recogida, según el esquema que se propone en el Anexo 3. En este mismo Anexo se han incluido como referencias que pueden ser de utilidad: el Análisis de la Situación de Salud 2014 de la Zona de Salud El Progreso (Badajoz), el artículo “Metodología para realizar un análisis de situación de salud participado” y los cuatro DSC del Proyecto Participación y Salud de 2017 (en Badajoz: Suerte de Saavedra y Cerro Gordo; Higuera de Vargas y Valverde de Leganés).

Al tratarse de un DSC participado, es fundamental que se utilice un lenguaje comprensible por todos, sin renunciar al rigor necesario en la presentación de los datos ni en su análisis. La inclusión de gráficos y otros elementos que ilustren los datos ayudará a su comprensión. Se procurará seleccionar y resaltar lo que sea significativo y relevante, para que el documento no sea más extenso de lo necesario.

11

¿CÓMO VAMOS A APROBAR EL DOCUMENTO DEFINITIVO DEL DSC?

El borrador de documento se presenta al Equipo de Atención Primaria para ser debatido y recoger sus aportaciones.

Posteriormente, dicho documento, aún en fase de borrador, debe presentarse a la CCS. El objeto de esta presentación es, igualmente, debatir su contenido y recibir las propuestas, proponiendo su aprobación definitiva una vez incorporadas las mismas, en su caso.

El Diagnóstico de Salud Comunitario debe ser una herramienta compartida también con toda la comunidad, no únicamente con los miembros del EAP y la CCS.

Hay que procurar que los resultados puedan ser conocidos por los ciudadanos de la Zona, para lo que habrá que diseñar y programar las actuaciones necesarias que permitan conseguir este objetivo.

Para la organización de esta divulgación de resultados, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Sería conveniente organizar una presentación inicial, procurando la mayor participación de los vecinos, buscando también la difusión de la misma en los medios de comunicación.
- Podemos elegir diferentes formatos de presentación, procurando que ésta sea breve, clara y comprensible.
- Podremos elaborar materiales a partir del Documento aprobado, adaptados a diferentes colectivos de la Zona.
- La divulgación de los resultados del DSC será una tarea de todos los implicados desde el principio en su elaboración.

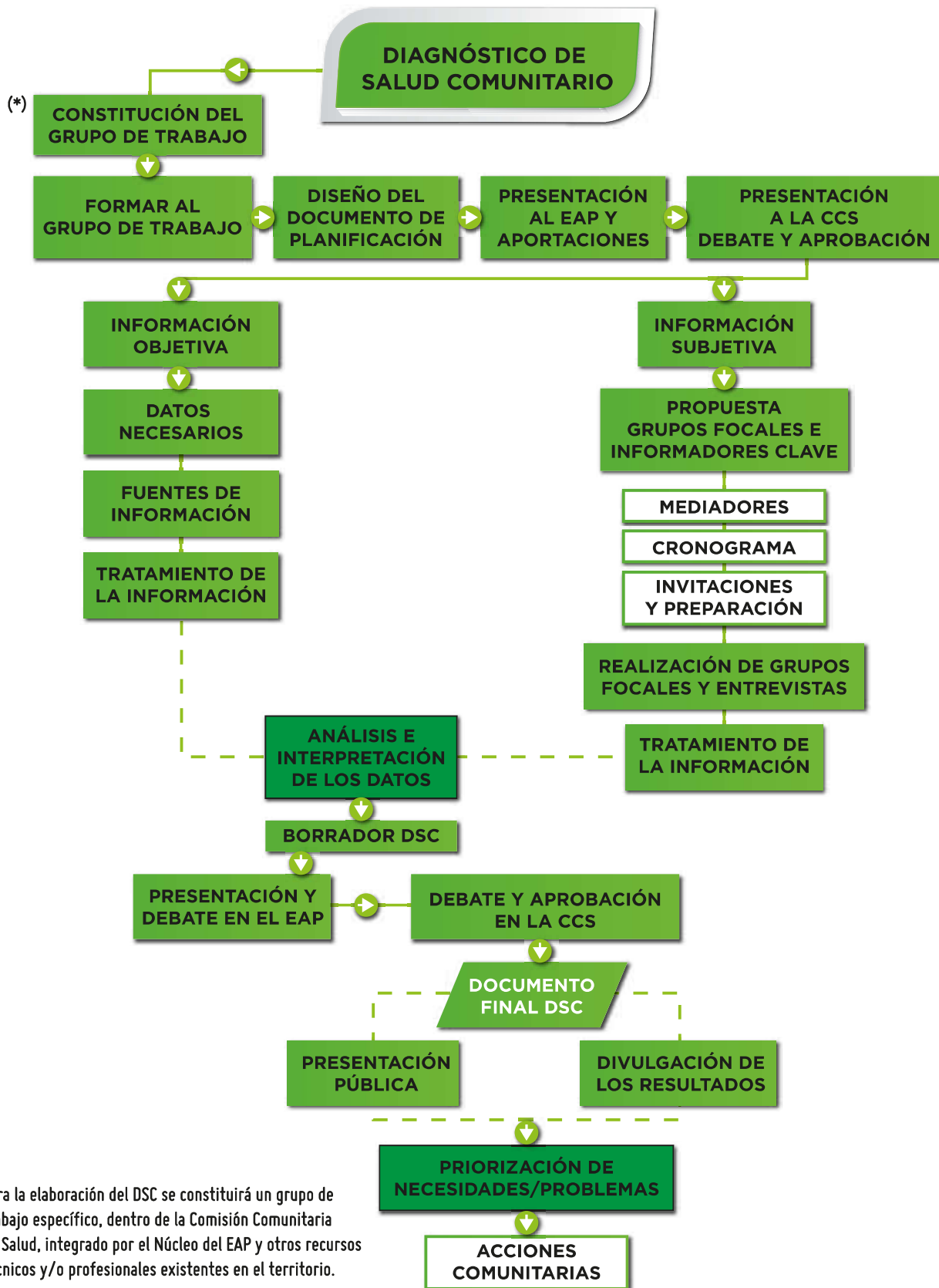
Hemos elaborado un documento que nos acerca al conocimiento del estado de salud de nuestra comunidad, lo hemos compartido y divulgado.

La CCS realizará una priorización sobre el listado de temas críticos, teniendo en cuenta factores como: posibilidad de intervención, coste, recursos humanos, gravedad del problema, población afectada, etc.

A partir de este momento se podrán empezar a diseñar las Acciones Comunitarias necesarias para contribuir a mejorar la salud de la comunidad, junto con la comunidad.

ANEXO 1

Algoritmo para la realización del Diagnóstico de Salud Comunitario



(*) Para la elaboración del DSC se constituirá un grupo de trabajo específico, dentro de la Comisión Comunitaria de Salud, integrado por el Núcleo del EAP y otros recursos técnicos y/o profesionales existentes en el territorio.

ANEXO 2

Procedimiento para la realización de Grupos Focales y Entrevistas

Para hacer posible la recogida de información subjetiva, se propone la realización de Grupos Focales y Entrevistas a Informadores Clave, explicando a continuación de manera breve en qué consiste la técnica y cómo aplicarla para nuestro Diagnóstico.

A TÉCNICA DEL GRUPO FOCAL

Explicamos de manera breve en qué consiste esta técnica de investigación cualitativa tal y como vamos a utilizarla para nuestro Diagnóstico.

El Grupo Focal es un grupo escogido de personas que se reúne para discutir colectivamente sobre un tema o hecho social sobre el que se está investigando y que tiene como propósito registrar cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y experiencia, siendo las conclusiones producto de la interacción y discusión entre ellos.

La participación es dirigida por el moderador y se realiza como una entrevista grupal estructurada, focalizada y abierta, aunque buscando el consenso final en las aportaciones del grupo respecto al tema propuesto.

Los participantes parten de su conocimiento de la comunidad, su experiencia y su percepción de la realidad, en nuestro caso sobre el tema “necesidades/problemas de salud de la Comunidad”.

B ORGANIZACIÓN Y PREPARACIÓN

✓ La **selección de grupos e informadores clave** se realiza en la CCS, teniendo en cuenta los diferentes colectivos, grupos de edad, etc., y los mediadores que colaboren en la elección de participantes para los grupos y entrevistas.

✓ Antes de la realización de cada Grupo y Entrevista se realiza la **convocatoria por escrito**, indicando motivo, día y lugar, a cada uno de los participantes. Previamente, los “mediadores” habrán explicado el objeto de la convocatoria a las personas seleccionadas.

✓ La **preparación** de la realización de Grupos y Entrevistas requiere disponer de un lugar adecuado (en el caso de los Grupos un espacio en el que los participantes se coloquen en círculo), cámara de vídeo y trípode para la grabación, guion de moderación, etc.

C LAS ENTREVISTAS A INFORMADORES CLAVE

En el caso de las Entrevistas, plantearemos las mismas cuestiones que a los Grupos, permitiendo que las personas entrevistadas planteen su conocimiento y percepción sobre las mismas sin intervenir ni opinar al respecto. Se tomarán notas y se pedirá permiso para grabar.

D MODERACIÓN Y REGISTRO DE DATOS

Para poder realizar los Grupos es precisa la participación de, al menos, dos profesionales. Las Entrevistas podrá realizarlas una sola persona.

Uno de ellos será el moderador y el otro tomará notas de las aportaciones y recogerá el consenso al que se vaya llegando en cada tema debatido.

El papel de moderador es de gran importancia, por lo que recogemos algunos aspectos a tener en cuenta para realizar esta tarea:

- ✓ Crear un clima de confianza, favorecer el intercambio de opiniones.
- ✓ Escuchar a los participantes atentamente, ayudar a reconducir las aportaciones hacia los temas propuestos, evitar que se entre en temas particulares, facilitar el consenso.
- ✓ Moderar activamente, no permitir que alguien del grupo lo haga, observar al Grupo y percibir su estado de ánimo, animar a participar a los que no lo hagan, controlar a los que intervienen en exceso.
- ✓ No expresar opiniones personales respecto a los temas, ni mostrar de manera no verbal aprobación o desaprobación.
- ✓ Controlar los tiempos sin apurar a los participantes.

Los datos se registrarán por escrito (comentarios textuales de los participantes) y se grabarán en vídeo para su transcripción posterior, para lo que habrá que pedir permiso al Grupo.

GUIÓN PARA MODERAR

PARA COMENZAR (15 minutos)

- ✓ Pedir permiso para grabar y aclarar la utilización de la grabación.
- ✓ Dar la bienvenida, presentar al equipo de investigación y presentación de las personas del grupo (anotar para poder referirse a ellos por su nombre).
- ✓ Explicar lo que vamos a hacer (objetivo del Grupo, tema a debatir): “Poner en común los problemas de salud de la población de este barrio, no vuestros problemas personales de salud, sino los generales”. “La salud tiene que ver con muchas cosas: el medioambiente, la calidad de vida, la vivienda, los recursos económicos, el nivel cultural, los hábitos de vida en cuanto a la alimentación, ejercicio físico, abuso de sustancias nocivas, la manera que tenemos de cuidarnos, los servicios sanitarios que podemos utilizar, las características personales de cada uno, etc.”
- ✓ Dar a conocer para qué lo hacemos: “Estamos haciendo el Diagnóstico de Salud Comunitario y que para ello es imprescindible la participación de todos. Porque es necesario que la población diga cuáles son esos problemas de todos, no los de cada persona en particular. El tratamiento lo pondremos también entre todos, trabajando por mejorar la salud de la Comunidad”
- ✓ Agradecer la participación de las personas del grupo, resaltar su importancia como conocedores del tema.
- ✓ Explicar cómo lo vamos a hacer: aclarar el tiempo disponible. definir qué es un Grupo Focal, explicar el funcionamiento (pedir la palabra, escuchar, ir cerrando por consenso los temas, etc.)

DURANTE LA DISCUSIÓN (60 minutos)

Ir planteando las preguntas, controlar los tiempos, evitar “corrillos”, procurar que participen todos, ir cerrando por consenso los temas, etc.

PARA TERMINAR (15 minutos)

- ✓ Resumir las aportaciones consensuadas. Aclarar con el grupo si es necesario lo que sea dudoso.
- ✓ Agradecer la participación y explicar que tendrán información sobre los resultados. Pedir permiso para incluir sus nombres en el documento final.

ANEXO 3

Contenido del DSC

1. JUSTIFICACIÓN
2. METODOLOGÍA PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO (DSC)
3. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD
 - 3.1. DATOS MEDIOAMBIENTALES
 - 3.2. LA POBLACIÓN. DATOS DEMOGRÁFICOS
 - 3.3. ASPECTOS SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS
 - 3.4. USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA ZONA
4. INFORMACIÓN OBJETIVA
 - 4.1. MORTALIDAD
 - 4.2. MORBILIDAD
 - 4.3. INGRESOS HOSPITALARIOS
 - 4.4. ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA Y CÁNCER
 - 4.5. INCAPACIDAD TEMPORAL
 - 4.6. VACUNACIÓN
 - 4.7. CONDUCTAS ADICTIVAS
5. INFORMACIÓN SUBJETIVA
 - 5.1. NECESIDADES/PROBLEMAS COMUNES A TODA LA POBLACIÓN
 - 5.2. POBLACIÓN INFANTIL
 - 5.3. ADOLESCENTES
 - 5.4. MUJERES
 - 5.5. PERSONAS MAYORES
6. INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN
 - 6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNIDAD
 - 6.2. INFORMACIÓN OBJETIVA
 - 6.3. INFORMACIÓN SUBJETIVA
7. ANÁLISIS CONVERGENTE
8. CONCLUSIONES
9. LISTADO DE TEMAS CRÍTICOS
10. BIBLIOGRAFÍA

Se pueden consultar los siguientes documentos para complementar lo recogido en esta Guía:

El Análisis de la Situación de Salud 2014, de la Zona de Salud El Progreso, de Badajoz, que podrás descargar en la siguiente dirección:

<http://proyectoelprogreso.blogspot.com.es/>

El Artículo “Metodología para realizar un análisis de situación de salud participado”, publicado en la Revista Comunidad, que podrás encontrar en el siguiente enlace:

<http://comunidadsemfyc.es/wp-content/uploads/Comunidad--Metodolog%C3%ADa-para-realizar-un-an%C3%A1lisis-de-situaci%C3%B3n-de-salud-participado.pdf>

Los cuatro DSC del Proyecto Participación y Salud de 2017 (en Badajoz: Suerte de Saavedra y Cerro Gordo; Higuera de Vargas y Valverde de Leganés) en el enlace:

<https://areasaludbadajoz.com/atencion-primaria/salud-comunitaria/>



ESTRATEGIA DE SALUD COMUNITARIA DE EXTREMADURA



CLÁUSULA DE GÉNERO

En la redacción de la presente Guía se ha tenido en cuenta lo establecido en la "Guía de lenguaje no sexista en la Administración Pública en Extremadura". En todo caso, cuando se alude a legislación, normativa establecida o bibliografía, se transcribe el literal referenciado.

<https://saludextremadura.ses.es/saludcomunitaria>

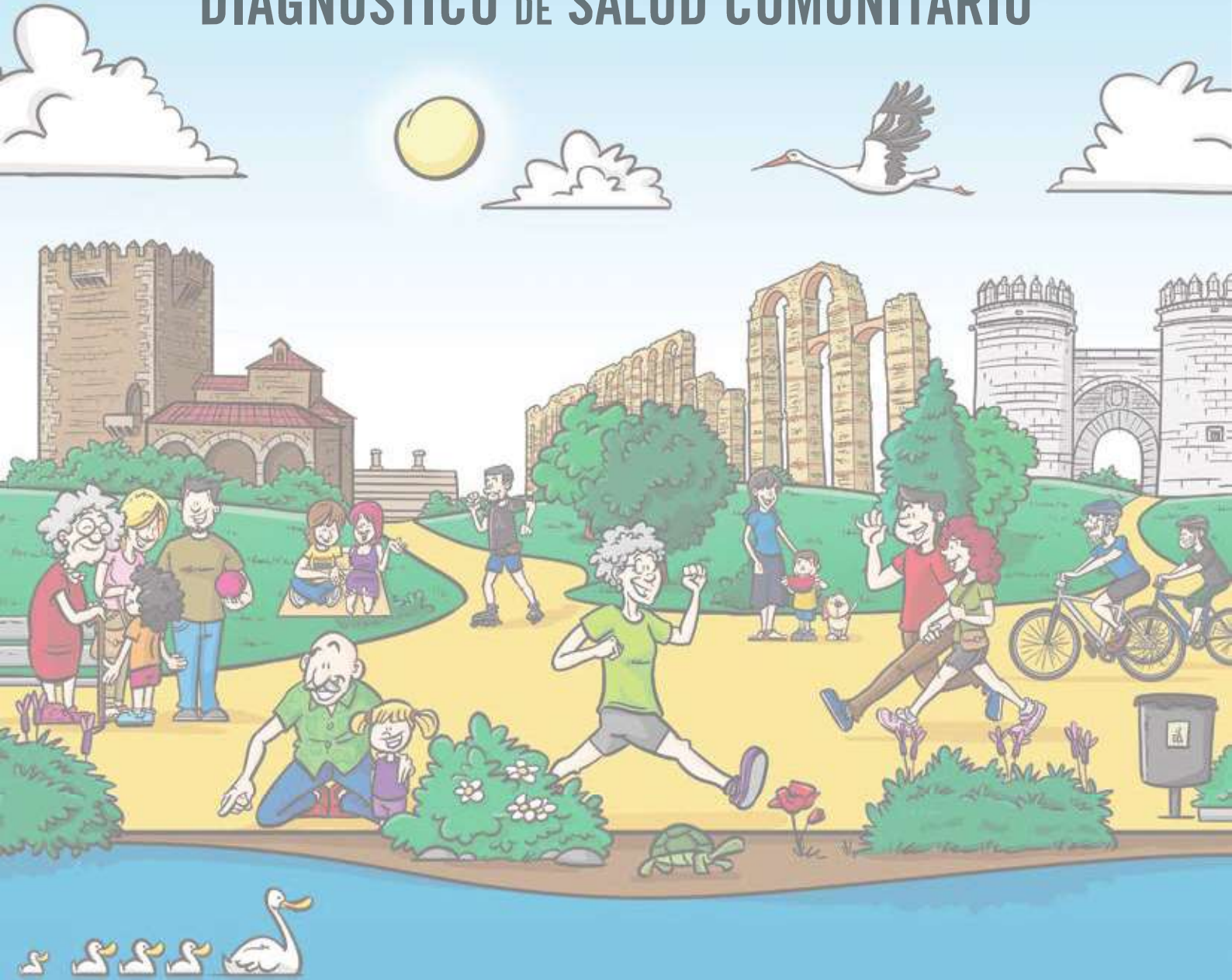
GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO



ISBN 978-84-09-47026-6



9 788409 470266

