

ORIGINALES**DESCRIPCION DEL AREA DE CAPTACION DE UN CENTRO DE SALUD URBANO****M. Díez, A. Gómez, B. Arranz, C. Liqueste, B. Romo, I. Pérez**

Centro de Salud "Casa del Barco". INSALUD. Valladolid.

RESUMEN

Se describe la distribución geográfica de la población usuaria de nuestro Centro de Salud, así como los índices de Dependencia del Establecimiento para determinados servicios ofertados, según dicha distribución. Se insiste en la necesidad de un mejor conocimiento, a efectos epidemiológicos y de administración sanitaria, de las características reales del Área de Captación —en contraposición con la delimitación realizada normativamente.

Se propone un método sencillo de estudio de los índices de Dependencia del Establecimiento, así como de su Área de Captación, basado en documentos de uso extendido en Equipos de Atención Primaria del Estado español.

Palabras Clave: Área de Captación, Índice de Dependencia del Establecimiento, Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT**Description of the Influence Area of an Urban Primary Health Care Center**

The geographical distribution of the population coming to our Primary Health Care Center, is described as well as the rates of Dependence on the Establishment for the Special Services supplied according to this distribution. The necessity of a better knowledge of the real characteristics in the Area of Attraction, from the point of view of epidemiology and health management, is emphasized in contrast with the normatively prescribed delimitation.

An easy method, based on documents in large use in the Primary Health Care units in Spain, is proposed to study the rates of Dependence on the Establishment as well as its Area of Attraction.

Key Words: Area of Attraction, Rate of Dependence on the Establishment, Primary Health Care.

INTRODUCCION

El Centro de Salud "Casa del Barco", de Valladolid, fue inicialmente encargado de la Atención a una Zona Básica de Salud (Z.B.S.), cuya población total estimada es de 50.477 habitantes. Una segunda delimitación dividía dicha Z.B.S. en dos (figural): la denominada "Campo Grande" (C.G.), con una estimación poblacional de 20.280 habitantes, a la que se asignaba el Centro, y la denominada "Gamazo" (G.A.), que englobaría el resto de población, la cual

sería atendida en un Consultorio de tipo tradicional existente en la Zona.

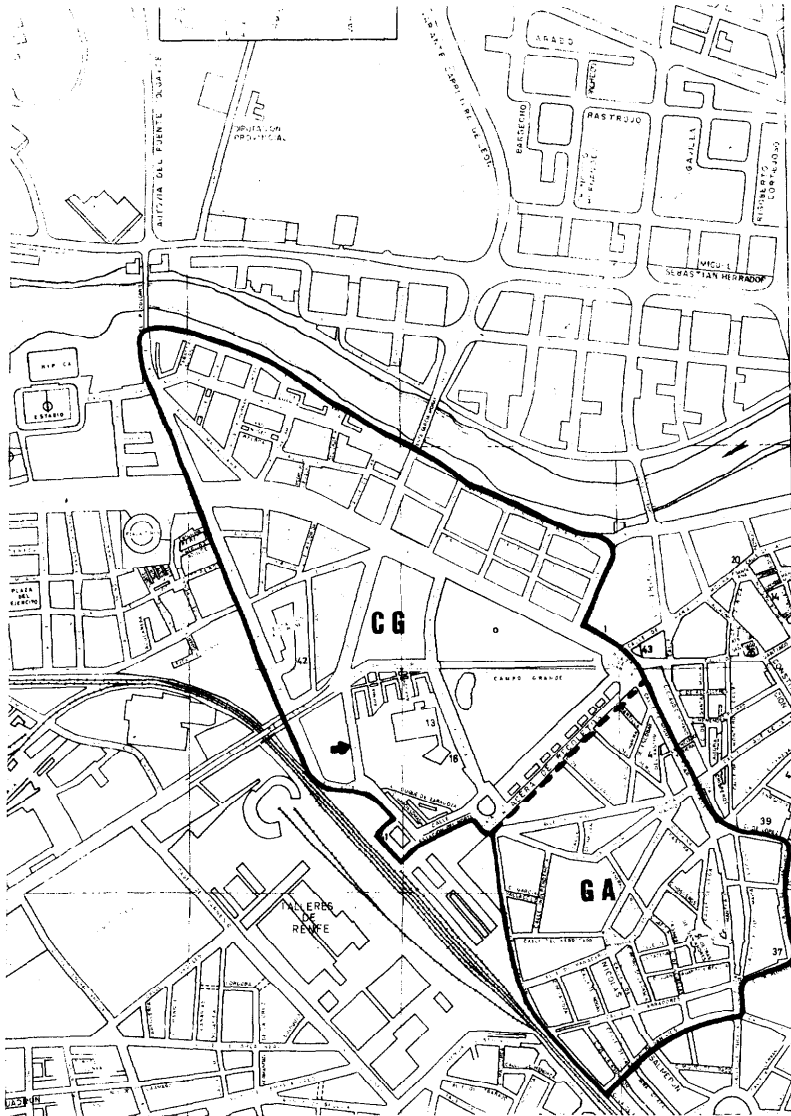
La necesidad de valorar la carga de trabajo que suponía para el Centro de Salud (C. de S.) la atención de usuarios, ajenos a su Zona, nos llevó a tratar de delimitar nuestra Área de Captación (A.C.), la cual está formada por el conjunto de personas que han contactado alguna vez con el C. de S. para solicitar sus servicios y los Índices de Dependencia del Establecimiento (I.D.E.), respecto de la población, que representan la proporción de trabajo del Equipo que se dedica a cada grupo de población en función de su procedencia, por lo que hasta qué punto los recursos disponibles son empleados en personas externas a los límites normativamente marcados.

Correspondencia:
Miguel Ángel Díez García
Centro de Salud "Casa del Barco". INSALUD
C/García Morato, II bis
47007. Valladolid

Los estudios de A.C. y de I.D.E. representan una aportación fundamen-

tal, tanto cuando se emplean con fines de administración sanitaria¹, al permitir una

FIGURA 1
Zonas de salud atendidas en el centro



- CG : Campo Grande
- GA : Gamazo
- - : División de Zonas
- : Delimitación de Zonas
- ▶ : Centro de Salud

más adecuada planificación de Programas de Salud y Servicios, como a efectos de estudios epidemiológicos², al referirnos a poblaciones reales, aportando correctos denominadores a las tasas y razones.

Gran parte de los estudios publicados sobre A.C. se refieren a la planificación de los servicios hospitalarios, en ocasiones desde perspectivas puramente cuantitativas³ y en otras ligándola a características más cualitativas de las poblaciones atendidas^{4,5,6}. En otras ocasiones los trabajos tienen que ver con la planificación de servicios sanitarios del primer nivel, bien valorando la accesibilidad geográfica⁷, identificando las comunidades con mayores necesidades en materia de salud⁸, diseñando soluciones para las más desfavorecidas⁹, o valorando la evolución de los servicios en función de factores comunitarios¹⁰.

En el presente trabajo, que ha supuesto importantes utilidades para la planificación de las actividades y servicios de nuestro Centro de Salud, proponemos una metodología sencilla para su uso por equipos de características similares, empleando soportes documentales, generalmente disponibles.

MATERIAL Y METODOS

Los cálculos de población se han realizado en base a proyecciones para 1989 del Padrón Municipal de Habitantes de Valladolid del año 1986. Las delimitaciones geográficas de la primitiva Zona de Salud como de su posterior división son las propuestas por la Junta de Castilla y León, en Orden de 17 de julio de 1984 de la Consejería de Bienestar Social, y posteriormente en Decreto 32/1988 de 18 de febrero.

Para el estudio del A.C., se han empleado las fichas individuales (figura 2) que se abren a cada usuario del Centro la primera vez que acude al mismo, cualquiera que sea la causa de su asistencia (de salud, administrativa...). Dichas fichas incluyen los datos de filiación, fecha de nacimiento, profesionales asignados a la atención de dicha persona, información sobre pertenencia a determinados grupos de riesgo o su inclusión en determinados programas de salud y, lo más importante en el caso que nos ocupa, su domicilio. El total de esas fichas representa nuestra A.C. Se ha revisado, de forma aleatoria, el 5 por 100 de las fichas de las 11.480 cumplimentadas desde la apertura del Centro en 1985 hasta el mes de julio de 1990, señalando las que pertenecen a cada una de las dos Z.B.S.,

FIGURA 2
Modelo de ficha individual

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Enfermedades y Factores de Riesgo | | | | | | | | | | | | | | | Control Actividades y Programas | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| CLAVE HISTORIA INDIVIDUAL | | | | | | | | | | | | | | | CLAVE HISTORIA FAMILIAR | | | | | | | | | |
| 1.º Apellido: | | | | | | | | | | | | | | | M. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| 2.º Apellido: | | | | | | | | | | | | | | | E. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | | | | | | | | | P. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Domicilio: Calle, n.º, piso y letra | | | | | | | | | | | | | | | TS. <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Teléf. | | | | | | | | | | | | | | | Zona Geográfica... <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Localidad: | | | | | | | | | | | | | | | Ocupación: | | | | | | | | | |
| Situación Laboral: | | | | | | | | | | | | | | | Nivel Educación: | | | | | | | | | |
| AVISOS URGENTES A | | | | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |

delimitadas por la Administración, objeto del estudio, así como las ajenas a cualquiera de ellas. Se ha extrapolado el resultado de la muestra al total de las fichas, obteniendo así la estimación de población fichada para cada zona.

El I.D.E., en su forma más sencilla de cálculo, podría determinarse con el estudio del porcentaje de la población fichada procedente de cada Zona, respecto al total de fichas. Se dispondría así de una aproximación al conocimiento de la proporción del trabajo del Equipo que consumirá la atención a cada Zona. No obstante, para intentar un mejor conocimiento del uso de nuestros servicios, se ha calculado también el I.D.E. para las solicitudes espontáneas de asistencia médica en el Centro y a domicilio.

Para conocer el I.D.E. de la demanda de consultas espontáneas en el Centro, se ha revisado una muestra sistemática del 10 por 100 de las 15.140 solicitudes realizadas en los seis primeros meses de 1990. Dichas solicitudes quedan reseñadas en el Registro del Programa de Cita Previa, con el número de ficha correspondiente a cada usuario. Basta, pues, localizar la ficha y, en ella, el domicilio de procedencia. La relación entre las consultas procedentes de una Zona y el total de las consultas nos proporciona el I.D.E. para las consultas médicas espontáneas.

El I.D.E., para las solicitudes espontáneas de asistencia médica domiciliaria, se ha calculado de similar manera. En

este caso, la fuente de datos ha sido la copia que se conserva en el Centro de cada aviso presentado, en la cual consta la dirección del usuario. Se han revisado, de forma sistemática, el 10 por 100 de las 450 solicitudes de asistencia a domicilio, efectuadas al Equipo en el primer semestre de 1990.

Se ha realizado, finalmente, un análisis estadístico de las diferencias encontradas entre los distintos I.D.E. Por ello, al tratarse de comparaciones entre porcentajes, se ha utilizado el método del error estándar, que expresa la homogeneidad o no entre los mismos y con ello la probabilidad o no de homogeneidad en los comportamientos que reflejan. El margen de seguridad obtenido es superior al 99 por 100.

RESULTADOS

En la fecha de cierre del estudio, la estimación del tamaño de nuestra A.C. era de 11.480 personas y su procedencia geográfica era:

| | |
|------------------------------------|----------------|
| -- Z. de Salud "Campo Grande" (CG) | 9.100 (79,27%) |
| -- Zona de Salud "Gamazo" (GA) | 2.180 (18,99%) |
| -- Otras procedencias | 200 (1,74%) |

La relación de las poblaciones captadas con el total de población estimada para cada una de las Zonas se representa en la (figura 3).

FIGURA 3
Relación entre la población captada y la población total de las Zonas de procedencia

GA: 2.180 captados/30.197 habitantes
CG: 9.100 captados/20.280 habitantes

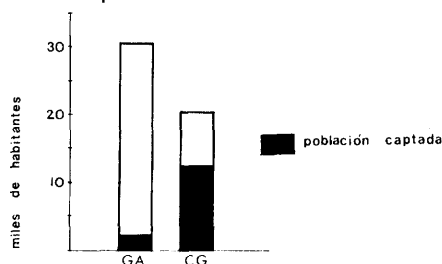


TABLA I

Indices de Dependencia del Establecimiento (I.D.E.), en función de la Población Captada, las solicitudes de Asistencia Domiciliaria y las de Consulta Espontánea, según las procedencias geográficas

| | ZBS "Campo Grande CG | | ZBS "Gamazo" GA | | Otras Procedencias | |
|--|----------------------------|----------|-----------------------|----------|-----------------------|----------|
| | T. estimado | % I.D.E. | T. estimado | % I.D.E. | T. estimado | % I.D.E. |
| Solicitudes de Consulta Espontánea | 13.530 | 89,43 | 1.480 | 9,38 | 180 | 1,19 |
| Solicitudes de Asistencia Domiciliaria | 370 | 82,22 | 80 | 17,78 | 0 | 0 |
| Distribución del Area de Captación | 9.100 | 79,27 | 2.180 | 18,99 | 200 | 1,74 |

Los I.D.E., es decir, las proporciones en que las actividades del Centro se dedican a una u otra Zona, se muestran en la (tabla I), comparadas con la distribución por procedencias del A.C.. La disparidad aparente entre los I.D.E. de Consulta Espontánea y los porcentajes de distribución por procedencias se ha analizado estadísticamente, demostrándose con una probabilidad superior al 99 por 100 el comportamiento heterogéneo de las poblaciones. El estudio estadístico entre los porcentajes de las procedencias y los I.D.E. para las solicitudes de asistencia domiciliaria muestra, sin embargo, la probable homogeneidad entre ambos, con seguridad superior al 99 por 100.

DISCUSION

Las delimitaciones territoriales realizadas por las administraciones pueden, en ocasiones, no corresponderse con el uso que se hace de los servicios de salud ofertados.

Así, se produce normalmente una disparidad entre lo que sería "delimitación normativa" y lo que acaba siendo la

"delimitación efectiva". Múltiples causas se pueden atribuir a esta disparidad:

- Problemas de accesibilidad en sentido amplio (geográficos, laborales, sociales, culturales, ...).
- Delimitación contraria a las tendencias "naturales" de movimiento de población.
- Oferta de otros servicios sanitarios con prestaciones similares en el territorio (mutuas, consultas privadas, ...).
- Prestigio de las instituciones y/o sus profesionales.

De esta forma, se impone el conocimiento del Area de Captación del establecimiento, que representa la población que realmente depende de él, y es, por tanto, una aproximación bastante acertada de lo que hemos llamado "delimitación efectiva". Esta determinación resulta imprescindible a efectos de estudios epidemiológicos, pues nos aporta denominadores fiables para las tasas y razones. Igualmente, el conocimiento del total de población atendida y su distribución geográfica es importante a efectos de planificación de los servicios de salud, tanto desde los niveles

superiores (eventuales cambios de delimitación, asignación de recursos, ...) como desde el escalón primario de la atención (construcción de indicadores válidos para la evaluación, corrección de eventuales sesgos de cobertura, ...).

El estudio del Area de Captación es, metodológicamente, de una extremada sencillez en los C.S. de nuestro medio, al precisar como único soporte informativo, la ficha individual que, con mínimas variaciones, se está empleando por casi todos los Equipos de Atención Primaria (E.A.P.) del Estado Español.

En un Sistema Sanitario en que, como el nuestro, la atención del primer nivel es cubierta por una múltiple oferta (servicios públicos y privados, centros específicos de nivel primario y de niveles de referencia, consultas externas hospitalarias, servicios de urgencia), el conocimiento de las A.C. de cada uno de los ofertantes sería fundamental para determinar sus Indices de Dependencia Poblacional (I.D.P.), que representarían el porcentaje de usuarios procedentes de cada zona, en relación con el total de usuarios atendidos¹, mostrando el grado de dependencia que tienen las poblaciones de cada zona de los servicios disponibles. Desgraciadamente, este tipo de estudios no es fácil en nuestro medio debido a la heterogeneidad de la oferta sanitaria y a la falta de instrumentos de registro comunes.

Los I.D.E. han sido, al igual que los I.D.P., instrumentos para la planificación y evaluación para los niveles normativos y de referencia de los sistemas sanitarios (órganos de dirección, establecimientos hospitalarios), pero creemos que tienen una importancia fundamental a la hora de elaborar los programas de actuación en los C.S., de cara a la organización de las actividades y el estudio de los rendimientos de las mismas. El hecho de que propongamos la determinación de distintos tipos de I.D.E. (de población fichada,

de consulta espontánea) se debe a la diversidad de la oferta de servicios que puede realizar un E.A.P. (consultas médicas, de enfermería, de trabajo social, espontáneas o concertadas, domiciliarias o en el Centro, programadas o no) y que dichos servicios pueden no utilizarse de manera homogénea.

Nos llamó la atención el comportamiento homogéneo de las poblaciones cuando demandaban asistencia a domicilio y su heterogeneidad cuando acudían a consultas espontáneas, resultando la Zona G.A. netamente menos demandante de lo que cabría esperar. Inicialmente pensamos que la demanda asistencial domiciliaria viene condicionada por factores menos ligados a las características de atención ofertada cuando las condiciones generales de las zonas de procedencia son similares; sin embargo, la hipótesis que queda en el aire es que, si la demanda de consulta espontánea en el Centro es casi la mitad de lo que se podría esperar por los usuarios de una Zona que, normativamente, no depende del mismo es porque la demanda ha dejado de ser espontánea y puramente asistencial, para pasar a ser concertada o incluida en uno de los Programas de Salud funcionantes; en otras palabras, las personas ajenas a nuestra Zona de Salud (C.G.) harían un uso cualitativamente más adecuado de nuestros servicios, y formarían parte de nuestra A.C. por considerar el modelo de atención prestada más adecuado que el puramente asistencial. Esta hipótesis esperamos sea la base de posteriores estudios que la demuestren.

AGRADECIMIENTO

Deseamos hacer constar nuestro agradecimiento a las compañeras en las áreas de Administración y Recepción del Centro de Salud, Ana Hernández. M

Antonia Carrín, Begoña Lamas, Africa Ortega y Esther Vidal.

Su colaboración ha hecho nuestro trabajo mucho menos arduo pero, sobre todo, nos ha permitido sentir la satisfacción del trabajo en equipo.

BIBLIOGRAFIA

1. Pineault R, Daveluy C. Definición de la población en estudio. En "La Planificación Sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias". Barcelona: Masson SA, 1987: 53-59.
2. Diesfeld HJ. Definición de la Zona atendida por un hospital como denominador de los indicadores de morbilidad derivados de datos hospitalarios en países desarrollados. En: "Holland WW, Ipsen J, Kostrzewsky J. "Mediciones de los niveles de salud". Barcelona: Ed. Salvat, 1982: 183-191.
3. Pueyo Subías P, García Rivas JV, Barra Galán C. Estudio del Area de influencia de un hospital provincial y su proyección para el año 2000. *Todo Hospital* 1991; 73: 21-25.
4. Legnini MW, Thompson JD, Der Simonian R, Lynch JT. Changes in Connecticut Hospital Use Rates: Have Small-Area Variations Been Affected? *Inquiry* 1990; 27: 51-60.
5. Tedeschi PJ, Wolfe RA, Griffith JR. Micro-area variation in hospital use. *Health Serv Res* 1990; 6: 729-740.
6. Kirkup B, Forster D. How will health needs be measured in districts? Implications of variations in hospital use. *J Public Health Med* 1990: 45-50.
7. Wing P, Reynolds C. The availability of physician services: a geographic analysis. *Health Serv Res* 1988; 5: 649-667.
8. Womersley J, McCauley D. Tailoring health services to the needs of individual communities. *J Epidemiol Community Health* 1987; 41: 190-195.
9. Nichols AW, Silverstein G. Financing medical care for the underserved in an era of federal retrenchment: the health service district. *Public Health Reports* 1987; 102: 686-691.
10. Brooker CG. An investigation into the factors influencing variation in the growth of community psychiatric nursing services. *Journal of advanced nursing* 1987; 12: 367-375.