



Ciencia Ergo Sum

ISSN: 1405-0269

ciencia.ergosum@yahoo.com.mx

Universidad Autónoma del Estado de México  
México

Gil Lacruz, Marta; Barrantes Ollauri, Juan Manuel; Matute Bravo, Silvia; Marquina, Ana Santa Cecilia;  
González Arratia López Fuentes, Norma Ivonne  
Mejorar la salud, una cuestión ciudadana  
Ciencia Ergo Sum, vol. 6, núm. 3, noviembre, 1999  
Universidad Autónoma del Estado de México  
Toluca, México

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10401605>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System

Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal

Non-profit academic project, developed under the open access initiative

# Mejorar la salud, una cuestión ciudadana

MARTA GIL-LACRUZ, JUAN MANUEL BARRANTES OLLAURI,\* SILVIA MATUTE BRAVO,  
ANA SANTA CECILIA MARQUINA Y NORMA IVONNE GONZÁLEZ ARRATIA\*\*

Recepción: 21 de abril de 1999

Aceptación: 22 de mayo de 1999

## Health Improvement. A Community Matter

**Abstract.** This paper deals with the main resources of health improvement in a community from a suburban area in Zaragoza, Spain. The sample is a probabilistic form made in different points: areas, streets and houses. The local hospital wanted to know the real health situation of its population, so it designed some questions in a global health survey. We asked the people how their health could be improved. In order to systematize the answers, it was used a mixture of qualitative and quantitative research strategies. The most frequent answer was related to lifestyle (sport, tobacco, coffee, personal cares). It is presented a discussion on the results and the importance of prevention and community participation on the Primary Attention Health System.

## Introducción

Frente a la definición de salud como ausencia de enfermedad, se ha evolucionado socialmente a una concepción más amplia (Rodríguez y Miguel, 1990) explicitada por la OMS en numerosas ocasiones (1981, 1982, 1986). Ésta considera que el estado de salud equivale al completo bienestar físico, psíquico y social de las personas (OMS, 1981) y de sus grupos de referencia.

Alcanzar tal estado de salud se convierte en una meta ideal y constituye un valor en sí mismo, de tal modo que se asume por las instancias sanitarias como deseable y desarrollan las medidas oportunas para su consecución (Gaitán, 1989). De esta manera, en el Sistema Sanitario Español, se plantean como líneas prioritarias de intervención (Ley 14/1986, de 25 de abril de General de Sanidad, en López, 1993) las siguientes:

- La extensión de los servicios a toda la población.
- La organización adecuada para prestar una atención integrada a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la

salud y prevención de la enfermedad, como de la curación y de la rehabilitación.

- La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.

- La prestación de una atención integral a la salud, procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

Como puede apreciarse en estas premisas, la comunicación y la participación efectiva de la comunidad son un requisito previo fundamental si se pretende ajustar este sistema a las necesidades sociales (Grande *et al.*, 1995). Por tanto, pese a que el nivel de salud como lucha contra la enfermedad es muy superior al que se ha podido tener en otra época (Montiel, 1993), la salud y su mejora siguen siendo una preocupación de primer orden para el hombre y la sociedad. Por ejemplo, a nivel individual, la salud se vivencia tanto como una necesidad unida a la conservación de la vida como un deseo subjetivo de sentirse bien (Mira, 1990). De ahí se infiere la importancia del reconocimiento de este derecho (Gaitán, *op. cit.*) y el de recoger las inquietudes que tienen los propios usuarios con respecto al tipo de atención recibida en los centros de asistencia, ya sean en los consultorios o en los centros de salud (que garantizan dicho derecho) y, en definitiva, cómo su salud puede mejorar dependiendo de todo ello.

Al mismo tiempo, como plantea Gaitán (*ibid.*), esta declaración de principios supone:

\* Calle Alfonso X el Sabio, No. 4. Topacio 6<sup>o</sup>D, Zaragoza 50006, España. Teléfono: 976 37 98 68. Correo electrónico: mglacruz@posta.unizar.es

\*\* Calle Mariano Matamoros 706 sur, Col. Centro, Toluca, C. P. 50000, México. Teléfono: (7) 222 38 80. Correo electrónico: nigalf@mail.uaenex.mx

- La consideración de la salud como prerrogativa humana fundamental.
- El consenso social acerca de que deben disponerse los medios para su fomento.
- La inclusión de las políticas de salud en el proceso de desarrollo de un conjunto social, junto con otros aspectos relativos al bienestar social (económicos, culturales, educativos, sociales, etc.).

Este cambio de la política sanitaria asistencial abarca un amplio abanico de posibilidades que se constituye en una puerta abierta para numerosos campos de investigación. El conocimiento de cuáles son las principales fuentes de mejora de la propia salud percibidas por los ciudadanos puede y debería considerarse como una línea de estudio prioritaria, que es lo que se expone en este artículo.

No obstante, estudiar el tema de la salud es un asunto arduo y controvertido. De su análisis inferimos un conjunto de consecuencias que más que responder, cuestionan muchos aspectos de nuestra sociedad actual: el estado del bienestar, la crisis económica, el capitalismo, las democracias, la existencia de la desigualdad, la calidad de vida, el trabajo social, la red de prestaciones sociales, la solidaridad, entre otras. Pero si la tarea por definir un sistema de salud, sus costos, servicios y prestaciones es compleja y se traduce en un elevado número de implicaciones sociales, abordar su solución se convierte en un reto de gran envergadura. Decir que la salud es un constructo multidimensional supone asumir que su análisis debería realizarse desde diversos frentes: económico, médico, enseñanza, por mencionar sólo unos (Matute *et al.*, 1996).

Sin embargo, no disponemos del mismo volumen de información de lo que al respecto opinan los propios ciudadanos. Por tanto, dado que todos los acercamientos y todas las voces son necesarias, nos planteamos aportar a estas cuestiones una interrogante básica: *en su opinión, ¿cuál cree que sería la principal fuente de mejora de su salud?*

El considerar las aportaciones de la persona entrevistada, en el diseño de investigaciones, es coherente con la postura que defiende Townsend, concretamente en los estudios sobre la exclusión: "Las perspectivas individuales y las posiciones de los grupos particulares en la población pueden, por supuesto, estar fuera de la línea de la opinión convencional o mayoritaria, por lo que supone en sí mismo un interés añadido y una dimensión fresca en los análisis prospectivos" (Townsend, 1986: 659). Así, para resolver esta cuestión, partimos de la importancia que en la metodología cualitativa se otorga a la participación, en este caso a las palabras textuales de las personas que fueron objeto de estudio (Bardín, 1986). Además, este procedimiento es com-

plementario con una clasificación de necesidad definida y detectada por expertos, como una de las categorías que defiende Bradshaw (1983).

Por eso, el hecho de que la respuesta sea abierta, nos va a permitir un estudio flexible y enriquecedor, que recoja literalmente las reflexiones personales de los encuestados. Partimos de una hipótesis sencilla (Matute *et al.*, 1996): la manera de percibir el futuro, sus posibilidades o no de mejora, y las atribuciones causales pueden ser tan variadas en los individuos como diferentes son los entornos, los rasgos psicológicos y las características sociales. Quizás, dado el grado de sensibilización y de demanda sobre los recursos sanitarios, sería posible hipotetizar que en buena medida la responsabilidad de la mejora percibida por la población podría recaer en fuentes externas, como los propios servicios y autoridades sanitarias.

Una vez seleccionada la metodología de análisis quedaba por resolver la concreción de la cuestión y su ubicación dentro del estudio general en el que se adscribía: la encuesta de salud de un distrito urbano. Siguiendo las recomendaciones de García Ferrando (1989), que aconseja que el encuestado perciba cierta coherencia en la entrevista y que al mismo tiempo los interrogantes clave de la misma guarden cierta distancia entre sí, a fin de evitar sesgos de deseabilidad y de aditividad de los instrumentos, se decidió situarla al final del cuestionario evaluador de los recursos y servicios de salud.

Esta posición al mismo tiempo permitía al encuestado una reflexión más profunda sobre la cuestión, ya que previamente había explorado temas concernientes a los comportamientos y hábitos saludables, su percepción de la salud a través del tiempo (pasado, presente, futuro), la utilización de centros sanitarios, entre otros. Los cuestionarios que componían la entrevista habían sido previamente estandarizados en muestras españolas que incluían preguntas de morbilidad aguda y crónica procedentes de la Encuesta Nacional de Salud (INE, 1992); de Musitu *et al.*, (1994) y de la Encuesta de Salud de la Ciudad de Zaragoza (INE, *op. cit.*). También, entonces se podía encuestar con una mayor libertad, por lo menos a nivel teórico, después de veinte minutos de entrevista, ya que se había establecido con el encuestador el *rapport* necesario para tener confianza con el profesional (Roji Menchaca, 1987).

## **I. Metodología**

### **1. Universo y muestra**

El universo de la presente investigación está compuesto por 6,514 personas mayores de 14 años y empadronadas en la

zona básica de Casablanca (distrito periférico de la capital, Zaragoza compuesto por 3,136 hombres y 3,378 mujeres). La elección de dicho universo se basó en criterios técnicos y sociales, ya que la reciente ubicación del centro de salud puede ser un factor aglutinador de dicho entramado social y el impacto comunitario puede verse reforzado con este tipo de estudios, que además de profundizar en el conocimiento de la zona, suponen la participación de los ciudadanos, en este caso mediante el reconocimiento explícito de sus necesidades y demandas.

De un modo resumido, algunas de las notas sociales que definen al barrio son:

- Los contrastes y las diferencias de composición socio-demográfica (Gil-Lacruz *et al.*, 1993; Federación de Asociaciones de Vecinos, 1981).

- La precarización del núcleo originario (Viñedo Viejo) junto con la especulación e implantación de viviendas de alto *status* (Las Nieves).

- La heterogeneidad de procedencia de la población, conformada fundamentalmente por inmigrantes regionales (25.11% de vecinos que no nacieron en la Comunidad Autónoma de Aragón, procedentes de Andalucía y Extremadura, mientras que en Zaragoza capital este porcentaje es sólo de un 20.01%) y locales (50.17% proceden de otras zonas de Zaragoza capital).

- El relativo peso demográfico de población juvenil (43.59%) con respecto a otras zonas de la ciudad (media Zaragoza capital en cuanto a la población menor de 30 años: 40.67%).

- Las diferencias de estratificación social localizadas en función de las diferentes zonas del territorio (Viñedo Viejo, Las Nieves, Fuentes Claras).

- Perspectivas de aumento poblacional (nuevos residentes, al ser un ensanche natural de la ciudad).

Como se trabajó con una población finita<sup>1</sup>, se consideró que debería contemplar como mínimo 948 encuestas individuales (más un 10% de reserva: 94 encuestas, para un total 1032 cuestionarios = 497 entrevistas a hombres y

535 entrevistas realizadas a mujeres). En la tabla 1 puede apreciarse que en dicha muestra predomina la población adulta. La edad media de los encuestados es de 42 años, con una desviación típica de 18.

## 2. Procedimiento metodológico

### a) Encuadre metodológico

La metodología utilizada para sistematizar las respuestas a la pregunta se basa en técnicas de análisis cualitativo. Esto significa que fundamentalmente nos centramos en la producción de datos descriptivos, es decir, en las propias palabras de las personas. Esta forma de abordar la investigación implica una serie de premisas básicas. Según Rist (1977): la influencia del investigador sobre el objeto de estudio, la importancia concedida al marco de referencia de las personas y sus representaciones sociales compartidas, reconociendo como igualmente valiosas todas las perspectivas aportadas y, por tanto, tomando todas ellas en consideración.

### b) Fases del proceso

Como defienden Taylor y Bodgan (1992), en la investigación cualitativa la codificación es un modo sistemático de desarrollar y refinar las interpretaciones de los datos. El proceso de codificación incluiría la reunión y análisis de toda la información que se refiere a temas, ideas e interpretaciones. En nuestro caso, la categorización de las respuestas en las siguientes fases secuenciales corresponde con las realizadas en otros estudios recientes del equipo (Gil-Lacruz *et al.*, 1995:1996):

- Transcripción literal de las aportaciones del encuestado en el momento de la entrevista. El profesional tenía la consigna expresa de no influir sobre la respuesta de la persona y de reproducir exactamente dichas verbalizaciones. Esta premisa ha de relativizarse por varios factores: el elevado número de profesionales que realizan entrevistas (15) y de encuestados (1,032), la situación y el momento de la entrevista, la duración extensa de la misma, entre otras, que pue-

TABLA 1

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EDAD Y EL SEXO DE LA MUESTRA ENCUESTADA

	HOMBRES		MUJERES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
JUVENTUD (DE 15 A 29 A OS)	173	16.8	164	15.9
ADULTOS (DE 30 A 59 A OS)	237	23.0	255	24.7
TERCERA EDAD (MÁS DE 60 A OS)	87	8.4	116	11.2
<b>TOTAL</b>	<b>497</b>	<b>48.2</b>	<b>535</b>	<b>51.8</b>

1. Tiene menos de 100 mil elementos y  $N < 20n$ , es decir, la población contiene menos de 20 veces el tamaño muestral (Mateo y García, 1987), para que la muestra fuera representativa a un nivel de confianza del 95.5% y con un margen de error de  $\pm 3$  (en la situación más desfavorable  $p/q=50/50$  (García Ferrando, 1992), y dado que la encuesta hizo referencia a muchas preguntas, en este caso se optó por considerar la distribución del sexo (48.2% hombres, 51.8% mujeres) al ser porcentajes conocidos en el universo poblacional y ser similares a la proporción más desfavorable.

den haber influido en una recogida de información heterogénea y en ocasiones resumida, sin olvidar las dificultades léxicas y gramaticales en el habla utilizada por el encuestado/a.

- Selección aleatoria de 100 cuestionarios para la realización de un diseño provisional de categorías de respuesta. Para evitar los sesgos personales y territoriales, se eligieron distintos bloques de cuestionarios en las tres zonas de análisis y se explicitaron las posturas del equipo de investigación con respecto a sus propias fuentes de mejora de su salud.

- Como resultado de este proceso, se seleccionaron tres posibles patrones de interpretación basados en el análisis y la frecuencia de las contestaciones, estos tres criterios se definen más como una serie de continuos entrelazados que como compartimentos estanco, ya que en algunos casos el tipo de respuesta tiene una formulación ambigua o no responde exactamente a alguno de los patrones señalados. De ahí que, como veremos posteriormente, al desarrollar estos capítulos en subapartados tendremos que recurrir a nuevas categorías y a la denominación expresa de inespecíficas para aquellas respuestas que no se adaptan a dichos clichés (especialmente en el caso de que las contestaciones sean una sola palabra y de ellas no se desprenda una información extensa que nos permita un análisis pormenorizado).

- En un segundo barrido de las contestaciones seleccionadas, surge la necesidad de subdividir y agrupar ciertas categorías próximas entre sí. En este momento se redefinen los criterios y en especial el bloque temático, en el que aparecen subapartados. En el siguiente capítulo se hace una definición teórico-operativa de los criterios de las respuestas más frecuentes.

- Catalogación definitiva y extrapolación en el total de la muestra (1,032 encuestados). En este apartado, las contestaciones que no se ajustan a los patrones establecidos se integran en nuevos índices, pero hemos de matizar que aunque a veces suponen un trastorno en el plan del trabajo, en la mayoría de los casos han sido de gran valor para enriquecer y detallar las definiciones establecidas. La fiabilidad de los criterios se realiza en el caso de respuestas de difícil clasificación, por el consenso en tres bandas de profesionales con competencias en la investigación: personal de administración y gestión, trabajadores sociales, maestros de primaria y psicólogos sociales.

- Informatización de las contestaciones. Se diseñó una base de datos específica en el programa SPSS 6.0, cuya estructura interna consiste en un campo específico para el código del cuestionario (con el fin de poder localizarlo y ampliar la información cuando así fuese necesario) y otros

5 campos para la interpretación de las respuestas. Este procedimiento nos permitió el cruce con el resto de los datos de la muestra, ya que ha sido coherente con la sistematización de las preguntas del instrumento.

- Detección y corrección de los errores y de los datos no válidos.

### **c) Definición de categorías**

Las respuestas a esta cuestión se sistematizaron en función de tres criterios, con base en el consenso habido en el equipo de investigación y del estudio individual-global de los cuestionarios: en primera instancia, el tema de la respuesta resultó ser la coordinada más sencilla de utilizar. Sin embargo, se trabajó con los criterios de bienestar y de *locus* de control por diversos motivos. El hecho de que el sistema atribucional resulte ser una variable psicológica próxima a la explicación del comportamiento motivacional, inferimos que las personas con *locus* interno van a sentirse más responsables de sus propias conductas de salud. El segundo criterio surge del marco teórico, pese a que las instituciones médicas y el discurso científico abogan por un concepto de salud social y cercano a la definición de bienestar, hipotetizamos que la mayoría de las personas van a quedarse en la definición tradicional de salud como ausencia de enfermedad. En las conclusiones se debatirá cómo de estos criterios y sus resultados diferenciales se pueden deducir estrategias preventivas de intervención.

- Criterio temático: hábitos y estilos de vida, problemas de salud, cuestiones sociales, otros.

- Definición con respecto al bienestar: bienestar, enfermedad, inespecífico.

- *Locus* de control: interno, externo sanitario, externo no sanitario, inespecífico.

En la tabla 2 se presentan algunos ejemplos que ilustran la utilización de estos criterios. La categoría inespecífica se reserva para aquellas respuestas que por su brevedad y/o ambigüedad no se pueden contemplar en las condiciones anteriores.

## **II. Resultados**

A continuación se exponen los resultados obtenidos en función de la frecuencia absoluta y relativa (porcentajes) para cada uno de los tres criterios de sistematización seleccionados. Dichos datos pueden cotejarse en la tabla 3. La exposición la dividimos en dos apartados con el fin de facilitar la lectura y sus posibles inferencias. En el primero definimos los datos y en el segundo, referido a la discusión, aportamos nuestra propia perspectiva y la priorización de los resultados.

Así, la respuesta más frecuente en cuanto al *criterio temático* (ver tabla) es el deporte con 167 contestaciones, lo que supone un 16.2% de la muestra total. Enseguida se sitúan todas aquellas respuestas relativas a la reducción del consumo de tabaco, alcohol y café (100 respuestas, 9.7% del total). Los cuidados personales ocupan el tercer lugar con 98 respuestas (9.5%). En el siguiente sitio por orden de frecuencia aparece, la dieta con 90 respuestas (8.7%). Las restantes posiciones las ocupan, respectivamente, la mejora de enfermedades y dolencias (78 respuestas y un 7.6% del total) y la tranquilidad, el relajamiento y el descanso (64 respuestas y un 6.2% de la muestra total).

Los resultados referentes a la categoría de *definición de bienestar* muestran cómo un 58.3% de la muestra total hace referencia al bienestar como fuente de mejora de la salud, mientras que un 11.3% centra sus contestaciones en la ausencia de enfermedades. Un 11.6% de la muestra total presenta respuestas de carácter inespecífico y un 18.7% no sabe o no contesta.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre la categoría del *sistema atribucional*, un 56.5% de la muestra ofrece contestaciones de carácter interno, un 11.6% presentan un sistema atribucional de tipo externo sanitario, un 7.8% de tipo externo no sanitario y finalmente un 2.3% de carácter inespecífico, además de un 18.7% que no sabe o no contesta (tabla 3).

### III. Discusión

Con estos resultados se puede deducir que la fuente de mejora de la salud percibida como prioritaria por la muestra encuestada es el deporte o la práctica de alguna actividad física. Con cierta diferencia, pero seguida en importancia, se explicita la reducción de hábitos nocivos como el tabaco, el alcohol o el café o la importancia de los cuidados personales.

Con respecto al concepto de bienestar, debido a la mejora en la calidad de vida y a la importancia en los Estados

TABLA 2	
CRITERIOS DE SISTEMATIZACIÓN Y EJEMPLOS DE SU UTILIZACIÓN EN LAS RESPUESTAS DADAS A LA PRINCIPAL FUENTE PERCIBIDA DE MEJORA DE LA SALUD	
1. CRITERIO TEMÁTICO	
<b>1.1. ESTILOS DE VIDA</b>	
DEPORTE	HACER MÁS DEPORTE , HACER UN POCO DE EJERCICIO FÍSICO
DIETA	CONTROLARSE EN LAS COMIDAS Y BEBIDAS , PERDER KILOS , BEBER AGUA
TABACO, ALCOHOL, CAFÉ	FUMAR MENOS , DEJAR DE FUMAR
RELAJAMIENTO	VIDA MÁS RELAJADA , TENER MÁS VACACIONES , RELAJARSE
CUIDADOS PERSONALES	LLEVAR UNA VIDA MÁS SANA , CAMBIAR HABITOS NOCIVOS , CUIDARSE ELLA MISMA , TENER MÁS CUIDADO CON EL FRÍO
<b>1.2. PROBLEMAS DE SALUD</b>	
ENFERMEDADES, DOLENCIAS	NO TENER ALERGIAS , MENOS DOLORS , ENFRIARSE MENOS
<b>1.3. SISTEMA SANITARIO</b>	
SERVICIOS	OPERACIÓN , REHABILITACIÓN , ASISTENCIA INMEDIATA , MÁS REVISIONES
MEDIDAS PREVENTIVAS	QUE SE DESCUBRIERA LA VACUNA PARA LA HEPATITIS , TRATAMIENTO PREVENTIVO FORMATIVO
<b>1.4. CUESTIONES SOCIALES</b>	
LABORALES	MENOS TRABAJO , TRABAJAR , ENCONTRAR TRABAJO , NO HACER EXCMENOS
RELACIONES PERSONALES	ESTAR BIEN CON LA FAMILIA , ESTAR BIEN CON LOS VECINOS
MEDIO	VIVIR EN LA MONTAÑA , BAÑOS TERMALES , MENOS CONTAMINACIÓN
<b>1.5. OTROS</b>	QUE ME TOCARE LA LOTERÍA , REJUVENECER , LA SUERTE , TENER MENOS AOS
2. DEFINICIÓN CON RESPECTO AL BIENESTAR	
<b>2.1. BIENESTAR</b>	MEJORAR EN EL PUESTO DE TRABAJO , ESTAR BIEN , SALIR DE LO COTIDIANO
<b>2.2. ENFERMEDAD</b>	NO TENER DOLORS , REDUCIR EL ESTRÉS , TRATAMIENTO PARA MIGRAJAS
<b>2.3. INESPECÍFICO</b>	TOMAR MENOS SAL EN LAS COMIDAS , LA PREOCUPACIÓN , CUIDARSE MÁS
3. SISTEMA ATRIBUCIONAL: LOCUS DE CONTROL	
<b>3.1. INTERNO</b>	SI DEJARA DE FUMAR , NO CONSUMIR ALCOHOL , ESTAR CALLADA , SU MENTE
<b>3.2. EXTERNO SANITARIO</b>	MAYOR SEGUIMIENTO DEL PACIENTE , HOMEOPATÍA , TRATAMIENTO BUENO
<b>3.3. EXTERNO NO SANITARIO</b>	QUE MEJORE EL TIEMPO , QUE ME TOQUE LA LOTERÍA , UNA PENSIÓN DIGNA
<b>3.4. INESPECÍFICO</b>	VIVIENDA , RESOLVER LA FALTA DE DINERO , MENOS PROBLEMAS

**TABLA 3**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS FUENTES DE MEJORA DE LA SALUD**

1. CRITERIO TEMÁTICO	PORCENTAJE
DEPORTE	16.2
DIETA	8.7
TABACO/ALCOHOL/CAFÉ	9.7
RELAJAMIENTO/TRANQUILIDAD	6.2
CUIDADOS PERSONALES	9.5
ENFERMEDADES/DOLENCIAS	7.6
SERVICIOS MÉDICOS/OPERACIONES	6.3
MEDIDAS PREVENTIVAS	2.3
LABORAL: TRABAJO/EXÁMENES	6.0
RELACIONES PERSONALES	2.6
RELACIONES MEDIOAMBIENTALES	1.6
OTRAS	4.6
NS/NC	18.7
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>
<b>2. DEFINICIÓN BIENESTAR</b>	
BIENESTAR	58.3
INESPECÍFICO	11.6
ENFERMEDAD	11.3
NS/NC	18.7
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>
<b>3. SISTEMA ATRIBUCIONAL</b>	
INTERNO	56.5
EXTERNO SANITARIO	14.6
EXTERNO NO SANITARIO	7.8
INESPECÍFICO	2.3
NS/NC	18.7
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>

industrializados (del conjunto de garantías sociales que se incluyen bajo la declaración de este nombre), trasciende el constructo conservador de salud como mera ausencia de enfermedad (Calvo *et al.*, 1996). Todo lo que define al propio individuo: situación económica, vivienda, entorno social, entre otros, influye poderosamente en un concepto de salud en relación con el bienestar y, por tanto, se construye una preocupación importante del sistema social en su conjunto.

La prevalencia de este cambio en la definición de la salud es constatable en un 58.3% de las respuestas de los encuestados. No obstante, estos resultados han de ser mediatizados por un 11.6% de los sujetos de la muestra, de quienes no ha sido posible inferir un constructo subyacente y de un 11.3% de las personas encuestadas, para quienes la curación de sus enfermedades era la principal fuente de mejora de su salud.

La interpretación del tercer criterio, sistema atribucional,

resulta difícil y arriesgada, entre otras cosas, por el elevado índice de la categoría inespecífica y de los que no saben, no contestan o no encuentran una fuente de mejora en su salud (33%). Aproximadamente, la mitad (56%) de las respuestas de la muestra se han considerado como un *locus* de control interno, en parte debido a que la mayoría del equipo infería que las respuestas implicaban acciones, actitudes o capacidades que estaban dentro de la persona y a su disposición para el cambio.

Por eso, es preferible interpretar las conclusiones con cierta cautela, porque el elevado grado de internidad del sistema atribucional puede estar refiriéndose a varias cosas distintas: por un lado es el sistema característico del equipo investigador que se proyecta en la codificación de las respuestas, por otro, el que la gente conteste por ejemplo, no fumar, que es una adicción y como tal, puede resultar complicado su cese. En definitiva, decir *no* significa hacer o estar realmente dispuesto a ello.

El que un 56.2% de la muestra centre sus posibles fuentes de mejora en su habilidad, capacidad, esfuerzo, entre otros, permite dibujar una cierta esperanza de éxito ante el cambio real de su situación (Phares, 1978). Por el contrario, un 10% de la muestra describe fuentes de mejora exteriores a ellos mismos, y su éxito dependerá de la suerte, de la situación, de los demás y, fundamentalmente, del estamento sanitario.

### Conclusiones

Una vez analizados los resultados, se llega a las siguientes conclusiones:

El hecho de que un 16.2% de la muestra señala que su principal fuente de mejora de salud es el deporte, nos lleva a hacer una serie de puntualizaciones:

- El que los encuestados expongan que el deporte puede mejorar su salud refleja cómo dicho concepto ha evolucionado hacia un bienestar físico, psíquico y social en el sentido defendido por la OMS. Esta respuesta es dada posiblemente desde una postura personal, desde la realización de cierta actividad física o simplemente desde una representación social compartida.

- Junto con la necesidad de sensibilización cívica sobre la importancia del ejercicio físico, también resulta conveniente, de cara a las posibles actuaciones públicas, equipar la zona de la infraestructura adecuada (a nivel deportivo) que acerque el deporte a la población y facilite la práctica de éste.

- No hay que olvidar que una educación sobre los beneficios de realizar una actividad deportiva será una de las claves fundamentales para poder mejorar la salud, tal y como

se expone en la literatura científica sobre el tema (Costa y López, 1989; Matute *et al.*, *op. cit.*).

En un 9.7% de la muestra aparece la respuesta referida al tabaco, alcohol y café. Este es un porcentaje que nos lleva a pensar que nos encontramos en una sociedad altamente permisiva y tolerante con las drogas legalizadas, aunque no por ello menos perjudiciales para la salud, por lo que de nuevo será necesario una política educativa adecuada, así como un trabajo preventivo y asistencial planificable desde el consejo y el propio centro de salud que apoye a la población afectada en la solución del problema.

El bajo índice de fuentes de mejora de la salud que se refieren a las relaciones personales nos ofrece un reflejo de la tendencia individualista que existe en la muestra analizada correspondiente al barrio zaragozano de Casablanca. Esto implica que las personas definen la salud en términos personales, por ejemplo, cuidarse más; pero posiblemente infravaloran el peso de las variables sociales de esta definición, como la contaminación, la violencia, la soledad, entre otros. Dicha consideración social es una reivindicación planteada, tal y como expusimos en el marco teórico, por diferentes instituciones médicas como la OMS; por especialistas y estudiosos del tema: Rodríguez y Miguel (1990) y Gaitán (1989). Sin embargo, esto no ha hecho suficiente eco en el ciudadano. La desigualdad social (carencias económicas, situación de desempleo, bajo nivel educativo, etc.), se encuentra asociada a la desigualdad en salud. Ante este hecho, tanto el fomento del asociacionismo como la participación ciuda-

dana podrían ser medidas preventivas interesantes. De hecho, numerosas medidas legislativas desde el Ministerio de Sanidad, están dirigidas a este fin.

Sobre este aspecto, cabe hacer una mención especial al 18.7% de la muestra que respondió que no sabía o no contestaba, lo cual plantea varias hipótesis:

- El individuo en cuestión goza de buena salud.
- El individuo en cuestión no piensa que la salud sea algo que dependa de él.
- El individuo en cuestión considera sin importancia la pregunta o no se la ha planteado nunca.

Como conclusión final, diremos que defender la importancia sobre el desarrollo de hábitos y costumbres sanos en la comunidad, modificar pautas de comportamiento cuando los hábitos sean insanos, promover la modificación de factores externos al individuo que influyen negativamente en su salud y aceptar la salud como un valor fundamental son objetivos que se deberían tratar desde el Centro de Salud en programas de información y promoción, en los que se cuente con la participación del ciudadano. Consideramos estas premisas en el sentido defendido por Hamilton (1984) en cuanto a la optimización de la investigación de las necesidades comunitarias como función prioritaria de la atención primaria. Investigación que, como defendimos en la introducción de este artículo, necesariamente ha de contar con la participación de la comunidad si se quiere maximizar la eficacia del servicio y contribuir así a la mejora de la satisfacción vecinal (Mansilla, 1986). ☺



#### BIBLIOGRAFÍA

- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Akal/Universitaria, Madrid.
- Bradshaw, J. (1983). *Una tipología de la necesidad social. Instruments de prospecció de serveis socials*. D.G.S.S. Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- Calvo, R.; Gil, M. y Bujedo, F. (1996). *Reflexiones en torno a la crisis del estado de bienestar y las necesidades sociales en salud pública*. UNED, Zaragoza.
- Costa, M. y López, E. (1989). *Salud comunitaria*. Martínez Roca, Barcelona.
- Federación de asociaciones de vecinos (1981). *Zaragoza barrio a barrio: Casco Viejo, Casablanca*. Ayuntamiento de Zaragoza, Zaragoza.
- Gaitán, L. (1989). "Salud para todos algo más que utopía", en *Revista SS. SS. y Política Social*, No. 13. Consejo Oficial de Colegios de Trabajo Social y Asistencia Social, Madrid.
- García Ferrando, L. (1989). *El análisis de los datos de la encuesta*. Alianza, Madrid.
- Gil-Lacruz, M.; Calvo, R. y Bujedo, F. (1996). *Aproximación metodológica al estudio de las necesidades de los servicios sanitarios desde la perspectiva del cliente*.

- Comunicación presentada a las Jornadas SESPAS*, Santiago de Compostela.
- Gil-Lacruz, M.; Grande, J.M.; Marín, M. y Pons, J. (1995). "Fuentes percibidas de mejora en una comunidad del cinturón industrial de Valencia", en Conde, J. A. e Isidro, A. I. *Psicología comunitaria, salud y calidad de vida*. Eudema, Madrid. pp. 191-202.
- Gil-Lacruz, M.; Laborda, N.; García, M. A. y Pardos, M. (1993). *Casablanca: aproximación a los fenómenos de marginación*. Servicio de inserción y normalización social. Gobierno de Aragón, Zaragoza.
- Grande, J. M.; Pons, J.; Gil, M. y Marín, M. (1995). *El sentimiento de pertenencia a la comunidad y sus relaciones con la participación comunitaria*. Información psicológica. 57: pp. 24-28.
- Hamilton, PIS. (1984). "El desarrollo del sistema sanitario a la vista de la sanidad y las necesidades sociales de la población", en *Ministerio de Sanidad y Consumo. La reforma sanitaria en España a debate desde una perspectiva*.

- nacional e internacional*. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (1992). *Indicadores Sociales*. INE, Madrid.
- López, L. (1993). *Constitución Española, 1986*. Tecnos, Madrid.
- Mansilla, P. (1986). *Reforma sanitaria. Fundamentos para un análisis*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- Mateo, L. y García Ferrando, M. (1989). *Estadística aplicada a las ciencias sociales*. UNED, Madrid.
- Matute, S.; Santa Cecilia, A.; Barrantes, J. M. y Gil, M. (1996). "Distribución comunitaria de categorías temáticas en la percepción de mejoras de la propia salud", en el *Libro de Actas de las IV Jornadas de Atención Primaria del Levante-Alto Almanzora*. Mojácar.
- Mira, J. M. (1990). *Psicología y salud. Un marco conceptual*. Promolibro, Valencia.
- Montiel, L. (1993). "En beneficios y riesgos de un nuevo valor: El valor salud en la sociedad postindustrial", en *La salud en el estado de bienestar. Análisis histórico. Cuadernos Complutenses de Historia de la Medicina y la Ciencia*. Complutense, Madrid.
- Musitu, G.; Gracia, E. y Herrero, P. (1994). *Familia y educación. Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Labor Universitaria, Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud
- \_\_\_\_\_ (1981). *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la Salud para todos en el año 2000*. OMS.
- \_\_\_\_\_ (1982). "Informe a la Asamblea de las Naciones Unidas", en Maestro, A. y Huertas, R. (1992). *La salud y el Estado: los servicios sanitarios públicos y entre el bienestar y la crisis*. Fundación de Investigaciones Marxistas, Madrid.
- \_\_\_\_\_ (1986). *Strategy for Attaining Health for All by the Year 2000*. Copenhagen: Who Regional, Office for Europe.
- Phares, E. J. (1978). "Locus de control", en Hodon, H. y Exner, J. E. (eds). *Dimensions of Personality*. London. Penguin.
- Rist, R. (1977). *On the Relations Among Education Research Paradigms: From Disdain to Detente. Anthropology and Education*. 8 (2): 42-50.
- Rodríguez, J. A. y De Miguel, J. A. (1990). *Salud y poder*. Siglo XXI, Madrid.
- Roji Menchaca, S. (1987). *La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.
- Taylor, S. J. y Bodgan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. No. 37. Paidós Básica.
- Townsend, A. (1986). *Poverty in the United Kingdom*. Penguin, Harmondsworth.