

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES DE SALUD: DESCRIPCIÓN DE UNA EXPERIENCIA PARTICIPATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Jorge Martínez de la Iglesia / Javier Fonseca del Pozo / Luis Ángel Pérula de Torres / Roger Ruiz Moral
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Centro de Salud de "Occidente" Córdoba

Resumen

Objetivo: identificar problemas y necesidades de salud de la población adscrita a nuestra Zona Básica de Salud (ZBS), detectar diferencias en la percepción en función de las características socio-geográficas.

Métodos: estudio observacional descriptivo, de corte transversal. Investigación cualitativa. Emplazamiento: una ZBS de la ciudad de Córdoba, a la que dividimos en tres zonas: urbana (ZU), marginal (ZM) y rural (ZR). Se seleccionaron tres tipos de población y los siguientes instrumentos; a) Población general mayor de 15 años (N=12.801); encuesta por entrevista personal domiciliaria (porcentaje de cobertura= 96,6%); b) Informadores-clave de la comunidad (N=47), mediante estudio Delphi (tasa de respuesta: 62,5%) y Técnica del Grupo Nominal a los participantes de los Consejos de Salud (% respuesta 65,4%); c) Profesionales sanitarios (N=45), mediante estudio Delphi (tasa de respuesta: 58,5%).

Resultados: mientras que para la población, los dolores articulares y las alergias constituyeron los problemas de salud prioritarios en las tres zonas analizadas, para los informadores-clave y los profesionales sanitarios fueron la mala higiene bucodental, ocupando también un lugar destacado los problemas crónicos. En cuanto a las necesidades detectadas, la población de la ZU señaló fundamentalmente la ausencia de infraestructuras de ocio y esparcimiento; la de la ZM, la falta de seguridad ciudadana; y en la ZR, la carencia de recursos sanitarios apropiados.

Conclusiones: aunque existe coincidencia con algunos de los problemas y necesidades de salud reconocidos como más importantes por los diferentes grupos estudiados, se observan ciertas discordancias interesantes de analizar, que podrían explicarse por el diferente modo de entender el proceso salud-enfermedad de cada grupo, forma de percibir y valorar los problemas y necesidades, y por las distintas características socio-geográficas existentes.

Palabras clave: Necesidades de Salud. Planificación Sanitaria. Prioridades de Salud. Métodos de Consenso.

IDENTIFICATION OF HEALTH PROBLEMS AND NEEDS: A PARTICIPATIVE EXPERIENCE FROM PRIMARY CARE

Summary

Objective: to identify health problems and needs from a Health area population. To detect inequalities in relation with sociodemographic variables.

Methods: an observational descriptive study, cross-sectional study, qualitative research. Setting: a Health area in Cordoba divided in three different areas: residential, inner city and rural area. We select three different groups of population and the following instruments of measurements: a) general population older than 15 years old (survey by interview completed door-to-door and personally) (N=12,801) (coverage= 96.6%); b) Representatives of the community (N=47), by Delphi technique (answering rate= 62.5%) and Nominal Group technique applied to participants in Health Councils (answering rate=65.4%); c) Health workers (N=45), by Delphi Process (answering rate= 58.5%).

Results: The people consider pains in their joints and allergies as the priority health problems, for the representatives of the community and the health workers the most important problems were dental hygiene and some chronic diseases. The needs detected as most important were, for the people from residential area, the lack of public gardens and cultural sites, for people from the inner city area it was the lack of public safety and in the rural area it was the lack of proper health resources.

Conclusions: Although the different groups we study maintain a close agreement on what are the most important health problems and needs, we observed several interesting disagreement that could be explained by the different point of view that each group has on the process of health-disease, on perceiving problems and needs and on the sociodemographic differences among them.

Key Words: Needs Health, Health Planning, Health Priorities, Methods of Consensus.

Correspondencia: L.Á. Pérula de Torres. Unidad docente medicina familiar y comunitaria. Hospital Reina Sofía. Edif. Gobierno. Avda. Menéndez Pidal s/n. 14004. Córdoba.

Este trabajo ha sido subvencionado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS expte. 92/1384).

Introducción

En los últimos años, y a raíz de la conferencia de Alma-Ata¹, se define la atención primaria de salud (APS), no sólo como un nivel asistencial sino como una estrategia en los que los principios de equidad, racionalización y democratización deben ser los elementos de referencia para hacer frente a los principales problemas y necesidades de salud de las comunidades². El desarrollo de este enfoque ha sido sistematizado por diferentes autores, entre los que se encuentra Abramson³, el cual la denominó como "Atención Primaria Orientada a la Comunidad"-APOC-, y conlleva la aplicación de los métodos epidemiológicos a la planificación sanitaria y a la medicina comunitaria, el trabajo mediante programas y la necesidad de implicación de la comunidad en todo el proceso⁴⁻⁶.

La planificación sanitaria tiene como objetivo final mejorar el estado de salud de la población mediante el uso adecuado de los recursos sanitarios. El punto de partida de la planificación se encuentra en el conocimiento y la comprensión del entorno en el que se sitúa, desarrollando aquello que debe realizar o, principalmente, conocer lo que no debe realizar⁷. Por tanto, el primer paso en el proceso de planificación sanitaria consiste en el estudio de los problemas y necesidades de salud de la comunidad donde se pretende aplicar⁸.

Para llegar a la identificación de dichos problemas y necesidades se han venido utilizando clásicamente los indicadores de salud, y más recientemente, las encuestas de salud⁹. El método por indicadores está presentando algunos problemas cuando se trabaja con poblaciones pequeñas cosa que resulta habitual en el ámbito de la APS. Las encuestas generales de salud es un procedimiento que ha demostrado ser de una gran utilidad en la planificación al recoger una información muy variada sobre problemas y necesidades sentidas, autopercepción del estado de salud, factores de riesgo y grado de utilización y satisfacción con los servicios de salud⁹.

En el medio de la APS puede ser interesante recoger también la opinión que los líderes comunitarios y los profesionales de la salud tienen sobre los problemas y necesidades de salud percibidas y reconocidas, y contrastar sus visiones con las de la población general. Para ello puede ser adecuado usar una serie de técnicas que, proviniendo de las ciencias sociales, pueden resultar de una gran utilidad para la resolución de problemas en el campo de la salud. Son los denominados "métodos de consenso"⁹⁻¹¹, los cuales están basados en la idea de que un consenso, obtenido entre un grupo de personas que

conozcan bien la comunidad, es suficiente para que se puedan utilizar los resultados de forma ventajosa⁸.

Existen escasos trabajos publicados, en los que haciendo uso de estos procedimientos al mismo tiempo, nos permitan demostrar su validez al aplicarse al ámbito de la APS para establecer el grado de coincidencia de la información obtenida a través de ellos. Tomando como base este planteamiento, hemos realizado un estudio cuyo objetivo fundamental era conocer cuáles constituían los problemas y necesidades de salud priorizados por determinados grupos de población seleccionados de nuestra comunidad en base a ciertos criterios, y el grado de concordancia entre ellos. De esta manera deseábamos comprobar la existencia o no de diferencias en la percepción de dichos problemas y necesidades en función de las características socio-geográficas, además de valorar empíricamente la utilidad práctica de los procedimientos y técnicas de planificación sanitaria probadas en el diagnóstico de salud de nuestra población.

Sujetos y métodos

Se diseñó un estudio observacional descriptivo, de tipo transversal, con utilización de técnicas de investigación cualitativas.

Nuestro trabajo se ha realizado en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Occidente, de Córdoba capital. En ella se pueden delimitar tres áreas claramente diferenciadas según criterios geográficos, socio-demográficos, económicos y culturales: a) Zona marginal (ZM): se trata de una barriada situada en el casco urbano, habitada por población de carácter marginal, con un porcentaje significativamente alto de raza gitana, un nivel socioeconómico muy bajo, y elevadas tasas de desempleo, drogadicción y delincuencia; b) Zona Urbana (ZU): se englobaron aquí a todos los residentes de las restantes barriadas ubicadas en el casco urbano, los cuales se caracterizaban por poseer un nivel socioeconómico medio o medio-bajo; c) Zona rural (ZR): incluye a varias barriadas y núcleos periféricos de población con una gran dispersión geográfica, cuya fuente de ingresos de sus habitantes proviene primordialmente de la realización de tareas agrícolas, y con un bajo nivel socio-económico en general.

La población de la ZU y ZM estaba adscrita a un Centro de Salud ubicado en una de las barriadas, mientras que la de la ZR se hallaba cubierta sanitariamente por tres Consultorios rurales, situados en las pedanías conocidas como Villarrubia (dos de

ellos) y El Higuero. Cada centro asistencial contaba con personal médico propio asignado de manera permanente.

Para nuestro trabajo se procedió a seleccionar tres grupos de población:

a) Población general: se incluyeron a todos los sujetos mayores de 15 años, de ambos sexos, residentes en nuestra ZBS, que representaban un total de 12.801 habitantes, según la actualización del padrón municipal realizada en 1990. De dicho censo (utilizando el listado del padrón ordenado alfabéticamente), y mediante procedimiento sistemático (constante $k=33$), se escogió una muestra representativa de 384 individuos, calculada asumiendo un error tipo I del 5% ($\alpha=0,05$), una precisión de 0,05 (amplitud del intervalo de confianza para los estimadores globales $=\pm 5\%$), y una proporción $p=q=0,05$ (caso más desfavorable)¹². Se optó por usar el muestreo sistemático por su fácil aplicación cuando se dispone de un listado con todas las unidades de muestreo y porque permite que la muestra pueda ser representativa de todos los grupos de población¹², en función de las variables que deseábamos estratificar (edad, sexo y lugar de residencia).

Un 12% de los sujetos de la muestra fueron reemplazados por presentar dirección errónea o por ausencia prolongada de su domicilio (al menos tres intentos de contacto). Los criterios utilizados para su sustitución fueron: lugar de residencia (permanecer a la misma zona), sexo y tener una edad de ± 2 años respecto al sujeto sustituido.

b) Informadores-clave: se consideró como informador-clave a todo aquel miembro que se le podía reconocer por poseer un mejor conocimiento de su comunidad⁸, y que fuera residente habitual de la ZBS: representantes sociales, religiosos, autoridades locales y demás líderes naturales de la comunidad. Se escogieron a aquellas personas que destacaban por algún tipo de liderazgo personal o representación oficial de las instituciones de la zona (presidentes de asociaciones de vecinos, de padres de alumnos, de ancianos, de amas de casa, religiosos, directores de colegios, representantes del comercio y la industria, alcaldes de las pedanías y monitores de gitanos). En total, la población diana estuvo constituida por 47 personas.

c) Profesionales de la salud: la condición de inclusión fue establecida en base a ocupar en la ZBS un puesto de trabajo en áreas de responsabilidad en materia de salud. La población diana la constituían un total de 45 trabajadores: 10 médicos de familia, dos pediatras, nueve enfermeros, tres auxiliares de enfermería, una trabajadora social, tres administrativos y tres celadores, todos ellos personal del Equi-

po de Atención Primaria de los centros de la zona. También se incluyeron a los siete farmacéuticos y a los siete auxiliares de farmacia de la ZBS.

La distribución de la población de estudio total y para cada zona se muestra en la tabla 1.

Se define como "Problema de Salud" el estado de salud considerado como deficiente por el individuo, por el profesional sanitario o por la colectividad⁸. La "Necesidad" se definió como la desviación o la diferencia entre el estado óptimo, y el estado actual o real⁸. En este sentido, la necesidad representa lo que se requiere para solucionar el problema identificado. Se partió de la base de considerar la salud como una variable dependiente influida por múltiples factores, no solamente biológicos sino también aquellos ligados al entorno del sujeto, a los estilos de vida y al sistema sanitario¹⁰.

Los instrumentos de medida escogidos fueron los siguientes:

1) Población general: se empleó la encuesta por entrevista personal domiciliaria⁸. Se elaboró un cuestionario precodificado y estructurado constituido por 37 preguntas, la mayoría de ellas cerradas. Muchas de las preguntas del cuestionario fueron extraídas o estaban basadas en otras encuestas previamente validadas en nuestro país¹³⁻¹⁵. El cuestionario fue pilotado antes de su utilización, valorándose además su fiabilidad mediante procedimiento test-retest⁹. El cuestionario constaba de seis bloques. En el presente estudio solamente recogemos los datos que hacen referencia a las siguientes variables:

- Edad, sexo y lugar de residencia del entrevistado.
- Problemas y necesidades de salud percibidos: se incluyeron dos preguntas abiertas, una sobre los problemas de salud de la zona y otra específica sobre las necesidades de salud que en opinión de los encuestados padecían los habitantes de su barrio o zona en ese momento, debiendo nombrar al menos tres por orden de mayor a menor importancia.

Las encuestas fueron pasadas por dos personas con experiencia profesional, ajenas al equipo investigador, y que fueron previamente adiestradas en la realización de las mismas.

2) Informadores-clave de la comunidad: como medio para obtener la información se contó con los dos consejos de salud existentes en la zona rural. Uno de estos consejos llevaba funcionando más de dos años (El Higuero), mientras que el otro se acababa de constituir hacía unos meses (Villarrubia). Para alcanzar los objetivos propuestos, los miembros habituales de los consejos fueron convocados a una reunión para tratar el tema de forma monográfica. Para la generación de la información

Tabla 1. Distribución por edad, sexo y zona de los tres grupos de población estudiados

Zona	Población general (n= 371)						
	n	Sexo		Grupos de edad			
		Mujeres	Hombres	15-24	25-44	45-64	>64
Zona urbana	144 (38,8)	72 (50,0)	72 (50,0)	25 (17,4)	79 (54,9)	34 (23,6)	6 (4,2)
Zona marginal	61 (16,4)	31 (50,8)	30 (49,2)	17 (27,9)	18 (29,5)	19 (31,1)	7 (11,5)
Zona rural	166 (44,7)	86 (51,8)	80 (48,2)	49 (29,5)	49 (29,5)	45 (27,1)	23 (13,9)
Informadores-clave (n= 28)							
Zonas urbana y marginal	10 (35,7)	4 (40,0)	6 (60,0)	0 (0,0)	7 (70,0)	3 (30,0)	0 (0,0)
Zona rural	18 (64,3)	9 (50,0)	9 (50,0)	0 (0,0)	15 (83,3)	3 (16,7)	0 (0,0)
Profesionales sanitarios (n= 30)							
Zonas urbana y marginal	18 (60,0)	10 (55,5)	8 (44,4)	0 (0,0)	18 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)
Zona rural	12 (40,0)	7 (58,3)	5 (41,7)	0 (0,0)	11 (91,7)	1 (8,3)	0 (0,0)

Entre paréntesis, datos expresados en %.

se utilizó la metodología propuesta por Delbeq et al., para la Técnica de Grupo Nominal (TGN)¹⁶. En la zona urbana marginal, el procedimiento empleado fue el de la técnica de Delphi¹⁶, al no estar en estas zonas constituido aún el consejo de salud.

3) Profesionales de la salud: como fuente de obtención de los datos se empleó también en este grupo la técnica Delphi¹⁶.

Tanto en el estudio Delphi como en el desarrollo de la TGN con los participantes en los consejos de salud, se incluyeron dos preguntas abiertas de contenido similar a las de la encuesta de salud.

El trabajo de campo se desarrolló de mayo a octubre de 1991.

De cara a establecer un orden de prioridad, tanto a los participantes en los estudios Delphi como en la TGN se les pidió que puntuaran de 1 a 10, según el grado de importancia, los ítems de los listados con los problemas y necesidades de salud identificados. Las respuestas de la encuesta de salud a la población fueron computadas agrupándose en categorías y estableciéndose un orden de priorización en función del porcentaje de respuestas obtenidas en cada una de ellas, procediéndose a su estratificación según las zonas geográficas diferenciadas.

Los datos fueron procesados con el programa informático DBASE III Plus. Se aplicó el test de χ^2 para comprobar la homogeneidad de la muestra poblacional teórica con la real ($p < 0,05$).

Resultados

El porcentaje de respuesta a la encuesta a la población general fue del 96,6% (n=371), no observándose diferencias estadísticamente significativas según edad, sexo o zona geográfica. Respondieron al cuestionario Delphi el 64,3% y el 66,6% de los profesionales sanitarios de las ZU y ZR, respectivamente, no destacando ningún colectivo ante la ausencia de respuesta. De las 16 personas con las que se contactó por ser consideradas como informadores-clave de la comunidad en la ZU, respondieron a nuestra invitación 10 (62,5%). Por otro lado, en la ZR, la tasa de respuesta a la convocatoria de reunión de los consejos de salud fue del 55,5% en el consejo de Villarrubia, y del 61,5% en el de El Higuérón.

Las características socio-demográficas de las poblaciones estudiadas se muestran en la tabla 1.

Tabla 2. Problemas de salud percibidos

Zona de residencia	Encuesta poblacional	Informadores clave	Profesionales sanitarios
Urbana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolores articulares (16%) 2. Alergias (13%) 3. Drogadicción (11%) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mala higiene bucodental y alimentaria (82 ptos) 2. Alergias (78 ptos) 3. Drogadicción (76 ptos) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depresión, enfermedad de los nervios (112 ptos) 2. Mala higiene bucodental y alimentaria (111 ptos) 3. Enfermedades crónicas (110 ptos)
Marginal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Drogadicción (54%) 2. Alergias (5%) 3. Dolores articulares (2,5%) 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mala higiene bucodental y alimentaria (144 ptos) 2. Drogadicción (138 ptos) 3. Aumento de embarazos no deseados (131 ptos)
Rural	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolores articulares (35%) 2. Alergias (9,6%) 3. Hipertensión arterial (2%) 	<p><i>Villarrubia</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mala higiene bucodental y alimentaria (77 ptos) 2. Alcoholismo (61 ptos) 3. Enfermedades crónicas (50 ptos) <p><i>El Higuero</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infecciones abdominales, por agua mal tratada (78 ptos) 2. Mala higiene bucodental y alimentaria (57 ptos) 3. Enfermedades óseas y alergias (50 ptos) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión arterial (95 ptos) 2. Obesidad (89 ptos) 3. Alcoholismo (79 ptos)

En la tabla 2 aparece un resumen de los problemas de salud priorizados por cada uno de los grupos, en función de la zona geográfica. Como se puede apreciar, los dolores articulares fueron el problema de salud considerado en primer lugar por los encuestados de la población general de la ZU y ZR (16% y 35%, respectivamente), mientras que la drogadicción (54%), ocupó el primer puesto en la ZM. La mala higiene buco-dental y de régimen alimentario, en cambio, fue el problema de salud más puntuado por los informadores-clave y por los participantes en el consejo de salud de Villarrubia, mientras que en el de El Higuero, las "infecciones abdominales por agua mal tratada" constituyó el problema percibido como más importante. Por último, entre los problemas reconocidos por el personal de salud destacan, en primer lugar, la depresión (en la ZU), la higiene buco-dental (en la ZM) y la hipertensión arterial (en la ZR).

En la tabla 3 se pueden observar las necesidades de salud percibidas por las tres poblaciones de estudio para cada zona. Para la población general, la falta de zonas verdes y recreativas constituyó la necesidad más frecuentemente expresada (29,1%), mientras que para la población marginal fue la delincuencia (83,6%), y en la ZR la falta de pediatra (31,3%). La ausencia de locales comerciales y de un mercado de abastos en el barrio fue la necesidad sentida que recibió una mayor puntuación por los

informadores-clave de la ZU, seguida muy de cerca de la inseguridad ciudadana; mientras que para la ZR, los déficits predominantes estuvieron relacionados con la infraestructura de los servicios de salud. La falta de cultura fue el condicionante de salud que en primer término se priorizó por los profesionales sanitarios de las ZU y ZM, mientras que los de la ZR señalaron también el déficit de infraestructura como la necesidad más importante detectada.

Discusión

En el caso del estudio de los problemas y necesidades de salud, la encuesta resulta un instrumento de medida ventajoso porque permite obtener información de los que no utilizan los servicios de salud, siendo la mejor fuente sobre la morbilidad percibida⁸. La elevada tasa de cobertura alcanzada en la encuesta de salud nos da unas ciertas garantías de que representa el sentir de los residentes de nuestra comunidad, al mismo tiempo que nos hace pensar que entre la población general existe un alto grado de motivación y de interés sobre temas relacionados con la salud, siendo considerado como algo trascendente el expresar sus opiniones.

Por otro lado, en los escasos trabajos publicados en nuestro país en los que se ha aplicado la técnica

Tabla 3. Necesidades de salud percibidas

Zona de residencia	Encuesta población	Informadores clave	Profesionales sanitarios
Urbana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de parques, zonas verdes. Locales culturales y recreativos (29,1%). 2. Falta de comercios y mercado de abastos (28%). 3. Mala urbanización (accesibilidad y aislamiento del lugar de residencia) (16%). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de locales comerciales, y de un mercado de abastos (80 ptos). 2. Inseguridad ciudadana (79 ptos). 3. Falta de locales culturales, de zonas verdes, y de instalaciones deportivas (70 ptos). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabetismo e incultura (104 ptos). 2. Paro, trabajo sumergido (99 ptos). 3. Falta de zonas verdes y de instalaciones deportivas (90 ptos).
Marginal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Delincuencia, falta de vigilancia policial (83,6%). 2. Insalubridad (moscas, animales incontrolados) (65,3%). 3. Mala accesibilidad al centro de salud (16,4%). 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabetismo e incultura (136 ptos). 2. Paro, trabajo sumergido, bajo nivel socioeconómico (132 ptos). 3. Delincuencia, inseguridad ciudadana (126 ptos).
Rural	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de pediatra (31,3%). 2. Falta de locales sanitarios apropiados (23,5%). 3. Mala accesibilidad al centro de salud (17,5%). 	<p><i>Villarrubia</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit de infraestructura sanitaria (dispersión geográfica, falta de un centro de urgencias y de personal sanitario las 24 horas del día) (71 ptos). 2. Falta de salud medioambiental (vertidos incontrolados y malos olores de las fábricas, agua no potable en las Cuevas de Altazar, animales no controlados) (60 ptos). 3. Viviendas en mal estado (44 ptos). <p><i>El Higuero</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Centro de urgencias las 24 horas del día (66 ptos). 2. Falta de salud medioambiental (presencia de ganadería en el interior de la barriada, malos olores) (62 ptos). 3. Déficit de medios higiénicos para la práctica deportiva (58 ptos). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit de infraestructura sanitaria (dispersión geográfica, falta de pediatra, falta de locales apropiados) (80 ptos). 2. Zona deprimida, bajo nivel socioeconómico (79 ptos). 3. Población anciana (83 ptos).

de Delphi al campo de la salud, las tasas de respuesta suelen estar alrededor del 50% tras la segunda vuelta^{17,18}. En cuanto a la capacidad de convocatoria de los consejos de salud, el grado de asistencia varía entre el 40 y el 70%^{19,20}, situándonos dentro de este rango, como se ha podido comprobar en nuestro estudio. El interés de los procedimientos de búsqueda de consenso es que en la medida en que la selección ha permitido reunir a los diferentes sectores o grupos de la comunidad, da un abanico de problemas y necesidades actuales que puede corresponder con los problemas y necesidades de salud detectados por otros métodos considerados más "objetivos". No obstante, resulta difícil averiguar si la selección realizada, y sobre todo, el grupo que finalmente no ha participado, pueden ver representadas sus necesidades. Por otro lado, una de las principales limitaciones de estas técnicas es su falta

de precisión, ya que podemos quedarnos con los enunciados superficiales de las ideas. Otro inconveniente está relacionado con el procedimiento de votación o del ordenamiento, ya que obliga a priorizarlas, de tal forma que las posiciones extremas se desechan incluso aunque se trate de problemas nuevos o muy interesantes de considerar⁸.

Al comparar los problemas de salud identificados como prioritarios por los tres colectivos que participaron en el estudio, destaca el alto grado de concordancia a la hora de considerar a los dolores articulares y a las alergias entre los tres primeros problemas. Además, la drogadicción ocupa también un lugar destacado en las dos zonas urbanas (ZR y ZM), cosa bastante lógica por la proximidad geográfica entre las barriadas que la componen.

Por otra parte, la información obtenida a través de los informadores-clave el estudio pone en eviden-

cia que existen problemas detectados en la misma medida por éstos, y otros en que la población general no parece reparar o llega a considerarlos como suficientemente importantes, como puede ser la mala higiene bucodental y alimentaria, el caso de las infecciones abdominales por agua de consumo con malas condiciones de potabilidad (en la zona de El Higuero), o el alcoholismo en la otra comunidad rural (Villarrubia). Resulta interesante comprobar cómo los informadores-clave coinciden en un alto grado con los profesionales sanitarios, sobre todo en aquellos problemas que se pueden considerar más como de salud pública y que requieren de un abordaje comunitario en el que deben implicarse diversas situaciones y grupos organizados. Las enfermedades crónicas también han sido catalogadas por ambos grupos como de una especial relevancia, sobre todo en la ZR, al tratarse de una población con un alto porcentaje de personas mayores.

En cuanto a las principales necesidades de salud sentidas, el estudio pone de relieve aspectos consonantes y disonantes. Así, entre los aspectos en donde parece existir un mayor grado de acuerdo, cabe destacar la falta de recursos sanitarios en la ZR. Las quejas sobre este tema expresadas por la población general encuestada, fueron posteriormente corroboradas por los informadores-clave y por los propios profesionales sanitarios que trabajaban en dicha zona. Mediante estos datos pudimos corroborar que los residentes de la zona rural se sentían muy insatisfechos con las condiciones estructurales (local, recursos materiales y humanos) de los consultorios rurales a los que acudían, lo que no se puso de manifiesto por los entrevistados residentes en la ZU, al existir en ésta un centro de salud de construcción reciente con su equipamiento completo.

Por otro lado, también llama poderosamente la atención que los profesionales sanitarios en la zona urbana pusieran más el acento en el analfabetismo de la población y la falta de cultura, mientras que los representantes de la comunidad y la población general priorizaran las deficiencias en infraestructura urbanística, al parecer más importante para ellos para alcanzar un determinado nivel de calidad de vida. Una vez más, se ha podido comprobar que el concepto de necesidad está estrechamente asociado a las representaciones culturales de la salud y de la enfermedad y cambia de sentido según quién lo use (médico, farmacéutico, paciente,...), y cuándo y dónde se utilice (ambiente socioeconómico y cultural)²¹.

Si comparamos nuestros datos con los publicados por otros autores que utilizaron métodos parecidos, observamos una gran variabilidad en cuanto a las prioridades de salud percibidas. Así, en un estu-

dio realizado en otra zona de nuestra ciudad²², los problemas de salud elegidos como prioritarios por parte de una serie de informadores clave fueron: enfermedades respiratorias, parasitosis infantiles y la artrosis, percibiendo la drogadicción como el principal factor condicionante, aspecto este último que sí concuerda con nuestros resultados. En cuanto a las principales necesidades sentidas, la mayoría de los encuestados en dicho estudio consideraron aquellas que guardaban relación directa con la higiene y cuidado del espacio urbano comunitario, aunque también mostraban sus quejas sobre ciertas deficiencias de los servicios de salud.

En un estudio realizado en 1992 sobre una muestra representativa de población residente en Córdoba²³, se pudo constatar que los problemas que más importaban a sus habitantes eran: la delincuencia, seguido del desempleo, el tráfico de vehículos por la ciudad y la drogadicción. Como se ha puesto de manifiesto, la delincuencia y la inseguridad ciudadana también fueron priorizados por los participantes en nuestro estudio, señalando la zona marginal como uno de los focos del problema.

Una de las utilidades derivadas del uso de la metodología empleada en este trabajo, es que nos ha permitido explorar y al mismo tiempo señalar la posible raíz de ciertas desigualdades de salud de la población de estudio, lo que nos puede servir para generar hipótesis de causalidad entre los problemas de salud detectados y los posibles factores condicionantes. Como se sabe, la verificación de dicha hipótesis requerirá del posterior diseño de trabajos de investigación de carácter analítico. Estamos de acuerdo con Vuori²⁴ en que "los profesionales de la APS son, por su proximidad con la comunidad, los que están en mejores condiciones de ver el grado y la naturaleza de las desigualdades de salud". El problema surge cuando se tiene que intervenir pues, desde la declaración de Alma-Ata¹ y, posteriormente, en la carta de Ottawa²⁵, se reconoce que los servicios de salud son sólo una parte de la respuesta social al proceso salud-enfermedad, presentando grandes limitaciones a la hora de enfrentarse a los problemas y necesidades de salud detectados. Por eso, la APS debe estructurarse sobre tres pilares básicos²⁶: 1) sistemas de servicios sanitarios cuyo núcleo sea el nivel primario de atención; 2) colaboración intersectorial, lo que implica reconocer que desde sectores distintos al sanitario deben efectuarse acciones de salud, y 3) participación comunitarias como requisito esencial para que dichas acciones sean eficaces y eficientes.

La participación de la comunidad es un instrumento que, al menos *a priori*, se considera muy útil y necesario para conseguir junto con los profesiona-

les sanitarios, unas propuestas comunes que faciliten la búsqueda de soluciones. Pero como afirman Antón et al²⁷, la participación comunitaria se percibe como un objetivo más teórico que real, alejado de la práctica cotidiana de la atención sanitaria y desprovisto de una dimensión técnica.

Resulta necesario pues, si queremos avanzar en el desarrollo de la APS, potenciar los mecanismos de participación comunitaria y la colaboración con el resto de los estamentos con competencias en Salud Pública.

En conclusión, consideramos que la experiencia de planificación que hemos descrito sucintamente en el presente artículo puede ser de utilidad para todo aquel equipo de salud que se sienta estimulado por orientar más adecuadamente sus actividades en el ámbito de la APS. Ello se deberá traducir en la puesta en marcha de diversas estrategias, como la elaboración de programas de salud específicos para los problemas de salud identificados, dirigidos a

determinados grupos de riesgo en cada zona (como por ejemplo, el de alcoholismo, que ya ha sido puesto en marcha por nuestro equipo de salud, y de manera especial en la ZR), en el desarrollo de líneas de investigación consideradas como prioritarias, y en la denuncia (mediante el envío de los informes técnicos correspondientes) a las autoridades sanitarias y no sanitarias competentes de las deficiencias encontradas (lo que, por ejemplo, parece haber podido contribuir a la mejora producida en los servicios de salud de la ZR, la cual resultaba ser la más desfavorecida).

Agradecimientos

Queremos mostrar nuestro más sincero agradecimiento a todos los que han participado desinteresadamente en este estudio, por el alto grado de colaboración mostrado en la generación de la información.

Bibliografía

1. OMS-UNICEF. *La Declaración de la Atención Primaria de Salud*. Ginebra. Serie Salud para todos nº 1 OMS, 1978.
2. Oleaga JI, de Manuel E. Sistemas de Salud y Atención Primaria. En: Martín A, Cano JF, dirs. *Manual de Atención Primaria*. Organización y Pautas de actuación en la consulta. Barcelona: Doyma, 1989: 12-28.
3. Abramson JH. *Survey methods in Community Medicine. An introduction to epidemiological and evaluative studies*. New York: Churchill Livingstone, 1984.
4. Nutting PA, Green LA. Community Oriented Primary Care. En: Rakel RE, dir. *Textbook of Family Practice*. Philadelphia: WB Saunders company, 1990: 306-14.
5. Foz G, Pañella G, Martín C, Pou R, Peray JL. Atención Primaria orientada a la comunidad (I). Fundamentos conceptuales y metodológicos. *Aten Prim* 1991; 8: 252-4.
6. Peray JL, Pañella G, Foz G, Pou R, Martín C. Atención Primaria orientada a la comunidad (II). Desarrollo sistemático de una práctica de APOC. *Aten Prim* 1991; 8: 720-3.
7. Alfonso JL. *Servicios de Salud. Técnicas avanzadas de Marketing y Planificación sanitaria*. Barcelona: Doyma, 1991.
8. Pineault R, Daveluy C. *La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson, 1987.
9. Anónimo. Consensus Statements. *N Engl J Med* 1981; 304: 11.
10. Dever G. An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. *Soc Ind Res* 1976; 2: 465.
11. Varela J. Los métodos de consenso en el sector sanitario. *Gac Sanit* 1991; 5: 114-116.
12. Argimón JM, Jiménez J. *Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud*. Barcelona: Doyma, 1991: 97.
13. Encuesta de Salud del País Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco: Vitoria, 1987.
14. Alonso J, Antó JM. Encuesta de Salud de Barcelona, 1986. Barcelona: Área de Salud Pública. Ajuntament de Barcelona, 1989.
15. *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
16. Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH. *Group Technique for Program Planning. A guide to Nominal Group and Delphi Processes*. Glenview: Scott Foresman and Co, 1975.
17. Carbonell C, Gascón E, Nolasco A, Álvarez-Dardet C. Estudio de opinión sobre prioridades de salud en la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit* 1991; 5: 135-8.
18. Cabezas C, Nebot M, GEPS. Prioridades en prevención y promoción de la salud desde la Atención Primaria: la perspectiva de los profesionales. *Aten Prim* 1991; 8: 99-102.
19. Ribas MA, Sendra MP, Miralles S et al. Evaluación de una experiencia de participación de la comunidad: El consejo de salud de Novelda (Alicante). *Aten Prim* 1987; 4: 407-12, 420.
20. Barceló ML, Martínez E, Sánchez A, Sánchez V, Cánovas J, Marset P. Los consejos de Salud: balance de un año de funcionamiento. *Aten Prim* 1992; 9: 73-8.
21. Bonal P. Necesidad de salud. Demanda y oferta. En: Gallo FJ (dir). *Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: Beecham, 1993: 763-74.
22. Pérula LA, Ramírez B, Pacheco M, Pérez MD. Identificación de problemas y necesidades de salud a través de una encuesta a Informadores-clave de la comunidad. *Aten Prim* 1990; 7: 398-9.
23. Prieto A. *Diagnóstico de Salud de Córdoba*. Córdoba: Área de salud Pública. Ayuntamiento de Córdoba, 1992.
24. Vuori H. Salud para todos e Investigación en Atención Primaria. *Aten Prim* 1991; 8: 449-54.
25. OMS. *Ottawa charter for Health Promotion*. I conference international of Health Promotion. Ottawa, 1986.
26. Vuori H. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? *Aten Prim* 1984; 1: 3-4.
27. Antón I, Antoñanzas A, Puente MA, Subias P. Consejos de Salud. *Aten Prim* 1992; 9: 410-1.

