

Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia

Laura del Pilar Torres-Arreola^a, Svetlana Vladislavovna Doubova^a, Hortensia Reyes-Morales^b, Juan Pablo Villa-Barragán^c, Patricia Constantino-Casas^d y Ricardo Pérez- Cuevas^b

Objetivo. Analizar las necesidades de salud en la población adscrita al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Diseño. Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento. La Unidad de Medicina Familiar número 8 del IMSS en la ciudad de Tlaxcala, México.

Participantes. Muestra de 1.200 familias por muestreo polietápico. El estudio se realizó entre octubre de 1999 y marzo de 2000.

Mediciones principales. Se ha aplicado el cuestionario «Diagnóstico de salud de la familia», previamente elaborado y validado.

Resultados. El 19,2% de las familias tenía un nivel socioeconómico muy bajo y un 14,9% de los sujetos no tuvo derecho a la Seguridad Social. El 12,6% de las familias tenía al menos un miembro analfabeto. De acuerdo con el resultado del test de Apgar familiar, el 93% de las familias era funcional y los dos tercios de las familias se clasificaron como nucleares. La cobertura de los programas de detección de cáncer cervicouterino y de mama en las mujeres fue del 51,1 y el 36,9%, respectivamente. Sólo en el 25% de la población adulta se realizaron pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial. El 10,9% de la población refirió tener alguna enfermedad crónica. El 56,4% de las familias consideró que la calidad de la atención fue buena y sólo el 18,13% estuvo satisfecho con la atención recibida.

Conclusiones. El diagnóstico de salud familiar es importante en el proceso de evaluación de las necesidades de salud en la población para la jerarquización de problemas, así como para el desarrollo de los programas de salud que permitirán una mayor equidad en la atención.

Palabras clave: Necesidades de salud. Atención primaria. Diagnóstico de salud de la familia. Unidad de medicina familiar.

STUDY OF PRIMARY CARE HEALTH NEEDS THROUGH FAMILY HEALTH DIAGNOSIS

Objective. To assess the health needs of the eligible public population of the Mexican Institute of Social Security (IMSS).

Design. Observational, descriptive, transversal study.

Setting. Family Medicine Unit number 8 of the IMSS, in the city of Tlaxcala, Mexico.

Participants. A sample of 1200 families using multi-stage sampling, between October 1999 and March 2000.

Main measurements. The designed and validated questionnaire on "Family health diagnosis" was used.

Results. A 19.2% of the families had a very low socio-economic level, and 14.9% of subjects were not entitled to Social Security. Functional illiteracy in at least one member was found in 12.6% of the families. According to the family Apgar, 93% of families were functional and two-thirds of the families were classified as nuclear. About 51.1% and 36.9% of women used programs for detection of cervical/uterine and breast cancer, respectively. Only 25% of the adult population underwent the detection tests for diabetes mellitus and hypertension and 10.9% had a chronic disease. 56.4% of families considered the quality of health care good, and only 18.13% were satisfied with the care received.

Conclusions. Identification of health needs through diagnosis of family health is useful as a basis for establishing a hierarchy of problems as well as for developing health programs that may facilitate greater equity in attention.

Key words: Health needs. Primary care. Family health diagnosis. Family medicine unit.

^aUnidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México DF. México.

^bCoordinación de Políticas en Salud. Dirección de Prestaciones Médicas. IMSS. México DF. México.

^cInstituto Nacional de Pediatría. Dirección de Planeación SSA. México DF. México.

^dUnidad de Investigación en Economía de la Salud. Coordinación de Investigación en Salud. IMSS. México DF. México

Proyecto financiado por el Fondo de Fomento a la Investigación del IMSS en México.

Correspondencia:
Dra. L.P. Torres Arreola.
Centro Médico Nacional Siglo XXI. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Avda. Cuauhtémoc # 330. Colonia Doctores. 06725 México DF. México.
Correo electrónico
laura.torres@imss.gob.mx

Manuscrito recibido el 29-6-2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 25-1-2006.

Introducción

El concepto «necesidades de salud» se define como el grado de salud-enfermedad que los usuarios potenciales de los servicios de salud experimentan, y está dado por la estrecha relación entre las necesidades básicas del individuo (salud física, autonomía) y las necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica y en el trabajo, cuidado de la salud y educación)¹, que a su vez están medidas y definidas por las condiciones sociopolíticas y culturales de cada población. Por lo tanto, este concepto tiene implicaciones importantes para establecer prioridades en la planificación y toma de decisiones en la provisión de servicios de salud².

Habitualmente, el diagnóstico de las necesidades de salud en las unidades médicas es un diagnóstico de la demanda de atención, cuando se obtiene información de los registros de consulta médica sobre la población adscrita a la unidad médica. Sin embargo, no debemos perder de vista que la no demanda en la población no usuaria también refleja indirectamente otra parte de las necesidades de salud. Esta limitación provoca que no haya una relación definida entre la identificación de las necesidades de salud y los servicios otorgados³.

Además, la actividad del médico familiar no sólo se circunscribe a la atención del enfermo, sino que debe dirigirse al conocimiento del proceso salud-enfermedad del grupo familiar en el que se inserta el individuo, así como de la comunidad en la que se encuentra la familia. Esto puede ayudar al médico y a su equipo de salud a jerarquizar y planificar las acciones encaminadas a satisfacer esas necesidades. Asimismo, el diagnóstico de salud de la familia es el punto de partida para la elaboración de programas de salud⁴.

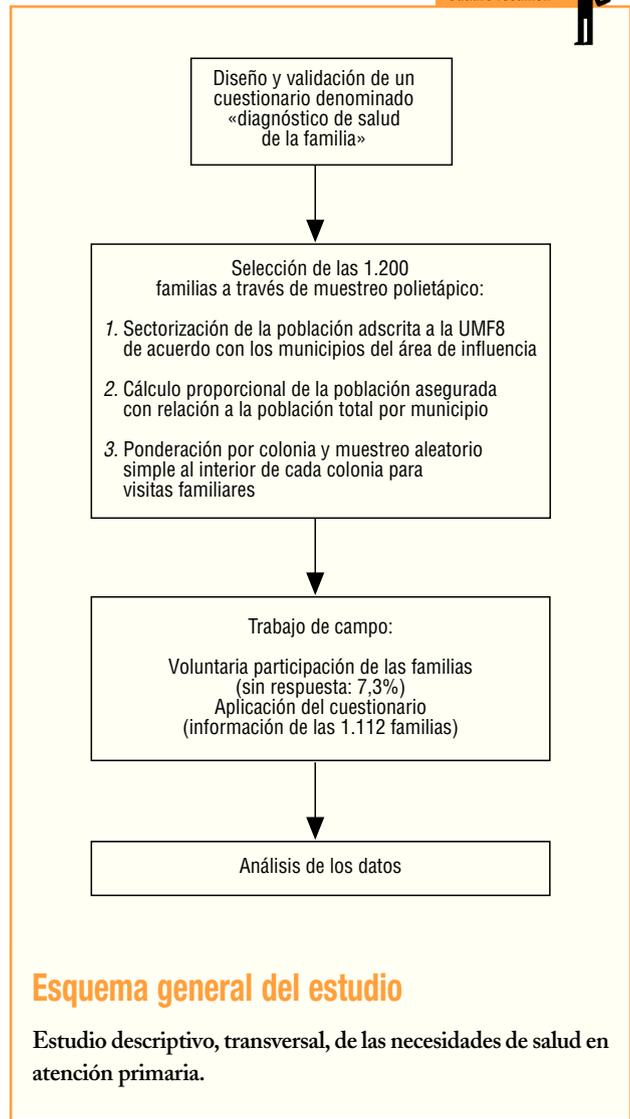
Por ello, el objetivo del presente trabajo fue evaluar las necesidades de salud en la población adscrita, tanto usuaria como no usuaria de los servicios del IMSS con el enfoque familiar.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal en una muestra de 1.200 familias adscritas a la UMF 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la ciudad de Tlaxcala, entre octubre de 1999 y marzo del 2000.

Se calculó un tamaño muestral mediante una fórmula para estimar la proporción en una población con un grado de precisión absoluta⁵. Se definió como unidad de análisis a la familia, asumiendo que al menos un 50% de las familias solicitan servicios una o más veces al año, y dado que no se contaba con una estimación de la frecuencia de los indicadores de necesidades de salud, se estableció una probabilidad de 50% con un nivel de precisión absoluta de 0,03, obteniendo un tamaño de 1.200 familias. La selección de las familias se llevó a cabo mediante un muestreo polietápico.

Material y métodos
Cuadro resumen



Se diseñó un cuestionario denominado «Diagnóstico de salud de la familia», que incluyó 8 dimensiones, construidas con diferentes variables:

1. La estructura familiar³, que se clasificó de acuerdo con la convivencia de generaciones (nuclear completa e incompleta, extensa completa e extensa incompleta), por el tipo de asociación (diádica: madre soltera, padre soltero, abuelo/a-nieto, tío/a-sobrino) y por relaciones situacionales (grupos multipersonales o unidades domésticas, como los individuos de 60 años que viven solos o adultos jóvenes o profesionales que viven de forma independiente, parejas o grupos de homosexuales).
2. La función de la familia se clasificó a través del Apgar familiar⁶, que midió 5 áreas: comunicación, toma de decisiones, satisfacción, apoyo y aceptación (escala de 0-2), de tal forma que las familias se clasifican como disfuncionales (≤ 6 puntos) o funcionales (> 6 puntos).
3. Los recursos familiares se midieron con el índice de nivel socioeconómico⁷ y se consideraron las variables de la vivienda,

el hacinamiento, la escolaridad, la ocupación y el ingreso familiar.

4. Los factores de riesgo individual y familiar como: el cuidado de los menores de 5 años, la presencia de accidentes en el hogar y el antecedente de alguna muerte en la familia de un menor de 5 años. En los mayores de 5 años se consideraron: tabaquismo, alcoholismo, obesidad, práctica de ejercicio, antecedente de enfermedades crónicas, antecedentes de muerte en mayores de 15 años en la familia, y la presencia de algún miembro con discapacidad.

5. Las variables relacionadas con los programas preventivos y las condiciones actuales de salud se tomaron por grupos específicos de edad, incluidos, en el grupo de los niños, el esquema de vacunación completo, los episodios de infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA) en los últimos 6 meses, la alimentación con lactancia materna y vigilancia de la salud del niño en los menores de un año. En los niños de 1 a 4 años se consideraron también la detección de escoliosis y la agudeza visual. En los adultos mayores de 15 años se tuvieron en cuenta la detección de la diabetes e hipertensión arterial, las inmunizaciones y la salud dental; además, en las mujeres se valoró la utilización de métodos de planificación familiar en las que tenían un vida sexual activa, así como detección de cáncer cervicouterino y mamario.

6. La accesibilidad geográfica y de los programas de salud se midió por el tiempo de traslado desde el domicilio hasta la clínica, el tipo de transporte utilizado y tiempo de espera.

7. La disponibilidad de recursos humanos y físicos se obtuvo mediante la opinión que el usuario tiene sobre las condiciones en las que se proporciona la atención médica.

8. La satisfacción se evaluó teniendo en cuenta la opinión sobre el trato y la calidad en el servicio.

Se llevó a cabo la validación cualitativa del cuestionario mediante su revisión por un comité de expertos de las áreas de medicina familiar, salud mental y salud pública, con sesiones independientes y posteriormente 5 sesiones conjuntas para la aprobación por consenso. La evaluación de la aplicabilidad del instrumento se realizó durante la prueba piloto.

La información se obtuvo mediante visitas domiciliarias en las familias seleccionadas (previo consentimiento informado) por entrevistadoras previamente capacitadas. Se consideró como informante a un integrante de la familia mayor de 18 años que estuviera en el domicilio en el momento de la entrevista.

El análisis de la información se realizó mediante estadística descriptiva con el objeto de conocer las características generales de la población estudiada.

Resultados

Se entrevistó a 1.200 familias adscritas a la UMF 8 del IMSS, con una tasa de no respuesta del 7,3%, por lo que se obtuvo la información de 1.112 familias (4.425 personas). El 80% de la población fue del área urbana, principalmente de los municipios de Tlaxcala, Ixtacuixtla y Panotla.

La edad media de la población fue de 24 años, con un rango de un mes a 95 años. El 55% estaba en la etapa productiva (15-49 años) y el 30,4% era < 14 años. Un 12,6% de las familias tenía algún miembro analfabeto y el promedio de escolaridad entre los sujetos > 15 años fue de 9 años. La proporción de mujeres que trabaja fue casi la mi-

TABLA 1 Características de las familias de la Unidad Médica Familiar 8 de Tlaxcala

Variable	Frecuencia n = 1.112	%
Tipología		
Nuclear completa	731	65,8
Nuclear incompleta	28	2,5
Compuesta	122	11,0
Extensa compuesta	126	11,3
Diádica	26	2,3
Grupos multipersonales	79	7,1
Número de integrantes		
1	35	3,1
2-3	417	37,5
4-6	587	52,8
7-10	68	6,1
> 10	5	0,5
Familias con analfabetos^a		
Disfunción familiar ^b	75	6,7

^aAnalfabeto de 0 a 3 años de educación básica en mayores de 15 años.

^bDe acuerdo con el resultado del test de Apgar familiar.

que la de los varones. No obstante, la proporción de mujeres profesionales fue casi igual que la de los varones (el 4,8 frente al 4,5%). Observamos que una séptima parte de los sujetos en las familias no estaban asegurados.

De acuerdo con el resultado del Apgar familiar, el 93% de las familias era funcional y dos tercios de éstas se clasificaron como nucleares; asimismo, el 60% tenía más de 4 integrantes (tabla 1).

Entre los factores de riesgo, encontramos las quemaduras como la principal causa de accidentes (65,44%), y la diabetes mellitus y la obesidad como los antecedentes de enfermedades crónicas más frecuentes (tabla 2).

Observamos que el porcentaje de inmunización más bajo se obtenía en el grupo de 5 a 14 años, mientras que el grupo con mayor morbilidad por IRA y EDA fue el de los menores de un año.

Dos tercios de las mujeres en edad reproductiva tenían una vida sexual activa y utilizaban métodos de planificación familiar (dispositivos intrauterinos y oclusión tubárica bilateral, principalmente). La cobertura de los programas de detección de cáncer cervicouterino y cáncer de mama fue del 51,1 y el 36,9%, respectivamente. Sólo el 25% de la población adulta se ha realizado las pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial. Además, el 10,9% del total de la población mayor de 15 años refiere tener alguna enfermedad crónica, y la diabetes mellitus ocupa el primer lugar (tabla 3).

En relación con la accesibilidad y disponibilidad de los servicios médicos (tabla 4) observamos que la media de tiempo de traslado fue de 20 min y el tiempo de espera para re-

TABLA 2 Factores de riesgo familiares e individuales de las familias de la Unidad Médica Familiar 8 de Tlaxcala

Variable	Frecuencia n = 1.112	%
Antecedentes de muerte en < 5 años en la familia	82	7,4
Antecedentes de práctica de ejercicio en > 15 años en la familia	409	36,8
Antecedentes de enfermedades crónicas en la familia	n = 637	57,3
Diabetes mellitus	348	54,6
Hipertensión arterial	218	34,2
Cáncer	71	11,1
Antecedentes de muerte en > 15 años en la familia ^a	34	3,1
Antecedentes de exposición laboral en > 15 años	501	45,1
Accidentes en < 5 años	n = 191	17,2
Cuerpo extraño en vías aéreas	2	1,0
Quemaduras por agua hirviendo, gas	125	65,4
Ahogamiento por inmersión	4	2,1
Electrocución	53	27,8
Atropellamiento	3	1,6
Fracturas	4	2,1
Cuidado de los < 5 años	n = 433	38,9
Hogar	236	54,5
Guardería	49	11,3
Familiar	110	25,4
Otros (medio internado, escuela)	17	3,9
No recibe cuidado	21	4,9
Presencia de obesidad en la familia	256	23,0
Tabaquismo en la familia	84	7,6
Alcoholismo en la familia	135	12,1

^aEn los últimos 5 años.

cibir atención fue > 60 min. Asimismo, el 56% de las familias consideró que la calidad de la atención era buena, pero sólo el 18,3% de las familias manifestaba satisfacción (tabla 5).

Discusión

La evaluación de las necesidades de salud se ha abordado desde diferentes enfoques, como la visión del prestador, tanto del usuario como de los servicios, o indirectamente a través del análisis de la demanda, aunque hasta el momento no se ha propuesto una metodología uniforme⁸⁻¹³. El presente estudio intentó evaluar las necesidades de salud mediante el diagnóstico de la salud de la familia, con-

TABLA 3 Programas preventivos y condiciones de salud por grupos específicos en la población de la Unidad Médica Familiar 8 de Tlaxcala

Variable	Frecuencia n = 78	%
< 1 año	59	75,6
Esquema de vacunación completo en proceso	65	83,3
Alimentación al seno materno	48	61,5
Consultas para control de crecimiento y desarrollo con EMI. Episodios de IRA en los últimos 6 meses	74	94,9
Episodios de EDA en los últimos 6 meses	63	80,8
1-4 años	n = 359	
Episodios de IRA en los últimos 6 meses	45	12,5
Episodios de EDA en los últimos 6 meses	27	7,5
5-14 años	n = 915	
Esquema de vacunación completo para la edad	120	13,1
Adultos jóvenes varones 15-60 años	n = 1.291	
Detección de diabetes mellitus	344	26,6
Detección de hipertensión arterial	338	26,2
Presencia de enfermedades crónicas	116	9,0
Adulto mayor > 60 años	n = 320	
Detección de diabetes mellitus	79	24,7
Detección de hipertensión arterial	74	23,1
Presencia de enfermedades crónicas	25	7,8
Mujeres > 15 años	n = 1.304	
Detección de diabetes mellitus	637	48,8
Detección de hipertensión arterial	691	52,9
Detección de cáncer cervicouterino	666	51,1
Detección de cáncer de mama	481	36,9
Presencia de enfermedades crónicas	176	13,5
Uso de método de PPF en 811 mujeres con vida sexual activa	526	64,9

EDA: enfermedades diarreicas agudas; IRA: infecciones respiratorias agudas; PPF: programa de planificación familiar.

siderando sus diferentes aspectos (individuales y grupales). Los resultados obtenidos revelaron las condiciones de salud de la población estudiada en relación con los factores de riesgo y la utilización de los servicios, tanto preventivos como curativos, además de conocer su salud y la estructura de la familia.

Observamos que los datos sobre las condiciones de vida de la familia (vivienda, ambiente físico, acceso a la educación, disponibilidad de servicios) y sus factores de riesgo reflejan aspectos importantes que influyen en el patrón de comportamiento en relación con la demanda de los servicios y, por lo tanto, la satisfacción de las necesidades. Un ejemplo de esta situación puede ser la presencia de accidentes en el hogar en < 5 años, ya que en nuestros hallazgos llama la atención que la principal causa sean las quemaduras, lo que

TABLA 4 Accesibilidad y disponibilidad de los servicios de la Unidad Médica Familiar 8 de Tlaxcala

Variable	Frecuencia n = 1.112	%
Tipo de transporte		
Caminando	140	12,6
Público	918	82,6
Coche particular	54	4,9
Tiempo de traslado desde el domicilio a la clínica (min)		
≤ 15	353	31,7
16-30	500	45,0
31-45	101	9,1
46-60	116	10,4
> 60	24	2,2
Sin información	18	1,6
Dificultad para el acceso a la clínica		
Sí	39	3,5
No	1.052	94,6
Sin información	21	1,9
Tiempo de espera (min)		
< 15	293	26,4
15-30	96	8,6
31-60	140	12,6
> 60	462	41,6
Sin información	121	10,9

TABLA 5 Indicadores sobre los servicios otorgados por la Unidad Médica Familiar 8 de Tlaxcala

Variable	Frecuencia n = 934	%
Opinión respecto al trato del personal		
Mala	65	7,0
Regular	430	46,0
Buena	439	47,0
Opinión respecto a la calidad de la atención		
n = 934		
Mala	59	6,3
Regular	348	37,3
Buena	527	56,4
Opinión respecto a las condiciones de la clínica		
n = 927		
Mala	6	0,7
Regular	198	21,4
Buena	723	78,0
Opinión respecto a la satisfacción con servicios otorgados por la clínica		
n = 1.060		
Mala	77	7,3
Regular	789	74,4
Buena	194	18,3

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Las necesidades de salud tienen implicaciones importantes para establecer prioridades en lo que respecta a la planificación y toma de decisiones en la provisión de servicios de salud.
- La evaluación de las necesidades de salud se ha abordado desde diferentes enfoques, como la visión del prestador, tanto del usuario como de los servicios, o indirectamente a través del análisis de demanda, aunque hasta el momento no se ha propuesto una metodología uniforme.

Qué aporta este estudio

- El diagnóstico de salud familiar puede ser útil para identificar las necesidades de salud en la población de manera más específica.

podría estar relacionado con las condiciones de la vivienda y la seguridad dentro del hogar.

Esto sugiere la necesidad de que el médico de familia, junto con su equipo de salud, aborde integralmente este problema.

Los resultados respecto a la baja aceptación de los programas de detección oportuna, como la detección de cáncer cervicouterino y de mama, así como la diabetes y la hipertensión arterial, son similares a los obtenidos en otros estudios¹⁴, lo que probablemente está relacionado con una inadecuada información sobre su importancia, la accesibilidad de los horarios y las barreras culturales, entre otros.

Entre las limitaciones que presentó el estudio encontramos la evaluación de la funcionalidad familiar, dado que, por un lado, los resultados muestran que el 90% de las familias era funcional, y por otro, la evaluación de otras variables, como la presencia de alcoholismo en las familias y las características sociodemográficas de éstas, hace pensar que podrían tener algún problema. Por ello, sería importante que, a pesar de que la funcionalidad sea adecuada, se centre el foco en las familias con algún otro factor de riesgo que pudiera afectar a la dinámica familiar. La otra limitación fue la parcialidad en el abordaje de las necesidades, dado que no contamos con información sobre las necesidades de los servicios para recuperar la salud.

A pesar de las limitaciones de nuestro estudio, creemos que el diagnóstico de necesidades de salud familiar es importante, ya que ayuda al médico de familia y al equipo de

salud del primer nivel a planificar acciones para resolver los problemas de la población que se encuentra bajo su responsabilidad. Asimismo, permite también que dichas actividades estén encaminadas a favorecer la educación y promoción de la salud.

Bibliografía

1. Abouhamad J. La necesidad. Estado de necesidad y objeto de necesidad. Tipología de las necesidades. En: Abouhamad J, editor. Los hombres de Venezuela: sus necesidades, sus aspiraciones. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 1970. p. 95-132.
2. Doyal L, Gough I. Measuring need-satisfaction. En: Doyal L, Gough I, editors. A theory of human need. New York: The Guilford Press; 1991.
3. La reforma del Sistema de Atención Primaria en el Instituto Mexicano del Seguro Social: el modelo de medicina de familia. México: IMSS; 2000.
4. Jáuregui C, Suárez P. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Enfoque de salud familiar. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998.
5. Levy P, Lemenshow S. Sampling of populations. New York: John Wiley & Sons; 1991.
6. Smilkenstein G. The family apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978;6:1231-9.
7. Bronfman M, Guiscafré G. La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. *Arch Invest Med.* 1988;19:351-60.
8. Hopton JL, Dlugolecka M. Patients' perceptions of need for primary health care services: useful for priority setting? *BMJ.* 1995;310:1237-40.
9. Richardson A, Charney M, Hanmer-Lloyd S. Public opinion and purchasing. *BMJ.* 1992;304:680-2.
10. Hadorn DC. The role of public values in setting health care priorities. *Soc Sci Med.* 1991;32:773-81.
11. Murray M. Patient care: access. *BMJ.* 2000;10:1594-6.
12. Frankel S. Health needs, health-care requirements, and the myth of infinite demand. *Lancet.* 1991;337:1588-90.
13. Murray SA, Tapson J, Turnbull L, McCallum J, Little A. Listening to local voices: adapting rapid appraisal to assess health and social needs in general practice. *BMJ* 1994;308:698-700.
14. Encuesta Nacional de Salud. ENSA SSA. México; 2000.