



ORIGINAL

Diagnóstico comunitario mediante técnicas cualitativas de las expectativas y vivencias en salud de una zona necesitada de transformación social[☆]

Juan Andrés Ramos Ruiz^a, Alejandro Pérez Milena^{b,*}, Natalia Enguix Martínez^c, Carmen Álvarez Nieto^d y M. Luz Martínez Fernández^e

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Orcera, Jaén, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud El Valle, Jaén, España

^c Centro de Salud El Valle, Jaén, España

^d Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España

^e Jefatura de Estudios, Instituto de Educación Secundaria Jabalcuz, Jaén, España

Recibido el 18 de diciembre de 2012; aceptado el 29 de enero de 2013

Disponible en Internet el 22 de abril de 2013

PALABRAS CLAVE

Análisis cualitativo;
Participación comunitaria;
Servicios de salud;
Población urbana;
Pobreza

Resumen

Objetivo: Conocer las opiniones, vivencias y expectativas sobre la atención prestada por el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) de los usuarios de una zona urbana necesitada de transformación social (ZNTS).

Diseño: Metodología cualitativa, estudio exploratorio.

Emplazamiento: Zona básica de salud urbana (16.000 habitantes; 40% ZNTS).

Participantes: Usuarios del SSPA mediante muestreo intencional de usuarios y líderes de la comunidad. Criterios de homogeneidad: edad. Criterios de heterogeneidad: sexo, frecuencia, activo/pensionista, nivel cultural/económico.

Intervenciones principales: Técnicas conversacionales registradas mediante videgrabación y moderadas por una socióloga (grupos de discusión para usuarios y entrevistas en profundidad para líderes sociales). Análisis con transcripción literal de los discursos, codificación, triangulación de categorías y obtención de resultados.

Resultados: Siete grupos (43 participantes; 58% ZNTS) y 6 líderes sociales. Se desea *continuidad* en la atención y libre elección de profesionales, criticando cambios sin información previa y la discontinuidad atención primaria/hospitalaria. Hay mala *accesibilidad* física por el entorno urbano y críticas a los servicios de admisión y los trámites burocráticos; la cita previa y la receta electrónica son mejoras pero solicitan más derivaciones y revisiones hospitalarias. Hay buena *valoración* de los profesionales (atención primaria-mayor cercanía, hospital-mayor capacidad técnica). Se precisa mejorar la formación de enfermería y la rapidez de la asistencia urgente.

[☆] El contenido del trabajo ha sido presentado de forma parcial como comunicación al XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria celebrado en Bilbao del 13 al 5 de junio de 2012.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: alpemi@gmail.com, alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es (A. Pérez Milena).

Hay falta de liderazgo en la *organización* del SSPA, muy fragmentada. Se conoce una *oferta de servicios* centrada en la demanda asistencial, siendo poco difundidas otras actividades.

Conclusión: El SSPA debe incorporar las opiniones y expectativas de las comunidades en riesgo social para una mejora real de la calidad asistencial.

© 2012 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

KEYWORDS

Qualitative analysis;
Consumer participation;
Health services;
Urban population;
Poverty

Community diagnosis using qualitative techniques of expectations and experiences in a health area in need of social transformation

Abstract

Objective: To know the views, experiences and expectations of care provided by the Andalusian Public Health System (SSPA) of users of an urban area in need of social transformation (ZNTS).

Design: Qualitative methodology (exploratory study).

Location: Urban basic health zone (16,000 inhabitants, 40% ZNTS).

Participants: Purposive sampling of users of SSPA and community leaders. Homogeneity criteria: age. Heterogeneity criteria: sex, frequency, active/pensioner, level cultural/economic.

Main interventions: Conversational techniques recorded by videotape and moderated by a sociologist (user discussion groups and in-depth interviews for community leaders). Analysis: transcription of speeches, coding, categories triangulation and final outcome.

Results: Seven groups (43 participants, 58% ZNTS) and 6 leaders. They want *continuity* of care and choice of professionals, but not the medical change without information and attention's discontinuity primary care/hospital. There's bad physical *accessibility* by the urban environment in the ZNTS and is criticized admission services and paperwork; the programmed appointment and the electronic prescriptions are improvements but asking more hospital referrals and reviews. There's good *appreciation* of the professionals (primary care-closer, hospital-greater technical capacity). It needs to improve nursing education and speed of emergency assistance. There's a lack of leadership in the system *organization*, very fragmented. They know a *range of services* focusing on the demand for care; other health activities not spread to the users.

Conclusion: The SSPA should incorporate the views and expectations of communities in social risk to a real improvement in the quality of care.

© 2012 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Introducción

El Sistema Nacional de Salud en España, regulado desde el año 1986, se caracteriza por su amplia descentralización: desde el año 2002 todas las comunidades autónomas disponen de las competencias sanitarias previstas en nuestro ordenamiento jurídico, con una oferta sanitaria homogénea para el conjunto de las autonomías¹. El Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) focaliza la atención sobre la comunidad en su conjunto para identificar las necesidades de la población, planificar los servicios y evaluar los efectos de la atención prestada². Esta acción ha sido valorada mediante unas encuestas de satisfacción anuales³ cuyos resultados son satisfactorios en general. Las principales expectativas que plantea la sociedad andaluza se centran en la calidad de los aspectos técnico-científicos de los servicios sanitarios, el entorno físico y humano².

En Andalucía viven más de 8 millones de habitantes en entornos socioculturales muy distintos entre sí. Los aspectos condicionados por las diferentes vivencias personales y sociales pueden provocar problemas o necesidades de las diferentes poblaciones atendidas en el SSPA que no siempre se correspondan con los resultados de las encuestas³⁻⁶. La existencia de zonas socialmente desfavorecidas en Andalucía determina la presencia de grandes disparidades de salud que no pueden ser mitigadas por el sistema sanitario

ya que son resultado de la existencia de pésimos factores socioeconómicos⁷⁻¹⁰. Por ello, no siempre la satisfacción de los usuarios de un sistema sanitario es el único camino para valorar la calidad del mismo^{4,5}.

La participación comunitaria en los sistemas sanitarios se presenta como un presupuesto básico íntimamente vinculado a la promoción de la salud y a la atención primaria como instrumentos estratégicos para el buen funcionamiento de un sistema de salud, incluyendo diferentes técnicas para realizar diagnósticos comunitarios¹¹. Esta herramienta ha sido pobremente empleada para comprender mejor las necesidades de las poblaciones socialmente desfavorecidas dentro de los núcleos urbanos¹², siendo la metodología cualitativa la que permite una mejor identificación de nuevas áreas de mejora de los servicios, así como la incorporación de las expectativas de cada comunidad⁵. Para valorar las vivencias, creencias y expectativas de los usuarios del SSPA en una zona necesitada de transformación social (ZNTS) se diseña un estudio de tipo cualitativo a desarrollar en el ámbito de un centro de salud urbano con zonas en riesgo de exclusión social.

Métodos

Se diseñó un estudio cualitativo, adecuado para conocer las opiniones, percepciones y discursos. El estudio es de tipo

exploratorio, pretendiendo descubrir y enumerar las causas que conforman el fenómeno, así como generar hipótesis para futuras investigaciones. El trabajo de campo tuvo lugar durante los años 2011/2012 en una zona básica de salud de Jaén capital perteneciente al Centro de Salud El Valle, con una población superior a 16.000 habitantes y un 40% incluido en ZNTS. En esta población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, siendo significativamente apreciables problemas en materias de vivienda, deterioro urbanístico y déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos. Hay elevados índices de absentismo y fracaso escolar, altas tasas de desempleo junto a graves carencias formativas profesionales, significativas deficiencias higiénico-sanitarias y fenómenos de desintegración social.

De esta población urbana se escogen los participantes para la realización de entrevistas mediante una selección intencional, acumulativa y secuencial, actuando la trabajadora social y la enfermera gestora de casos como informantes clave. Se definieron previamente unos perfiles característicos de usuarios de atención primaria, elaborados a partir de la bibliografía revisada, de la experiencia del equipo investigador y de la información aportada por los profesionales sanitarios. La edad fue el principal criterio homogeneizador; criterios de heterogeneidad: sexo (hombre o mujer), situación laboral (activa o pasiva), frecuentación sanitaria (alta o baja), nivel cultural (bajo: personas analfabetas o sin estudios; medio: estudios obligatorios; superior: estudios superiores) y pertenencia a ZNTS. También se eligen líderes sociales, no relacionados con la Administración pública, para recabar información mediante una entrevista individual en función de las tareas desempeñadas en la comunidad.

Las técnicas de recogida de la información fueron el *grupo de discusión*¹³, para estudiar la intersubjetividad del grupo considerando la interacción de los participantes como una fuente de datos, y las *entrevistas en profundidad*, para explorar aspectos más sociales y obtener una visión más comunitaria. Las personas fueron captadas telefónicamente por una socióloga ajena al servicio sanitario, quien ejerció como moderadora en las entrevistas que se desarrollaron en el centro de salud de referencia de forma semiestructurada mediante el uso de un guión inicial (tabla 1). Se grabaron todas en videocámara y se transcribieron literalmente. Se garantizó el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos obtenidos. El análisis de contenido cualitativo¹⁴ constó de 3 fases:

1. *Fase de codificación*. Visionado de las grabaciones por todo el equipo investigador y lectura literal de las transcripciones inmediatamente tras su realización, para generar las primeras hipótesis preanalíticas, valorar la saturación de la información y aplicar los indicadores de calidad del proceso (1, adecuación del contenido de las entrevistas a los objetivos del proyecto; 2, participación de todos los participantes del grupo en la exposición de creencias y vivencias; 3, intervenciones adecuadas y registros correctos por parte de la moderadora, y 4, registro escrito de la hipótesis de trabajo) para asegurar la circularidad y flexibilidad del diseño. Posteriormente se identificaron unidades de texto y sus discursos referentes, agrupándose en categorías.

Tabla 1 Guión de la entrevista para el grupo de discusión

1. *Recepción y saludo al grupo*
2. *Introducción*
Van a participar en un estudio de investigación realizado por médicos. Durante esta hora queremos que nos cuenten sus experiencias con el sistema sanitario: tanto en el centro de salud como en el hospital. Vamos a grabar esta entrevista para poder recoger todo lo que se diga. Les recuerdo que esta reunión es confidencial: la cinta grabada se destruirá y los datos personales no los conocerán otras personas
3. *Presentación de los participantes*
4. *Debate a fondo*
Imagino que todos ustedes, familiares o conocidos, habrán acudido alguna vez al centro de salud, al hospital, a urgencias, etc. ¿Cómo ha sido la experiencia?
Puntos a desarrollar:
Atención en cada ámbito del sistema sanitario
Accesibilidad a la atención sanitaria
Confidencialidad y continuidad de cuidados
Valoración de los profesionales
Cartera de servicios
Otros temas emergentes
5. *Clausura*
Vamos a finalizar la entrevista, ¿alguien quiere comentar algo más?... Les agradecemos la participación

2. *Fase de triangulación de categorías*. Las categorías de análisis se consensuaron entre los miembros del equipo según los objetivos planteados, redefiniendo las categorías definitivas.
3. *Fase de obtención y verificación de resultados*. Análisis de contenido con el apoyo del programa NUDIST y construcción de matrices para explorar conexiones entre claves en el análisis definitivo de los datos.

Para incrementar la *credibilidad* de los resultados obtenidos se confrontaron la perspectiva de la moderadora de los grupos con los comentarios iniciales del resto del equipo tras la elaboración de las primeras hipótesis, usando la triangulación para determinar la congruencia entre los resultados obtenidos. Por último, la *aplicabilidad* de los resultados se explica en función del contexto donde se ha observado el fenómeno social.

El trabajo ha sido aprobado por la Comisión de Investigación Científica de la provincia de Jaén. Se requirió la firma de un consentimiento informado y se entregó información escrita sobre el estudio y la voluntariedad de la participación, indicando explícitamente la destrucción final de la videograbación y el anonimato de los datos obtenidos tras el análisis de los mismos.

Resultados

Se realizaron 7 grupos de discusión (43 usuarios con edad media 55,9 años [$\pm$ DE 14,0], 63% mujeres y 58% ZNTS) (tabla 2), y se entrevistaron 6 líderes sociales (tabla 3). La información recogida se presenta en 5 categorías y 15

Tabla 2 Características principales y número de participantes en cada grupo entrevistado

Grupos	Muestra	Edad ^a	Sexo mujer	Nivel cultural medio	Pensionista	Demanda sanitaria alta	ZNTS	Tiempo de grabación
<i>Zona urbana</i>	43	55,9 ± 14,0	63%	53%	40%	56%	58%	8 h 11'41"
1	8	53,7 ± 5,0	75%	38%	13%	38%	50%	21'05"
2	5	62,6 ± 5,4	60%	80%	40%	60%	60%	58'34"
3	10	59,1 ± 7,2	50%	60%	60%	50%	70%	76'00"
4	7	66,4 ± 10,1	29%	86%	71%	86%	86%	82'00"
5	3	50,3 ± 2,2	33%	0%	100%	100%	33%	90'16"
6	6	53,7 ± 5,0	100%	50%	50%	50%	33%	90'46"
7	4	34,8 ± 8,6	100%	25%	0%	25%	50%	72'60"

^a La edad se muestra como la media en años y su desviación estándar.

subcategorías que se corresponden con los puntos del guión de la entrevista, las hipótesis generadas y el marco explicativo; se ofrecen en la [tabla 4](#) junto a los principales resultados del estudio.

Continuidad de la atención

Todas las personas usuarias solicitan una continuidad de cuidados por los mismos profesionales, tanto en atención primaria como en el hospital. Este hecho da lugar a una relación humana, facilita una buena actuación técnica, garantiza la confidencialidad y ofrece una mayor seguridad al paciente. Existe una excesiva rotación del personal sanitario en el centro de salud, como ocurre durante las vacaciones, lo que hace disminuir la calidad percibida de la atención e incrementa la desconfianza entre los usuarios de las ZNTS ([tabla 5.1](#)). En el hospital también existen múltiples cambios del profesional que atiende al usuario, tanto en consultas externas como en los ingresos hospitalarios ([tabla 5.2](#)). Se desea elegir al personal sanitario que les atenderán pero no siempre es posible, lo que genera muchas protestas entre las madres con hijos en edad pediátrica y los familiares mayores que cuidan de ellos ([tabla 5.3](#)). La información que reciben en el centro de salud es satisfactoria, sin embargo los usuarios de ZNTS no entienden la recibida en el medio hospitalario y critican que las revisiones se sustituyan por el

envío postal de un informe ([tabla 5.4](#)). La información entre atención primaria y hospitalaria se aprecia fragmentada y no directa, algo muy evidente para los líderes sociales ([tabla 5.5](#)) y que provoca un rechazo a la prescripción por principio activo, que genera gran desconfianza en los usuarios menos cultos por entender que se trata de un cambio efectuado por el médico de familia a la prescripción del especialista ([tabla 5.6](#)).

Accesibilidad a la asistencia sanitaria

Las barreras físicas son un importante problema que disminuye la accesibilidad a la atención sanitaria. En la zona urbana se debe a una mala situación del centro de salud en el barrio, polémica desde su inicio, con aceras estrechas, largos tramos de escaleras, excesivo tráfico y falta de zonas de aparcamiento que dificulta la accesibilidad de personas mayores y/o con discapacidad que frecuentan mucho el centro de salud ([tabla 5.7](#)). Otra vivencia negativa para los usuarios de ZNTS son los trámites burocráticos, refiriendo en bastantes ocasiones trato distante, atención lenta y falta de ayuda en los diferentes servicios de Admisión, empeorando cuando se trata de personas con un nivel educativo bajo ([tabla 5.8](#)). La accesibilidad en atención primaria ha mejorado con las citas previas por Salud Responde (servicio telefónico 24 h) o el uso de la receta digital. Se entiende la demora de las salas de espera y se otorga al sanitario

Tabla 3 Características principales de los líderes sociales entrevistados

	Localidad	Edad	Sexo	Nivel de estudios	Situación laboral	Entidad que representa	Tiempo de grabación
<i>Líderes zona urbana</i>							
1	Jaén	48	Mujer	Alto	Activo	(a)	18'00"
2	Jaén	46	Mujer	Alto	Activo	(b)(c)	17'20"
3	Jaén	64	Mujer	Medio	Pensionista	(d)	14'51"
4	Jaén	29	Mujer	Medio	Activo	(d)	14'51"
5	Jaén	53	Varón	Medio	Activo	(e)	19'14"
6	Jaén	29	Mujer	Alto	Activo	(c)	25'35"

Entidades sociales representadas: (a) residencia de salud mental; (b) organización no gubernamental; (c) asociación de discapacitados físicos/psíquicos; (d) asociación de vecinos; (e) asociación deportiva.

Tabla 4 Resumen de los principales resultados ordenados por categorías y subcategorías según el análisis cualitativo**Categoría 1: Continuidad de la atención***Atención por el mismo profesional*

Se desea la continuidad de cuidados por el mismo equipo sanitario, lo que facilita una comunicación más fluida y una mayor confidencialidad

Elección de médico

Se rechazan los cambios de cupo impuesto (sobre todo en pediatría) y las rotaciones de los médicos en las consultas hospitalarias para las revisiones

Transferencia de información entre niveles asistenciales

Se critica la falta de comunicación entre atención primaria y atención hospitalaria, rechazando recibir la información por carta en lugar de ser atendidos personalmente

Categoría 2: Accesibilidad a la asistencia sanitaria*Barreras físicas*

La propia infraestructura del barrio dificulta la accesibilidad a la atención sanitaria: aceras estrechas, excesivos tramos con escaleras, falta de aparcamiento, etc.

Burocracia y citación administrativa

Las tareas burocráticas son difíciles para personas sin estudios, quienes suelen recibir escasa atención administrativa. Las citas han mejorado con la atención telefónica (Salud Responde)

Tiempos de espera y de consulta en atención primaria

Se otorga al sanitario la capacidad de decidir los tiempos de espera, pero en general no se desea esperar, equiparando «ir al médico» con otras tareas habituales (como «ir de compras»). La dedicación del médico en atención primaria se considera adecuada

Interconsultas y revisiones en atención hospitalaria

Algunos líderes sociales y usuarios reclaman mayor número de derivaciones al hospital, mientras que la mayoría confía en el criterio de su médico de familia. Las revisiones hospitalarias reciben múltiples críticas por parte de la población por su tardanza y desorganización

Atención urgente

La atención en urgencias del hospital centra la mayor parte de críticas debido a la tardanza en ser atendidos por la masificación y la falta de personal

Categoría 3: Valoración de los profesionales*Aspectos técnicos*

La creencia general otorga a los médicos del hospital una mayor cualificación técnica. Algunos usuarios indican la necesidad de una mayor formación en técnicas complejas por el personal de enfermería

Calidad humana

El trato casi familiar con los profesionales de atención primaria mejora la calidad percibida sobre la asistencia prestada en el centro de salud. En el hospital el trato suele ser distante y frío

Categoría 4: Organización del sistema sanitario*Derechos y deberes*

Son desconocidos por los usuarios

Liderazgo y gestión económica

Se critica la falta de liderazgo entre los profesionales, sanitarios y no sanitarios, con una infraestructura hospitalaria incómoda y carente de intimidad

Categoría 5: Oferta de servicios*Oferta de servicios*

Se conocen poco las actividades preventivas ofertadas desde el centro de salud, por falta de difusión a la población atendida, centrándose sobre todo en las consultas a demanda

Ayuda material y domiciliaria

Es muy bien valorada por los cuidadores de enfermos, aplaudiendo la atención prestada por enfermeras gestoras de casos y trabajadores sociales

Otros servicios

Se valoran positivamente el servicio Salud Responde (atención telefónica) y la receta digital. Otros servicios, como la tarjeta de cuidador de gran discapacitado, son poco conocidos

Tabla 5 Citas textuales (verbatim) para cada categoría y subcategorías**Continuidad de la atención**

1. *Yo tenía mucha confianza y era entrar por la puerta y decía: ¡ya está aquí mi médico! y ya sabía lo que me pasaba, y ahora empezar de nuevo con otro médico...* (mujer de 49 años, nivel educativo medio, activa y frecuentación alta, ZNTS). *En verano todo cambia: no nos conoce y hay que volver a explicar la manera de trabajar que tenemos, porque llega un médico nuevo* (líder, hombre de 53 años, nivel educativo medio, activo y baja frecuentación)
2. *Eso es un crimen, llevo ya dos años y voy cada seis meses, todavía no me ha visto el mismo oftalmólogo* (hombre de 69 años, nivel educativo bajo, pensionista y frecuentación alta, ZNTS)
3. *Y otra cosa peor es que mi hija tiene un niño de 7 años. Al principio le asignaron una pediatra y luego se la cambiaron sin decirle nada. Y cada vez que venía aquí se encontraba con un pediatra distinto, que ni le conocía a ella ni al niño* (hombre de 72 años, nivel educativo bajo, pensionista y baja frecuentación)
4. *Yo he ido hace poco a reumatología, y ahora al cabo de un mes, me mandan por carta los resultados. Eso no lo veo bien. No, yo quiero que me llamen otra vez a reumatología y me lo expliquen* (mujer de 62 años, nivel educativo bajo, activa y frecuentación alta, ZNTS)
5. *No hay mucha coordinación entre los médicos de aquí y los del equipo de salud mental, nos toca llevar papeles de un lado a otro* (líder, mujer de 48 años, nivel educativo alto, activa y baja frecuentación)
6. *Yo sí, a mí me tiene que mandar la traumatóloga un sobre para los huesos de marca y este [genérico] es todo azúcar y no me hace el mismo efecto. No tiene los mismos efectos, dicho por el farmacéutico que me lo ha dicho a mí* (mujer de 62 años, nivel educativo bajo, activa y frecuentación alta, ZNTS)

Accesibilidad a la asistencia sanitaria

7. *El acceso al centro de salud por escaleras es un problema. Ciento y pico escaleras. Yo vivo en [la delegación de] Tráfico allí abajo y el centro está arriba. Nos movilizamos, estuvimos haciendo manifestaciones para el centro de salud y luego nos lo pusieron aquí en lo alto* (mujer de 62 años, nivel educativo bajo, activa y frecuentación alta, ZNTS)
8. *No, los médicos no, es la gente que trabaja allí [hospital]. Te dan los papeles, ve a esa puerta, de esa puerta ve a otra puerta... ¿Y la gente que no sabe leer? Mi madre no sabe leer* (mujer de 50 años, nivel educativo bajo, activa y frecuentación alta, ZNTS)
9. *A lo mejor nos quejamos por el atraso que llevan, si a lo mejor corren mucho nos quejamos, y si tal también nos quejamos. Cuando uno entra no le gusta que el médico corra, te gusta que el médico te pregunte, a ver qué...* (mujer de 51 años, nivel educativo bajo, activa y frecuentación alta, ZNTS)
10. *Los médicos de cabecera tienen su parte, pero no te puedes meter en la especialidad de un especialista. Ellos deberían decir: bueno, vamos a mandarlo a tal especialista y ya veremos lo que hay, pero no quieren acceder, quieren llevar ellos el tema, y es que eso es un peligro también. Hay una cierta resistencia a mandar al especialista. No por ellos, es más arriba, no les dejan* (líder, mujer de 64 años, nivel educativo medio, pensionista y frecuentación alta)
11. *Te llaman, pero desde que llevas allí ya un rato, te mandan a hacerte la analítica, te mandan a hacerte radiografías o lo que sea, te sientas y te tiras las horas muertas esperando que te llamen otra vez porque urgencias está súper saturado, no pueden hacer otra cosa porque se plantan allí cien personas y lo mismo hay tres médicos entonces...* (hombre de 72 años, nivel educativo bajo, pensionista y baja frecuentación)

Valoración de los profesionales

12. *Yo creo que lo que son los profesionales de la salud ha cambiado muchísimo, están preparadísimos, la gente joven viene preparadísima* (mujer de 46 años, nivel educativo bajo, activa y frecuentación alta, ZNTS)
13. *Por parte de los médicos muy bien, las enfermeras de todo, está la que se nota que está más ducha y la que está esperando a jubilarse. Yo lo único que echo en falta un poquito tanto aquí como en los hospitales es un poquito reciclaje de enfermeras* (líder, mujer de 46 años, nivel educativo alto, activa y baja frecuentación)
14. *En el hospital es que allí el personal es más distante con los enfermos, teníamos que ir detrás del médico para sacarle la información. Y eso también lo dice mucha gente, cuando está la persona ingresada tienes que ir detrás del médico cuando está la habitación para visitar al paciente, esa relación de cercanía. Y yo no sé si es porque tiene mucho trabajo y no se pueden esperar mucho* (líder, mujer de 46 años, nivel educativo alto, activa y baja frecuentación)
15. *La verdad que hay allí siete u ocho enfermeros, como celadores y que se ríen y que si tienen que salir a por un enfermo no salen a llevar una silla, yo lo veo fatal* (hombre de 54 años, nivel educativo bajo, activo y frecuentación alta, ZNTS)

Tabla 5 (Continuación)

Organización del sistema sanitario

16. *Yo lo que veo en la Seguridad Social, es que no hay un control, una persona que se dedique a controlar cada consulta. Eso es lo que falta en la Seguridad Social, un señor que se dedique a ir controlando* (hombre de 70 años, nivel educativo bajo, pensionista y baja frecuentación)

17. *Es que la única intimidad que hay en las habitaciones es una cortina. No hay intimidad, si se te muere el de la cama de al lado, ya ni te cuento* (mujer de 46 años, nivel educativo bajo, activa y frecuentación alta, ZNTS)

Oferta de servicios

18. *Los programas que aquí hay son poco conocidos, hay poca difusión hacia el exterior. Nos quedamos como todas las entidades o todas las asociaciones, que ponemos muchos carteles aquí en el centro pero luego a la calle no llegan* (líder, mujer de 64 años, nivel educativo medio, pensionista y frecuentación alta)

19. *Yo creo que Salud Responde trabaja muy bien. Una vez me puse mala y pregunté, me atendieron divinamente* (mujer de 62 años, nivel educativo bajo, activa y frecuentación alta, ZNTS)

20. *A mí la tarjeta de cuidador no me ha servido porque una vez iban a operar a un familiar y le dije «mira que yo soy su cuidadora», para entrar con él porque está con Alzheimer, y me dijeron que no podría entrar: «No, no, no, usted se tiene que salir»* (mujer de 50 años, nivel educativo bajo, activa y frecuentación alta, ZNTS)

21. *Ahora cuando ya sabes lo que tienes, entonces es estupenda la Seguridad Social, los aparatos, a mí lo que me hicieron valía millones, en ambulancias, en cinco días, baja sube, eso no lo podía yo costear* (mujer de 65 años, nivel educativo bajo, pensionista y frecuentación alta, ZNTS)

la capacidad de decidir cuánto tiempo debe durar la cita, aunque reconocen que a los usuarios no les gusta esperar dado que tienen otros asuntos importantes que hacer (tabla 5.9). Los usuarios, en general, ven correctas las derivaciones que hacen sus médicos de familia al hospital pero no así los líderes sociales y algunos usuarios (la mayoría activos), que se quejan de las pocas derivaciones a las consultas hospitalarias motivadas, a su parecer, por una normativa interna que las restringe (tabla 5.10). Las primeras citas hospitalarias son rápidas pero las revisiones tardan mucho y no siempre son satisfactorias: médicos diferentes, pérdida de pruebas, no emisión de informes, etc. Los servicios de urgencias son mal valorados en general, criticándose la excesiva demora en la atención y resolución de los problemas de los usuarios atendidos debido a la masificación y la saturación de las consultas (tabla 5.11) aunque cuando se trata de una verdadera urgencia el trato mejora con una atención más rápida y eficaz.

Valoración de los profesionales

El personal médico y de enfermería está muy bien valorado por la población y los líderes, sobre todo por su cercanía y calidad humana, siendo fundamental el conocimiento de la historia personal y familiar de cada paciente (mucho más demandado en las ZNTS). La percepción de la capacidad técnica de los médicos de familia también ha mejorado (tabla 5.12) mientras que se pide al personal de enfermería una mayor actualización de conocimientos (tabla 5.13). En el hospital se valoran más los aspectos técnicos aunque a cambio hay una mayor distancia y falta de información atribuida a una mayor carga de trabajo (tabla 5.14), percibiéndose falta de personal hospitalario encargado del cuidado de los pacientes (enfermería y auxiliares). Otros profesionales (trabajadores sociales y enfermería gestora de casos) son menos conocidos pero bien valorados. El servicio más

criticado por los usuarios y los líderes son las urgencias hospitalarias: se aprecia su alto potencial resolutivo pero se critica la pasividad y en ocasiones desinterés de algunos de los profesionales tanto sanitarios como, en mayor medida, no sanitarios (tabla 5.15).

Organización del sistema sanitario

Hay un desconocimiento generalizado de los derechos y deberes de los usuarios del SSPA. Se valora negativamente que la atención a los usuarios esté fragmentada en diferentes servicios no comunicados entre sí, sobre todo entre los usuarios hombres, provocado por la falta de liderazgo a diferencia de lo que ocurre en la medicina privada (tabla 5.16). Algunos usuarios indican que la falta del liderazgo es aprovechado por los profesionales para trabajar menos, mientras que otros indican que el origen de este problema reside en los gestores sanitarios. Otro punto de disconformidad es la atención hostelera en los ingresos hospitalarios, con incomodidad por las instalaciones y falta casi total de intimidad, más presente en el discurso de las mujeres (tabla 5.17).

Oferta de servicios

En general se desconocen los servicios que oferta el sistema sanitario a la población, salvo las consultas de medicina y enfermería y algunas actividades preventivas reguladas como la vacunación o los controles del niño sano (muy bien valorados por las madres de niños en edad pediátrica). Los líderes de ZNTS conocen menos estas actividades y reclaman mayor difusión de las mismas y el uso de otros canales menos oficiales como pueden ser las asociaciones vecinales o las redes sociales (tabla 5.18). Otros servicios bien valorados son Salud Responde, por la rapidez y corrección en la atención (tabla 5.19), y el uso de la receta electrónica. Las

personas cuidadoras de enfermos con gran discapacidad evalúan positivamente la ayuda domiciliar y material que el sistema sanitario presta desde atención primaria, aunque la tarjeta que les reconoce como cuidadores le es poco útil en la atención hospitalaria (tabla 5.20). El coste de los servicios sanitarios recibidos es completamente desconocido entre la población estudiada, solo interesa cuando el paciente ha recibido una atención muy cara por un problema de salud complejo o grave (tabla 5.21).

Discusión

La pobreza, como expresión de desigualdad socioeconómica y consecuencia de un medio ambiente desfavorable, se convierte en uno de los más importantes determinantes de la salud^{7,8}. Las opiniones de los usuarios de las ZNTS estudiadas giran sobre 3 pilares básicos: la continuidad de la atención recibida, la accesibilidad a los servicios sanitarios y la necesidad de mejora de determinados aspectos organizativos, estructurales y de información¹⁵.

Los elementos principales que parecen garantizar una satisfacción de la población se describen como una atención personalizada, el tiempo dedicado por el profesional y su competencia técnica y humanística, la continuidad de los cuidados, la accesibilidad física, las listas de espera para ser atendidos en el hospital y la capacidad resolutoria de los servicios de urgencias^{4-6,16,17}. Algunos de estos elementos son especialmente referenciados por los participantes que viven en ZNTS quienes demandan a los sanitarios, además de competencia técnica, una relación casi familiar en cualquier ámbito del sistema sanitario, sobre todo en atención primaria^{16,18-20}. El tipo de comunicación establecida entre profesional sanitario y usuario es la base de las vivencias y las expectativas de los usuarios de zonas desfavorecidas, uniéndolo indisolublemente a la capacidad profesional con la calidez humana^{21,22}. Este hecho cumple las expectativas de los usuarios acerca de las necesidades de intimidad en cada acto sanitario, la reputación del profesional que les atiende²³ y la accesibilidad a los recursos sanitarios^{6,18}. Mientras que habitualmente los profesionales se centran en sus propios recursos y el comportamiento de otros profesionales para mejorar la gestión de enfermedades crónicas, los resultados muestran la importancia de conocer las representaciones de la salud y la enfermedad que tienen los usuarios del sistema sanitario, basadas fundamentalmente en los síntomas y signos de las enfermedades, para mejorar la atención sanitaria^{16,22,24}. Los usuarios parecen, pues, reclamar una atención basada en un modelo biopsicosocial que integre el contexto socioeconómico, afectivo, cultural y ambiental del proceso salud-enfermedad, dando mucha importancia al sistema de valores de los profesionales de la salud²¹.

La creencia de la falta de organización en el sistema sanitario por carencia de liderazgo está muy extendida entre los usuarios^{19,25} y es una de las causas citadas en los discursos negativos de la atención recibida en urgencias, generando una alta insatisfacción al no encontrar respuestas rápidas y eficaces a los problemas demandados en ese servicio^{16,22}. Existiría, por tanto, un mayor grado de consumismo de los servicios sanitarios junto a una menor satisfacción en la atención prestada pese a las diferencias en accesibilidad al

sistema sanitario respecto a otras zonas urbanas con mayor nivel social o determinadas zonas rurales^{26,27}.

Es un dato importante la falta de demandas de mejora de otros factores macroestructurales relacionados con la salud como la falta de empleo o las condiciones de las viviendas^{6,10,21}. Los usuarios de ZNTS valoran al SSPA en función de unas necesidades centradas en la demanda de atención a la enfermedad, desconociéndose en gran medida las actividades preventivas y de promoción de la salud^{16,21}. La gratuidad de la atención prestada por el sistema de salud y su inmersión dentro de la práctica de un estado del bienestar pueden ser algunas de las causas que provoquen que esas necesidades ambientales y sociales se desvinculen completamente de las prestaciones esperadas por parte de los servicios sanitarios²⁸. Hay, no obstante, algunos discursos críticos con el reparto de recursos económicos dentro del SSPA, como pudiera ocurrir con el acceso limitado a la atención hospitalaria y el uso de medicación genérica²⁹.

La utilización de la metodología cualitativa resulta valiosa para obtener la visión de los usuarios, con unos objetivos menos centrados en la precisión de los resultados y más en el contenido y la participación en sí misma, contribuyendo a mejorar la comprensión de los valores de la población por parte de los profesionales de la salud^{6,30}. La mayoría de los estudios con diseño cualitativo realizados sobre la salud comunitaria^{6,31} presentan una alta diversidad de disciplinas y técnicas de investigación, utilizándose en la mayoría entrevistas individuales como principal fuente de información. El uso de grupos de discusión¹³ en este trabajo permite incorporar una técnica de recogida que favorece la interacción entre los entrevistados y promueve la aparición de temas emergentes. Los resultados obtenidos presentan las limitaciones propias de este tipo de estudios, con un posible sesgo de selección (no se han incluido inmigrantes ni miembros de la etnia gitana) y de discapacidad social¹⁷. Para evitar estos errores se han empleado perfiles predeterminados para la elección de los participantes y las entrevistas han sido moderadas por una persona experta ajena al SSPA; por otro lado, el análisis se ha realizado mediante triangulación dentro del equipo investigador, logrando la saturación de la información en los grupos realizados para mejorar la validez del estudio.

La vinculación entre las desigualdades socioeconómicas y sus consecuencias en el estado de salud obliga a mejorar la situación social y económica para mejorar la salud poblacional^{7,8}. Estos patrones de desigualdad no se reproducen solo entre países desarrollados y en desarrollo, sino también entre los distintos grupos sociales de cada país, autonomía o ciudad. Las políticas sanitarias deberían lograr una mayor equidad en salud facilitando que los usuarios, sobre todo en zonas desfavorecidas, pasen de querer ser escuchados, informados y tenidos en cuenta por su médico³² a adquirir conocimientos y actitudes sobre los mecanismos de participación formal³³. El clientelismo y el paternalismo son modelos vigentes que dificultan esta participación comunitaria^{11,34}. La ciudadanía demanda calidad, participación, transparencia y agilidad, cada vez con mayor insistencia^{21,35}. La colaboración de gestores, profesionales y usuarios^{3,16} permitirá incorporar las expectativas y creencias de las poblaciones, con especial atención a las zonas donde sus habitantes se encuentran en riesgo de exclusión social.

Lo conocido sobre el tema:

- Existe una estrecha vinculación entre las desigualdades socioeconómicas y sus consecuencias en el estado de salud.
- Los habitantes de las zonas en riesgo de exclusión social presentan unas características diferenciadoras en sus vivencias y necesidades de atención sanitaria.
- Un correcto diagnóstico comunitario es el primer paso para lograr una participación comunitaria eficaz que permita corregir desigualdades en salud del sistema sanitario.

Qué aporta este estudio:

- Todas las vivencias giran alrededor del binomio salud-enfermedad, atribuyendo al sistema sanitario un papel centrado en la curación de la enfermedad.
- Los usuarios procedentes de bajos niveles sociales demandan una atención personalizada, continua en el tiempo, cercana y accesible, adecuada a sus expectativas sobre el enfermar.
- Se solicita al sistema sanitario más tiempo para la atención clínica, una mejor formación de enfermería y una mayor capacidad resolutoria de los servicios de urgencias.

Financiación

El presente trabajo de investigación ha recibido una subvención para la financiación de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía en el año 2010 (Secretaría General de Calidad y Modernización de la Junta de Andalucía, BOJA nº 9 [14/01/2011], PI-0680/2010) y ha sido objeto de un refuerzo anual de la actividad investigadora en la Unidades de Gestión Clínicas del Servicio Andaluz de Salud durante el año 2012 (Resolución SA 0065/12 de 13 de marzo de 2012, expediente S-A 028).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los usuarios y los profesionales del Centro de Salud El Valle (Jaén) por su colaboración, con especial mención a Virginia García Muñoz y Ana Torres Escribano. Al personal de la Fundación de Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (Jaén) por su apoyo metodológico.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/derechos/LibreEleccion/RD1030.2006.pdf> [consultado 15 Oct 2012].
2. Consejería de Salud. III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Junta de Andalucía (España), 2003 [consultado 15 Oct 2012]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1.c.6_planes_estrategias/III_plan_andaluz_salud/III_plan_andaluz_salud.pdf
3. Consejería de Salud. Encuestas de Satisfacción 2011. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía (España), 2012 [consultado 15 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/indicadores/introduccion.asp>
4. Martin DK, Abelson J, Singer PA. Participation in health care priority-setting through the eyes of the participants. *J Health Serv Res Policy*. 2002;7:222-9.
5. Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Aten Primaria*. 2005;36:358-66.
6. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health*. 2005;26:513-59.
7. Benach J, Amable M. Las clases sociales y la pobreza. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:16-23.
8. Olmedo Lucerón MC. Globalización, desigualdad y pobreza: un reto para las políticas sanitarias. La desigualdad social y económica como determinante de la salud. *Rev Adm Sanit*. 2008;6:729-40.
9. Putland C, Baum FE, Ziersch AM. From causes to solutions-insights from lay knowledge about health inequalities. *BMC Public Health*. 2011;11:67.
10. Pesce JE, Kpaduwa CS, Danis M. Deliberation to enhance awareness of and prioritize socioeconomic interventions for health. *Soc Sci Med*. 2011;72:789-97.
11. Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:192-202.
12. Borrell C, Pasarín MI. Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gac Sanit*. 2004;18:1-4.
13. Canales M. Grupos de discusión. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editores. *Métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis; 1994. p. 225-38.
14. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2.^a ed. Thousand Oaks: Sage; 1994.
15. Scuffham PA, Whitty JA, Taylor M, Saxby RC. Health system choice: a pilot discrete-choice experiment eliciting the preferences of British and Australian citizens. *Appl Health Econ Health Policy*. 2010;8:89-97.
16. Grisotti M, Patrício ZM, Silva A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. *Cien Saude Colet*. 2010;15:831-40.
17. Morrison EH, George V, Mosqueda L. Primary care for adults with physical disabilities: perceptions from consumer and provider focus groups. *Fam Med*. 2008;40:645-51.
18. Campbell-Grossman C, Brage-Hudson D, Keating-Lefler R, Ofé Fleck M. Community leaders' perceptions of single, low-income mothers' needs and concerns for social support. *J Community Health Nurs*. 2005;22:241-57.
19. Luxford K, Safran DG, Delbanco T. Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in health-care organizations with a reputation for improving the patient experience. *Int J Qual Health Care*. 2011;23:510-5.
20. Small N, Green J, Spink J, Forster A, Lowson K, Young J. The patient experience of community hospital-the process of care as a determinant of satisfaction. *J Eval Clin Pract*. 2007;13:95-101.

21. Sheridan NF, Kenealy TW, Kidd JD, Schmidt-Busby JI, Hand JE, Raphael DL, McKillop AM, Rea HH. Patients' engagement in primary care: powerlessness and compounding jeopardy. A qualitative study. *Health Expect.* 2012; <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12006>.
22. Prieto Rodríguez MA, Danet Danet A, Escudero Carretero MJ, Ruiz Azarola A, Pérez Corral O, García Toyos N. Definición de competencia médica según pacientes crónicos del sistema sanitario público de Andalucía. *Gac Sanit.* 2012;26:450-6.
23. Allan J, Ball P, Alston M. 'You have to face your mistakes in the street': the contextual keys that shape health service access and health workers' experiences in rural areas. *Rural Remote Health.* 2008;8:835.
24. Yen L, Gillespie J, Rn YH, Kljakovic M, Anne Brien J, Jan S, et al. Health professionals, patients and chronic illness policy: a qualitative study. *Health Expect.* 2011;14:10-20.
25. Hogg R, Hanley J. Community development in primary care: opportunities and challenges. *Community Pract.* 2008;81:22-5.
26. Campbell NC, Iversen L, Farmer J, Guest C, MacDonald J. A qualitative study in rural and urban areas on whether-and how-to consult during routine and out of hours. *BMC Fam Pract.* 2006;7:26.
27. Lamarche PA, Pineault R, Haggerty J, Hamel M, Levesque JF, Gauthier J. The experience of primary health care users: a rural-urban paradox. *Can J Rural Med.* 2010;15:61-6.
28. Moulton PL, Miller ME, Offutt SM, Gibbens BP. Identifying rural health care needs using community conversations. *J Rural Health.* 2007;23:92-6.
29. Sewell K, Andreae S, Luke E, Safford MM. Perceptions of and barriers to use of generic medications in a rural african american population, Alabama, 2011. *Prev Chronic Dis.* 2012;9:E142.
30. McKie J, Shrimpton B, Hurworth R, Bell C, Richardson J. Who should be involved in health care decision making? A qualitative study. *Health Care Anal.* 2008;16:114-26.
31. Scammell MK. Qualitative environmental health research: an analysis of the literature, 1991-2008. *Environ Health Perspect.* 2010;118:146-54.
32. Delgado A, López-Fernández LA, de Dios Luna J, Saletti Cuesta L, Gil Garrido N, Puga González A. Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gac Sanit.* 2010;24:66-71.
33. Foster MM, Earl PE, Haines TP, Mitchell GK. Unravelling the concept of consumer preference: implications for health policy and optimal planning in primary care. *Health Policy.* 2010;97:105-12.
34. Delgado-Gallego ME, Vázquez-Navarrete ML, Zapata Bermúdez Y, Hernán García M. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia: una mirada cualitativa. *Rev Salud Publica (Bogota).* 2006;8:150-67.
35. Ottmann G, Laragy C, Haddon M. Experiences of disability consumer directed care users in Australia: results from a longitudinal qualitative study. *Health Soc Care Community.* 2009;17:466-75.