

ORIGINALES

Metodología para realizar un análisis de situación de salud participado

Cristina Martínez Roa. Residente en Enfermería de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Progreso. Servicio Extremeño de Salud, Badajoz

Livia Manchón López. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Progreso. Servicio Extremeño de Salud, Badajoz

M^a Dolores Fernández López. Enfermera. Centro de Salud El Progreso. Servicio Extremeño de Salud, Badajoz

M^a Ángeles Maynar Mariño. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Progreso. Servicio Extremeño de Salud, Badajoz

Gloria González Conde. Pedagoga. Centro de Salud El Progreso. Servicio Extremeño de Salud, Badajoz

Ignacio Maynar Mariño. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Progreso. Servicio Extremeño de Salud, Badajoz

Para contactar

Cristina Martínez Roa: cristinamartinezroa@gmail.com

RESUMEN

Un análisis de situación de salud (ASS) identifica los problemas y necesidades de una población desde una perspectiva comunitaria. Es esencial la participación de la ciudadanía para obtener información, y es la única fórmula para conseguir su implicación en la mejora de los problemas. En cada comunidad los problemas y necesidades vienen dados por la influencia de los determinantes sociales de la salud (DSS), que podrían modificarse mediante intervenciones multisectoriales.

El objetivo principal: desarrollar una metodología de investigación participativa para aproximarse al conocimiento de la situación de salud de una comunidad.

Se constituyeron dos grupos de trabajo para la obtención de datos cualitativos y cuantitativos, con el fin de convergerlos en un análisis final que pudiera compararse con uno previo de 2006, contextualizando los resultados desde el enfoque de los DSS.

Palabras clave: determinantes sociales de salud, participación comunitaria, planificación en salud comunitaria.

METHODOLOGY TO DEVELOP A PARTICIPATORY HEALTH SITUATION ANALYSIS

Abstract

A health situation analysis identifies the population's problems and needs from a community perspective. The population's participation is essential to obtain information, and is the only formula to achieve their involvement in improving problems. The problems and needs of each community come from the influence of the social determinants of health, which could be modified through multisectoral interventions.

Main objective: To develop a participative research methodology to address the knowledge of a community's health situation.

Two working groups were set up to obtain qualitative and quantitative data, to bring them together in a final analysis which could be compared with the previous one from 2006, contextualizing the results from the social determinants of health perspective.

Key words: social determinants of health, community participation, planning in community health

INTRODUCCIÓN

La planificación en salud comunitaria utiliza la metodología de planificación por programas de salud, ya que esta es la que toma como punto de partida los problemas y necesidades de salud de la población. Se basa en las siguientes etapas:

1. Identificar los problemas y necesidades de salud de la población y establecer un orden de prioridades.
2. Diseñar y poner en marcha programas para responder a los problemas prioritarios.
3. Evaluar el impacto de estos programas sobre la salud de la población.

El primer paso para trabajar en Atención Primaria de Salud con orientación comunitaria es identificar los problemas y necesidades de salud de una población. Denominamos a esta primera etapa de identificación de los problemas «Análisis de la situación de salud de una comunidad»¹⁻³.

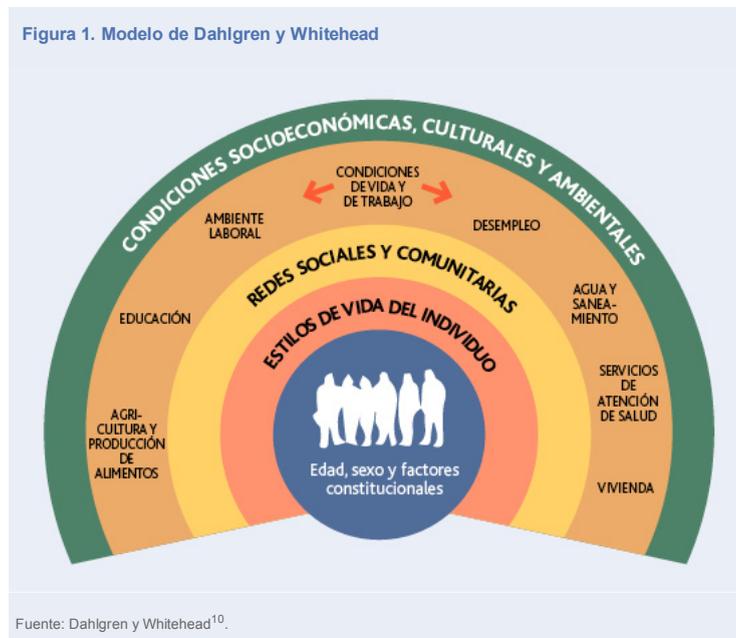
La participación de la ciudadanía es de vital importancia desde una doble vertiente: por un lado, los propios ciudadanos son una fuente de información de gran interés para reconocer los principales problemas y necesidades que les afectan. Por otro lado, es la única fórmula para conseguir su implicación activa en las propuestas de mejora que se establezcan, ya que «la verdadera participación comunitaria comienza desde el diagnóstico», tal y como propone Marco Marchioni, experto investigador social⁴.

Se trata de diseñar intervenciones comunitarias basadas en las necesidades de la población, y que estarán enmarcadas en los determinantes y las desigualdades en salud.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son en palabras de Tarlov⁵: «las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar». Los DSS

apuntan tanto a los rasgos específicos del contexto social que afectan a la salud como a los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos de salud⁶⁻⁹ y que pueden ser transformadas a través de intervenciones.

El modelo de Dahlgren y Whitehead (figura 1) explica cómo las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades, y al nivel de políticas de salud nacionales¹⁰.



La Zona de Salud El Progreso está situada en el norte de la ciudad de Badajoz, conformada por varios barrios. La situación socioeconómica en esta zona es de gran vulnerabilidad, con bolsas de pobreza y marginación importantes. Su centro de salud atiende aproximadamente a 7.400 personas^{11,12}.

OBJETIVOS

- Desarrollar una metodología de investigación participativa para aproximarse al conocimiento de la situación de salud.
- Formar a los profesionales del centro de salud que participarán en la elaboración del ASS.

MÉTODOS

El Centro de Salud El Progreso trabaja desde el Proyecto Progreso (proyecto de salud comunitaria participada, en el que tratan de equilibrarse las funciones asistenciales con la planificación, la prevención y la promoción de la salud). Este proyecto pretende integrar a todos los protagonistas de la comunidad (instituciones, recursos técnicos y ciudadanía), a través de un órgano de participación y coordinación permanente: la Comisión Comunitaria de Salud (CCS). Para la elaboración de este ASS participada, el equipo de Atención Primaria (EAP) se implicó desde el principio, involucrando posteriormente a la CCS¹³.

Uno de los objetivos del Proyecto Progreso es hacer planificación en salud mediante ASS periódicos. El primero se realizó en 2006, recogiendo un estudio cualitativo y cuantitativo de los principales problemas de salud de la zona. Transcurridos más de 6 años, se inicia un nuevo análisis que actualice y compare la realidad actual con la anterior. Para el diseño del presente ASS se ha tenido en cuenta el de 2006, pero también la existencia de nuevas fuentes de información y un enfoque diferente que se ha considerado más completo, profundizando en la explicación sobre los determinantes de salud^{11,13}.

Constitución de grupo de investigación

En el EAP se constituyó un grupo multidisciplinar de investigación, incluyendo a todos los residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria, que a su vez se dividió en dos subgrupos, uno para la investigación cualitativa y otro para la cuantitativa. Cada grupo organizó su funcionamiento de manera independiente, pero coordinada.

Formación e investigación

En ambos grupos de investigación se utilizó diversa documentación complementaria de soporte, y se formó a los investigadores, realizándose sesiones docentes específicas con diferentes contenidos, entre otros:

- Búsqueda de información.
- Manejo de bases de datos.
- Técnica de grupos focales.
- Habilidades de comunicación.
- Técnicas de moderación de grupos.
- Análisis cualitativo de datos.

Recogida y tratamiento de la información

Datos cuantitativos

La recogida de datos cuantitativos se realizó procedente de distintas fuentes (entre otras: el Instituto Nacional de Estadística (INE), Servicio de Epidemiología del Servicio Extremeño de Salud, registros de actividades del Centro de Salud El Progreso, Centro de Drogodependencia Extremeño,

etc.) y en distintos momentos, ya que hubo diferencias en los sistemas de registros, disponibilidad de los investigadores, etc. Con estos datos recogidos, se crearon varias bases Excel.

Datos cualitativos

Se obtuvieron mediante la «escucha» a la comunidad. Se organizaron 12 grupos focales (GF) formados por colectivos y recursos técnicos de la zona y se realizaron entrevistas a 10 testigos privilegiados (TP) (personas con un buen conocimiento de los problemas de salud de la comunidad).

La captación de participantes se hizo a través de mediadores que pertenecían a la CCS, y se decidió quiénes eran las personas idóneas por sus características y por la información que podían aportar. Se envió carta personalizada a todos los posibles participantes, quienes confirmaron su colaboración, para incluirlos después en un grupo focal o en la lista de testigos privilegiados (tabla 1).

Tabla 1. Fuentes de información datos cualitativos

GRUPOS FOCALES Y TESTIGOS PRIVILEGIADOS	
GRUPO FOCAL	DESCRIPCIÓN
MAESTROS	Maestros y maestras de los centros de educación infantil y primaria de la zona de salud. Colegio Nuestra Señora de la Asunción, C.P. Nuestra Señora de Fátima y C.P. Santa Engracia
PROFESORES DE SECUNDARIA	Profesores, profesoras y otros profesionales del Instituto de Educación Secundaria San José
SERVICIOS SOCIALES DE BASE	Trabajadores sociales y otros profesionales de los servicios sociales municipales de la zona
CENTRO DE SALUD	Profesionales del EAP del Centro de Salud El Progreso
PERSONAS MAYORES	Personas mayores de 65 años, usuarios del Centro de Mayores de Campomayor
COMUNIDAD GITANA (MUJERES)	Grupo de mujeres de etnia gitana
ASOCIACIONES DE VECINOS	Miembros de las juntas directivas y colaboradores de las asociaciones de vecinos de El Progreso, Gurugú y Santa Engracia (UVA)
JÓVENES VOLUNTARIOS	Jóvenes residentes en la zona o que colaboran en ella habitualmente como voluntarios, perteneciendo algunos a asociaciones
ADOLESCENTES	Grupo de adolescentes que estudian en el Instituto San José y residen en la zona
VOLUNTARIOS DE PARROQUIAS	Voluntarias y voluntarios de parroquias católicas de la zona que colaboran con actuaciones sociales
COMUNIDAD MUSULMANA (HOMBRES)	Hombres de religión musulmana que asisten habitualmente a la mezquita de la ciudad y que residen en la zona
MUJERES	Mujeres colaboradoras de los centros de promoción de la mujer de El Progreso, Gurugú y Santa Engracia (UVA)
TESTIGOS PRIVILEGIADOS	10 personas conocedoras de la zona por llevar residiendo en alguno de sus barrios muchos años, participar activamente en movimientos sociales o vecinales, trabajar en ella, ser líderes, empresarios, etc.

EAP: Equipo de Atención Primaria.

La duración de cada grupo focal osciló entre los 45 y los 60 minutos, formulándose una sola pregunta abierta en relación con los problemas de salud percibidos («¿Cuáles son los problemas de salud de la comunidad?»). Se recogieron, mediante grabaciones de vídeo y transcripción literal, todas las aportaciones de los participantes (111 personas), que posteriormente se asignaban a diferentes categorías (198). A partir de ellas, se establecieron diversos códigos (26) reflejados en tablas de saturación de datos (mayor importancia del problema en aquellos códigos más repetidos) (tabla 2).

Tabla 2. Ejemplo de Asignación de códigos a problemas

CÓDIGO	PROBLEMAS
SOCIOECONÓMICO	Dificultades para atender las necesidades básicas
	<i>«Hay gente que no desayuna porque no tiene dinero, no les llega; con la comida tienen bastante»</i>
URBANISMO	Barreras arquitectónicas en las calles
	<i>«Hay zonas en muy malas condiciones urbanísticas: baches, barreras, y hay personas mayores que no salen de casa por ello»</i>
PSICOSOCIAL	Falta de expectativas de futuro en los

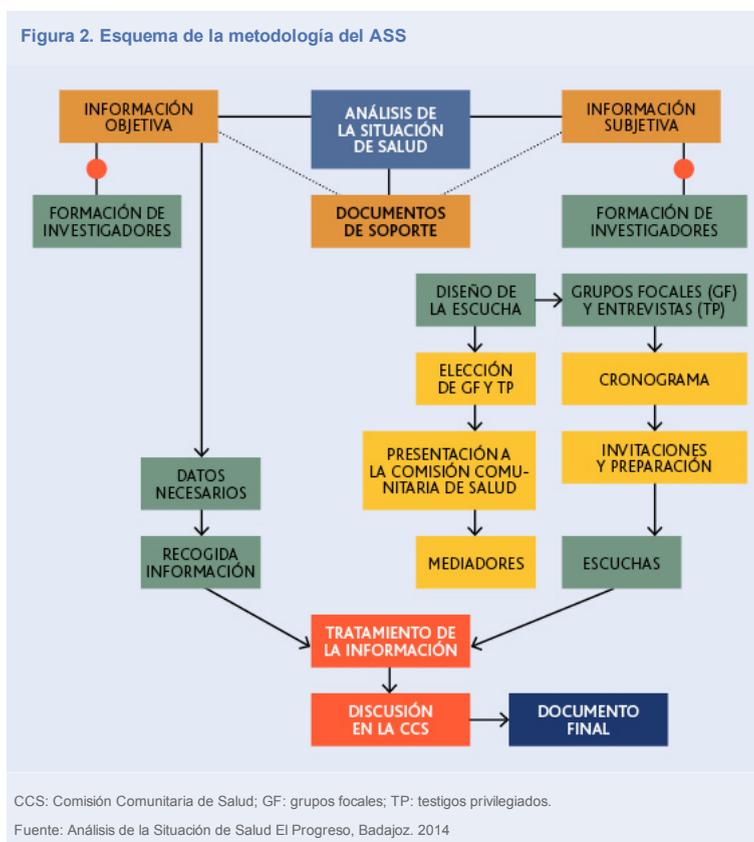
	jóvenes
	«Sin expectativas de acceder a la universidad porque tampoco la tiene su familia»
DROGAS ILEGALES	Consumo y venta de drogas ilegales
	«Es conocido el consumo de drogas ilegales en algunas zonas, con graves problemas de convivencia vecinal»
PSICOSOCIAL	Falta de habilidades de solución de problemas
	«Reacciones exageradas, agresiones verbales, insultos»

Redacción

Para la elaboración del documento final, se constituyó un grupo de redacción que se reunía periódicamente, constituido por profesionales de los dos grupos de investigación. De la parte cuantitativa se reflejaron datos de morbilidad de la zona, ingresos hospitalarios, enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y cáncer, incapacidad temporal (IT), vacunaciones y drogodependencias. Por su parte, la información cualitativa recogía los principales problemas de salud sentidos por la comunidad. Ambas informaciones se analizaron de manera convergente y se compararon con el ASS previo. Finalmente, se sacaron conclusiones sobre la metodología y resultados, y se elaboró un listado de problemas críticos que afectan a la población de la zona aplicando una visión desde los DSS.

Se redactó un documento borrador que posteriormente se remitió a la CCS para recabar aportaciones.

Con toda la información puesta en común y analizada, se redactó un documento final para su posterior difusión (figura 2).



Cronología

Este estudio se llevó a cabo en 3 años (de noviembre de 2011 a noviembre de 2014), aunando distintas fases: un período formativo de 6 meses, un intervalo de 18 meses para el trabajo de campo y análisis, y la redacción del documento y correcciones en el plazo de 11 meses. Se presentó a la población el documento final en diciembre de 2014.

En el grupo de investigación cualitativa se realizaron en total 10 sesiones periódicas de 2 horas y media de duración cada una, contando con la asistencia de 13 participantes (diferentes profesionales del EAP El Progreso y residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria). Cinco de esas reuniones tuvieron carácter formativo con los contenidos anteriormente mencionados, siendo las cinco restantes sesiones de trabajo de codificación de datos.

Por otro lado, el grupo de investigación cuantitativa se reunió semanalmente en 12 sesiones iniciales de formación de 2 horas de duración cada una. Para realizar el trabajo de campo en los 11 meses siguientes se mantuvieron reuniones semanales.

RESULTADOS

Los resultados de este estudio contemplan los siguientes puntos:

- Se ha conseguido elaborar una metodología de investigación participativa para obtener un ASS participado de una población.
- Así mismo, se ha logrado formar en investigación cualitativa y cuantitativa a los distintos profesionales del EAP El Progreso, incluyendo a los residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.

DISCUSIÓN

La respuesta de la población a las distintas convocatorias ha sido muy satisfactoria, con alta participación y adhesión de la misma en todas las fases del estudio en las que estaba implicada (desde grupos focales hasta su representación a través de la CCS), con la consiguiente mejora en la calidad de los datos obtenidos. La implicación activa de la CCS desde el inicio del diagnóstico ayudará al posterior abordaje de los problemas detectados, en relación con los distintos DSS, tal y como se refleja en varias guías sobre participación comunitaria¹⁴⁻¹⁸.

Es importante reseñar algunas de las dificultades que hemos encontrado en la realización de esta metodología. La principal es que todo el estudio se compaginó con la actividad asistencial y habitual del centro de salud, sin mermar la calidad del estudio ni la atención clínica a la población. Esencialmente, la actividad investigadora y el trabajo de campo se realizaban por la tarde, ya que el horario también debía ser adaptado a la población, para facilitar su participación. Además, a lo largo del tiempo de estudio se generaron diversas fluctuaciones del personal investigador, con cambios que debían subsanarse con el fin de no generar interrupciones. Aunque esto originó una alta carga de trabajo, la máxima colaboración y disposición de todos los integrantes del EAP facilitó la tarea.

El método que hemos desarrollado para este tipo de estudio es fácilmente alcanzable, y creemos que este modelo tiene una alta reproducibilidad también en otras zonas de salud, sirviéndonos como modelo para llevar a cabo futuras experiencias.

Gracias a la intensa fase formativa realizada y al equipo de trabajo multidisciplinar organizado en dos grupos coordinados, se ha avanzado más rápidamente en la recogida de los datos y en la participación a través de la entrevista a testigos privilegiados y a grupos focales, fundamental en la obtención de datos cualitativos, como se recomienda en propuestas de participación comunitaria¹⁹. Cabe destacar la formación especial a través de sesiones teórico-prácticas que realizaron los residentes de Enfermería y Medicina Familiar y Comunitaria

Para trabajar en salud comunitaria es imprescindible el ASS. A través de nuestra experiencia en la elaboración de este ASS, hemos podido conocer los determinantes que influyen sobre la población de la Zona de Salud El Progreso. El análisis desde la perspectiva de los DSS ha sido novedoso en este documento, aunque esta orientación está presente en guías como la del Observatorio de Salud de Asturias²⁰. Por este motivo no se puede comparar íntegramente con el ASS de 2006, en el que no se tuvieron en cuenta estos determinantes. En esta ocasión, el estudio se ha visto enriquecido al integrarlos en el análisis de los problemas detectados. Sin embargo, los ASS de 2006 y 2014 sí son comparables en cuanto a metodología y resultados^{11,12}.

Al tener en cuenta el modelo de los DSS de Dahlgren y Whitehead, podemos visualizar los principales problemas de salud obtenidos en el ASS ubicados en cada capa y así conocer la influencia de todos ellos sobre el individuo y la población.

Parece difícil encontrar en la bibliografía metodologías que utilicen el modelo de DSS de Dahlgren y Whitehead para el análisis de desigualdades en salud. Sin embargo, sí constan documentos que aportan información sobre la relación de los determinantes socioculturales de la salud con hábitos como la práctica de ejercicio físico y deporte, basándose en el modelo citado²¹. También existe en la bibliografía algún estudio similar al nuestro en cuanto a metodología²²⁻²³.

Con la información obtenida, se elaboró un documento final: *Análisis de Situación de Salud 2014-Zona de Salud El Progreso*¹², que fue difundido tanto fuera como dentro de la comunidad. Este documento será el instrumento que nos guíe en el posterior abordaje de los diferentes problemas y necesidades detectados, mediante programas de salud comunitarios y acciones intersectoriales desde una perspectiva de equidad en salud.

Concluimos que pretendemos trabajar desde el marco de los DSS, lo que implica que hay que buscar respuestas desde la coordinación con todos los protagonistas: ciudadanía, recursos técnicos e instituciones, con el fin de mejorar las desigualdades en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montaner Gomis I. Análisis de la situación de salud de una comunidad. Módulo de formación continuada en atención a la comunidad. Barcelona: semFYC-Semergen; 2000.
2. Grupo APOC de la SCMFIC. Aproximación al conocimiento de la comunidad en Atención Primaria. Guía de recogida de datos para el examen preliminar de la situación de salud de una comunidad. 2.ª ed. revisada. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona: Edide; 2003.
3. Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, De Peray JL, Gofin J. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010;24(1):23-7.
4. Marchioni M. Dossier de formación: «Intervención comunitaria». [Internet]. Instituto Marco Marchioni; 2009. [Consulta el 23 de abril de 2015]. Disponible en: http://marianaotecor.cat/wp-content/uploads/2014/03/Dossier-Formación_MM.pdf.
5. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. En: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds.). Health and social organization. London: Routledge; 1996. pp. 71-93.
6. Marmot M. Economic and social determinants of disease. Bull World Health Organ. 2001;79(10):988-9.
7. WHO. Regional Office for Europe Social determinants of health: the solid facts. Editores: Wilkinson R. y Marmot M. 2ª ed. Copenhagen. 2003.
8. WHO. Commission on Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2005.
9. Public Health Agency of Canada. Population Health. What Determines Health? [Internet]. 2011. [Consulta el 15 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php>
10. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1992.
11. Equipo de Atención Primaria. Análisis de la Situación de Salud de la Zona de Salud El Progreso. Centro de Salud El Progreso. Badajoz: Edita SES; 2007.
12. Equipo de Atención Primaria. Análisis de la Situación de Salud de la Zona de Salud El Progreso. Centro de Salud El Progreso. Badajoz: Edita

SES; 2014.

13. Maynar Mariño I, Nieto Ramírez R, Montero de Espinosa Pérez P, Madueño García MÁ, Fernández López MD, Maynar Mariño MÁ. Proyecto Progreso: un sistema sanitario participado para el desarrollo integral del modelo de Atención Primaria de Salud. Comunidad. 2010;12:12-7.
14. NICE public health guidance. Community engagement to improve health [Internet]. 2008 Feb. [Consulta el 10 septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/ph9>.
15. Segura A. La participación ciudadana, la sanidad y la salud. Gest Clín y Sanit 2010;12:2.
16. Ruiz-Giménez JL. Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional del Estado español. Comunidad. 2005; 8:62-72.
17. CIMAS. Metodologías participativas. Manual. [Internet]. Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible (CIMAS). Madrid; 2009. [Consulta el 10 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/manual_2010.pdf.
18. Guía para el diagnóstico local participativo. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2005. [Consulta el 4 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/si-diagnosticopaho.pdf>.
19. Propuesta para la participación comunitaria en salud en el Principado de Asturias. Resumen de Líneas Estratégicas, recomendaciones y actividades. [Internet]. Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad 2011. [Consulta el 19 de septiembre de 2015].
20. Guía del Observatorio de Salud en Asturias, Asturias Actúa. [Internet]. 2012. [Consulta el 20 septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/?intervencion-raiz>.
21. Dirección General de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Factores socioculturales que influyen en la práctica de actividad física en la infancia y adolescencia de la Comunidad de Madrid. [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2010. [Consulta el 4 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DPROMOCI%C3%93N+ACTIVIDAD+Y+EJERCICIO+F%C3%8DSICO+INFANCIA+Y+ADOLESCENCIA+PROFESION>
22. Diagnóstico de Salud en Berriz. Vizcaya. 1976-77.
23. Saavedra D, Morales JM, Altabas M, Lorenzo M, Poyatos S. Diagnóstico de salud comunitario de la Zona Básica de Salud de Escaleritas. Primera fase. Comunidad. 2014 Nov;16:2.

[Volver](#)

Comunidad 2015;17(2):8
ISSN: 2339-7896 Publicación semestral

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar