



La medicina (la salud) comunitaria: un reto para la Atención Primaria

José Luis de Peray Baiges

En los últimos tiempos se está observando un creciente interés por un aspecto de la práctica de la medicina que parecía haberse quedado estancado casi desde su pronunciamiento más reconocido, la conferencia de Alma-Ata de la Organización Mundial de la Salud de 1978 sobre la Atención Primaria de Salud (APS). Nos referimos a la medicina comunitaria o, para ser más exactos por sus implicaciones interdisciplinarias, la salud comunitaria ¹.

Hablar de salud comunitaria significa entenderla como el conjunto de estrategias, métodos y actividades orientadas a mejorar el estado de salud de una población definida. Este concepto de población definida haría referencia específicamente a la que cae dentro del ámbito de trabajo de los equipos de APS. Es decir, las zonas o áreas básicas de salud. Aunque nada se opondría a considerar también ámbitos territoriales distintos, siempre y cuando se consideren éstos como un todo. Pero la circunstancia que en el modelo legislativo, directivo y organizativo de la reforma de la Atención Primaria de salud en España no hubiera nada, salvo contenidos retóricos, que concediera elementos sustantivos a la salud de la comunidad acabó debilitando el discurso conceptual que se desarrolló en las décadas de los sesenta y de los setenta.

Pese a estas debilidades importantes, existió la firme voluntad, en el momento de constituirse en España la especialidad de la Atención Primaria de salud, de darle el nombre de Medicina Familiar y Comunitaria. La expresión de la dimensión comunitaria sólo ha podido concretarse, todavía demasiado tímidamente, en los últimos años a través de la definición del contenido formativo de la residencia. No mencionaremos las resonancias del primer apellido de la especialidad por no ser ahora el momento, pero preservar el segundo ha permitido, al menos para un grupo de profesionales de las ciencias de la salud, un trabajo para llenar de contenido algo que aparece al menos como una voluntad de llegar a ser. Por cierto, una circunstancia absolutamente singular en el contexto de las especialidades de la Atención Primaria existentes en el mundo.

Ser consciente del riesgo, el análisis de la realidad en relación con los determinantes de salud y la búsqueda de los referentes que en el mundo existen cuando esta cuestión se pone encima de la mesa suponen enfrentar el desafío de la salud comunitaria. La APS, por la orientación de la especialidad médica que la atiende, se asemeja cada vez más a la medicina interna en la comunidad por el enorme incremento en su capacidad resolutoria y, en algunos casos, con altos grados de valoración de la calidad de la atención prestada. Esto no es en sí mismo malo si, simultáneamente, se atiende al otro referente importante de la APS: la comunidad como un todo. No podría haber una atención a los problemas de salud



de la comunidad sin una excelente atención a los problemas de salud de los individuos que la componen. No se trata de oponer sino de complementar.

Existen razones para hacer pensar que la salud comunitaria pueda encontrarse ante una serie de circunstancias que permitan imaginar un futuro menos pesimista que el que hasta ahora se vislumbraba. Hasta ahora las actividades comunitarias eran consideradas actividades propias de los países en desarrollo, de un deseo de los servicios centrales de planificación y de equipos de salud que desarrollan esta línea de trabajo. La aparición en la literatura de la necesidad real de un enfoque comunitario en los servicios de APS por el impacto que sobre la salud éste produce y el desarrollo de metodología propias para hacerlas posibles parecen elementos indicativos.

Señalar estos hechos parece absolutamente pertinente y permite analizar una situación emergente, si el conjunto de los profesionales de la salud especialmente los de la APS, las autoridades sanitarias y, específicamente, la población, los valoran y les conceden el espacio necesario para su desarrollo. Algunas de estas consideraciones van a constituir el núcleo de esta reflexión, aunque valdría la pena señalar algunos antecedentes históricos y conceptuales sobre la medicina o salud comunitaria.

La práctica de la salud comunitaria la podemos encontrar en gran parte del ejercicio de la medicina de cabecera tradicional, especialmente en el medio rural, en la cual el cuidado y responsabilidad de la atención a comunidades definidas, recaía en unos servicios asistenciales mínimos integrados, en su núcleo más básico, por los médicos de cabecera y las enfermeras. Probablemente, podemos encontrar los referentes más claros de la orientación comunitaria de la Atención Primaria en las obras de Sidney Kark² y de Julian Tudor Hart³, ya que fueron los primeros autores que sistematizaron y publicaron el

concepto e introdujeron los elementos nucleares de la metodología de trabajo de la salud comunitaria en la APS.

De este modo sistematizaron conceptos como los de Atención Primaria orientada a la comunidad, entendiendo por esto la práctica unificada en la APS de la atención clínica individual y familiar con la atención a la salud comunitaria. En otros lugares también ha estado definida como la práctica de la salud pública desde la APS.

Sus elementos conceptuales son la práctica de la Atención Primaria con una orientación a la salud de toda la comunidad como objetivo y la participación de la comunidad en todas las fases del proceso. Sus requisitos metodológicos son el trabajo por programas y el uso local de la epidemiología para identificar las necesidades de salud y la evaluación de las intervenciones⁴.

Su metodología se desarrolla de acuerdo con un ciclo de gestión que se inicia con un análisis de la situación de salud y la priorización de las necesidades más relevantes⁵. Sigue con un diagnóstico comunitario o estudio con detalle de las necesidades más relevantes, a partir del cual se está en condiciones de planificar la intervención más adecuada que será posteriormente implementada y evaluada. Las revisiones recientes que pueden encontrarse en la literatura mundial hablan del potencial de estas estrategias para mejorar el estado de salud de las poblaciones.

En los años ochenta se extendió esta metodología a partir de las publicaciones de autores israelitas, británicos y norteamericanos^{6, 7, 8}. En el Reino Unido desde hace años y bajo los auspicios del Royal College of General Practitioners, se ha venido desarrollando esta integración de la salud comunitaria en el primer nivel asistencial. El King's Fund College de Londres ha protagonizado y apoyado diversas experiencias docentes y prácticas en Atención Primaria orientada a la comunidad^{9, 10}.



En España, el desarrollo de la APOC ha estado, hasta hace poco, circunscrita al ámbito docente. Desde 1986, miembros de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària y de la Escuela Hadassah de Salud Pública y Medicina Comunitaria de la Universidad Hebrea de Jerusalén, han impartido numerosos cursos en numerosos lugares de Cataluña y otros lugares de España ¹¹. En 1990 el nuevo programa docente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria incluyó la orientación APOC en su Área de Atención a la Comunidad.

En los últimos años ésta y otras orientaciones, prácticas y actividades comunitarias de salud comunitaria presentes en España, bajo los auspicios de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, han encontrado en el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) ¹² un lugar de encuentro y de debate. Este programa actúa fundamentalmente como catalizador y lugar de encuentro a través de la constitución de una red de actividades comunitarias que en estos momentos supera las 200. Esta red se constituye en una herramienta de trabajo en función de los intercambios y sinergias que propone. Igualmente los encuentros, los premios, las publicaciones y la oferta permanente de apoyo constituyen un lugar de referencia para el conjunto de prácticas y los profesionales que las llevan a cabo.

Actualmente podríamos hablar de las experiencias en salud comunitaria empiezan a tener una masa crítica de la que difícilmente se podrán sustraer, tanto los profesionales como la población y la administración de servicios de salud, incluyendo la salud pública, por las grandes potencialidades que presentan. También hay que incluir en este terreno la salud comunitaria que emerge a través del desarrollo comunitario, no sólo desde el dispositivo sanitario, como reflejo de la responsabilidad por la salud de la propia comunidad

No es ajeno a este desarrollo la preocupación por la eficiencia del sistema y, por tanto, la

posibilidad de otorgar a la APS un poder regulador, o inclusive como proveedor de las prestaciones de salud que ha de recibir la población y no sólo sus individuos.

Desde este punto de vista, la posibilidad de la compra de servicios de Atención Primaria dentro de una lógica de separación de las funciones de compra y provisión, aunque también sin ella, puede suponer una posibilidad de desarrollo de los actuales instrumentos de relación existentes para dar contenido sea al contrato, al contrato-programa o a la dirección por objetivos correspondiente. De este modo, la evaluación, entendida como el mecanismo que asegura la bondad del trabajo y los estímulos al logro de los objetivos, puede, si existe la oferta por parte de la APS, dar un salto cualitativo en la actual asignación presupuestaria.

Otras razones más nobles como la preocupación por la equidad o la práctica basada en la evidencia científica estarían también en el fundamento de extender la salud comunitaria, especialmente si la APS está inserta en un sistema nacional de salud. La unión entre estas razones puede poner al alcance de toda la población los mejores aportes de los adelantos en salud que permitan la mejora de la misma. De este modo, la actual prestación de servicios podría ser reformulada en función de la responsabilidad del abordaje de los problemas de salud de la población a la que sirven.

Ejemplo de esto puede ser la propuesta de desarrollo de un nuevo modelo de APS en la Gran Bretaña ¹³. La pretensión es la de pasar de la competencia a la cooperación a partir del denominado modelo *comissioning*, muy próximo al de la salud comunitaria antes expuesto ¹⁴. Este *comissioning* es un ciclo de gestión que incluye: 1) la valoración de las necesidades de salud de una población definida; 2) la planificación de la mejora de estas necesidades, 3) la especificación de los servicios necesarios; 4) la compra de los mismos, y 5) su monitorización y evaluación. Los denominados *comissioning groups* agrupan un



conjunto de unos 50 médicos generales del ámbito de una autoridad sanitaria o distrito, sirviendo a poblaciones de unos 100.000 habitantes.

Finalmente, hay que comentar que en los últimos años ha renacido también el debate entre la necesidad de establecer un discurso nuevo entre la práctica de la medicina y la salud pública^{15, 16, 17}. La extensión de la salud comunitaria puede ofrecer una oportunidad mutua a la salud pública y a la APS. Una orientación de los programas de salud basados en las necesidades de la población y el ajuste de los programas de salud categóricos sería una posibilidad de desarrollo¹⁸.

Esta orientación no haría sino hacer una planificación de «abajo arriba» complementaria

de la de «arriba abajo» propia de los servicios centrales de salud pública. En la planificación de arriba abajo los profesionales aplican, como mucho, determinados instrumentos como guías, consensos, objetivos de planes de salud, a pacientes concretos, generalmente los consultantes, sin ninguna extensión a la población completa. En la orientación de abajo arriba los profesionales de la APS son los responsables de la identificación de las necesidades de salud de la comunidad que atienden, de la priorización de las mismas y del abordaje de las mismas en colaboración con las autoridades de salud pública y con otros servicios de planificación de salud o de otros ámbitos con intervenciones comunitarias y con participación de la comunidad.

¹ Susser M. Pioneering community-oriented primary care. *Bull World Health Organ* 1999; 77: 436-438.

² Gofin J, Foz G. La orientación comunitaria de la Atención Primaria: el legado del prof. SL Kark (1911-1998). *Aten Primaria* 1998; 23: 136-8.

³ Hart JT. *A New Kind of Doctor*. London: Merlin Press; 1988.

⁴ Abramson JH. Application of epidemiology in community-oriented primary care. *Public Health Rep* 1984; 99: 437-42.

⁵ Abramson JH. Community-oriented primary care: strategy, approaches and practice –a review. *Public Health Rev* 1988; 16: 35-98.

⁶ Mullan F. Community-oriented primary care: an agenda for the 80's. *N Engl J Med* 1982; 307: 1076-8.

⁷ Nutting PA, Connor EM. Community-oriented primary care: an examination of the US experience. *Am J Public Health* 1986; 76: 279-81.

⁸ Whright RA. Community-oriented primary care: the cornerstone of health care reform. *JAMA* 1993; 269: 2544-7.

⁹ Gillam S, Plampling D, Mc Clenahan J, Harries J, Epstein L. *Community-Oriented Primary Health Care*. London, King's Fund, 1994.

¹⁰ Gillam S, Miller R. *COPC- A Public Health Experiment in Primary Care*. London, King's Fund, 1997.

¹¹ Gofin J, Gofin R. Cursos-taller sobre APOC en España. Formación de médicos de familia y de otros profesionales de la Atención Primaria. En: Kark SL, Kark E, Abramson JH, Gofin J. *Atención Primaria Orientada a la Comunidad*. Barcelona: Doyma; 1994. P. 177-184.

¹² Soler Torroja M. Una apuesta firme y decidida de la semFYC por el desarrollo de actividades comunitarias como estrategia de promoción de salud. *Comunidad*; 1997. P. 5-8

¹³ Department of Health. *The New NHS-modern, dependable*. London: The Stationary Office; 1997.

¹⁴ Koperski M, Rodnick JE. Recent developments in primary care in the United Kingdom: from competition to community-oriented primary care. *J Fam Pract* 1999; 48: 140-145.

¹⁵ Committee on Medicine and public Health. *Medicine and Public Health: The Power of Collaboration*. New York: New York Academy of Medicine; 1997.

¹⁶ Nickens H. It's about time. *The medicine/public health initiative*. *Am J Prev Med* 1999; 16 (suppl): 20-1.

¹⁷ Cashman SB, Anderson RJ, Weisbuch JB, Schwarz MR, Fulmer HS. Carrying out the Medicine/Public Health Initiative: the roles of preventive medicine and community-responsive care. *Acad Med* 1999; 74: 473-83.

¹⁸ Magill MK. *Medicine and Public Health. Whose Agenda?* *Arch Fam Med* 1999; 8: 81-82.



Recientes desarrollos en la Evaluación de las necesidades de Salud de la Comunidad: los métodos de valoración rápida (Rapid Appraisal)

Gonçal Foz

Médico de familia.

Director de Atención Primaria del Maresme. Institut Català de la Salut.

Miembro del grupo de trabajo en Atención Primaria Orientada a la Comunidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.

Miembro del Consejo Asesor del PACAP.

Dirección para correspondencia: CAP Premià de Mar, C/ La Plaça 93, 08033 Premià de Mar.

E-mail: foz@dap.maresme.scs.es

En los últimos años, la orientación comunitaria de los servicios de Atención Primaria ha tenido un extraordinario desarrollo en los países del primer mundo. Después de un tiempo de ser considerada una función «guinda» de los servicios de salud, ha pasado a ser considerada una función nuclear. La razón de este cambio, paradójicamente, no ha tenido que ver con una toma de conciencia sobre la importancia de este enfoque para mejorar la salud de la población, sino con la preocupación por la eficiencia del sistema sanitario y la concesión a la Atención Primaria de un papel regulador —e incluso comprador— de las prestaciones de salud que recibe la población ¹. Esta concepción ha tenido su máximo desarrollo en el servicio nacional de salud británico, con diferentes vicisitudes y cambios de orientación desde que se iniciaron las experiencias del llamado *fundholding* ^{2, 3} de los equipos de Atención Primaria. El desarrollo de esta función reguladora de la Atención Primaria ha llevado a considerar la necesidad de adecuar la oferta de servicios a las necesidades de salud prioritarias de cada comunidad y, por tanto, a valorar la necesidad de una metodología que haga posible esta adecuación, que no es otra que la de la orientación comunitaria ⁴.

En este proceso, ha adquirido una nueva importancia, como función de los equipos de

Atención Primaria, la evaluación de las necesidades de salud de su población, no sólo como conocimiento de esas necesidades, sino como estrategia de salud pública que contempla la población como un todo, tanto la que utiliza los servicios como la que no los utiliza, para promover su bienestar y la reducción de las desigualdades ⁵. El término en el que se ha expresado esta nueva función de los equipos de Atención Primaria, *health needs assessment*, evaluación de las necesidades de salud, ha sido cada vez más frecuente en la literatura médica, desde los inicios de los años noventa.

En el *White Paper* de 1989, que puso en marcha la estrategia del *funholding* en la Atención Primaria británica, ya se destacaba la necesidad de la evaluación de las necesidades de salud como parte importante de esta estrategia, pero en su conceptualización se la restringía a una actividad técnica realizada por expertos.

En cambio, en un editorial del *British Journal of General Practice* de 1992, se destacaba que la evaluación de necesidades realizada por las autoridades sanitarias de distrito en Gran Bretaña debía involucrar a los *general practitioners* y que las metodologías utilizadas hasta el momento raramente eran útiles para la planificación y la gestión de los servicios ⁶.



Progresivamente se ha hecho evidente que la valoración de necesidades ha de basarse en métodos rápidos y coste-efectivos: no podemos pasarnos años recogiendo datos y analizando los problemas sin intervenir. Esta orientación de la evaluación de necesidades de salud coincide claramente con la de la fase denominada «examen preliminar» propuesta por los autores de la metodología de *Atención Primaria Orientada a la Comunidad*^{7, 8}.

En este sentido, la metodología del *rapid appraisal* (valoración rápida), utilizada desde hace años en la evaluación de las necesidades de las poblaciones en los programas para los países en desarrollo y promovida por la OMS, que se basa, sobre todo, en la información cualitativa obtenida a través de la participación comunitaria, ha sido utilizada también en el campo de la salud y la Atención Primaria. Si bien dicha metodología se empieza a usar en los años ochenta, últimamente ha habido un renacer de la misma y ha empezado a utilizarse en comunidades de países del primer mundo. Desde 1991 se pueden encontrar en las publicaciones médicas diversos trabajos que realizan la evaluación de las necesidades de salud de comunidades del Reino Unido utilizando técnicas de *valoración rápida*^{9, 10, 11, 12, 13}.

La metodología del *rapid appraisal* utiliza diversos métodos y técnicas que tienen en común, en contraste con otros métodos de estudio comunitarios, la rapidez, el trabajo de campo, el aprendizaje directamente a partir de los habitantes de la localidad, una aproximación multidisciplinar y semiestructurada y un énfasis en obtener hipótesis más que resultados finales o recomendaciones fijas¹⁴. La rapidez, que define al método, se considera en las publicaciones de la OMS como una duración de todo el proceso menor a un mes, pero en las publicaciones británicas la evaluación ha durado entre 3 y 6 meses, dado que los profesionales no han podido trabajar a tiempo completo en esta actividad,

duración que también puede considerarse «rápida» en relación a los tiempos habitualmente empleados en identificar necesidades de salud comunitarias por parte de los equipos de Atención Primaria.

En los documentos sobre *rapid appraisal* editados por la OMS en 1988^{15, 16} se proponía una aplicación de esta metodología —utilizada desde hacía algunos años en experiencias de evaluación de necesidades de comunidades rurales— al campo de la salud, basada en un concepto amplio de salud y en los principios de equidad, participación comunitaria y cooperación multisectorial. Se proponía una «pirámide de información» para analizar los diferentes componentes de la salud de una comunidad. En la base, la «composición de la comunidad», su «organización y estructura» y su «capacidad» para actuar. En el siguiente nivel, los factores del «entorno físico» y «socioeconómico» que influyen la salud y la situación de «enfermedad y discapacidad» de la comunidad. En el siguiente, la existencia, cobertura, accesibilidad y aceptabilidad de los «servicios de salud y de medio ambiente» y de los «servicios sociales». En el vértice de la pirámide, las «políticas sanitarias» locales, regionales y nacionales (figura 1).

Las técnicas utilizadas para la *valoración rápida* pueden agruparse en las siguientes^{12, 17, 18}.

1. Uso de la información preexistente, tanto procedente de sistemas de registro rutinarios, informes de organismos nacionales o internacionales o de estudios específicos realizados sobre la comunidad objeto de la valoración.
2. Diversas técnicas de entrevistas individuales a los llamados «informadores clave»: miembros de la propia comunidad con especial comprensión de los problemas de la misma o de algún problema o grupo específico, profesionales que trabajen en la comunidad, o científicos de diversas



Figura 1. Pirámide de información para analizar los diferentes componentes de la salud de una comunidad.

Fuente: Annett H. y Rifkin S. Tomada de cita 9.

disciplinas que la hayan estudiado. Normalmente no se eligen de una forma aleatoria sino selectiva, tratando de identificar a las personas que más pueden conocer a la comunidad en su conjunto o algunos de sus problemas específicos. Algunos informadores clave pueden serlo precisamente al inicio del estudio para ayudar a identificar a los demás informadores.

3. Diversas técnicas de entrevista o discusión en grupo, de las que la más habitual es el llamado «*grupo focal*»: se trata de un grupo pequeño de discusión, entre 8 y 12 personas, que habitualmente comparten un problema o situación similar, de expresión libre, con registro de toda la discusión y análisis posterior del material registrado.
4. Diversas técnicas de observación directa y conversación durante el paseo sobre el terreno.

En los trabajos procedentes de la Atención Primaria que hemos podido revisar, las técnicas siempre han sido las mismas:

1. Utilización de la información preexistente, básicamente registros del propio equipo de Atención Primaria. En alguna ocasión se utilizaron también fuentes de información externa como censos, registros de

mortalidad, registros hospitalarios y de servicios sociales.

2. Entrevistas a informadores clave con una técnica de entrevista semiestructurada, utilizando una guía de cuestiones previamente elaborada (*checklist*).
3. Observación directa de los profesionales de Atención Primaria. En un estudio se utilizó también la revisión de la prensa local.

A partir del análisis de los trabajos publicados pueden destacarse algunas conclusiones, útiles para ayudar a los equipos de Atención Primaria a emprender su función de identificación de las necesidades de salud de sus comunidades.

1. Un aspecto clave que se destaca en estos estudios es la necesidad de complementación de una multiplicidad de metodologías y de fuentes de información. Cada aproximación tiene sus sesgos y la complementariedad de fuentes puede permitir una visión global más cercana a la realidad. La teoría sociológica del triángulo, que ha sido el fundamento de la mayoría de los trabajos revisados, expresa la necesidad de contrastar, en estudios sociológicos, los resultados obtenidos a partir de una fuente de información siempre con los de otras dos fuentes.

Uno de los problemas identificados es el de los posibles sesgos en la elección de los



informadores clave o en la interpretación del propio investigador¹². En relación a la elección de informadores, hay que tener especial cuidado en que no todos representen al mismo grupo social o a similares puntos de vista. Sobre todo en no olvidar representar a los grupos sociales más desvalidos en detrimento de los sectores con mayor nivel de instrucción y socioeconómico, o a grupos minoritarios con problemas de salud graves o frecuentes dentro de la propia minoría. Todos los autores insisten en que en las metodologías de *rapid appraisal* debe contarse siempre con la opinión de los grupos minoritarios y de las personas con mayores dificultades o marginación, cuya voz no se oye por los medios habituales: personas sin hogar, sin papeles, enfermos mentales, familias con graves problemas sociales, económicos o de enfermedad... Respecto al propio investigador se han apuntado las precauciones que deben tomarse para evitar sesgos de nivel de instrucción, sexo, grupo étnico o «deformación profesional». Se aconsejan siempre dos investigadores (a ser posible de diferente profesión o incluso uno de ellos no profesional) en las entrevistas o en las discusiones de grupo y la grabación de las mismas como material para el análisis.

2. Las técnicas cualitativas deben complementar siempre a los datos cuantitativos obtenidos a partir de las diversas fuentes de información existentes. No deberían tomarse nunca conclusiones sólo a partir de datos cuantitativos, aunque se refieran directamente a la propia comunidad. Debe considerarse siempre necesaria la recogida de las opiniones de los profesionales y de la propia comunidad. Un estudio incluso concluye que los datos cuantitativos deberían plantearse para confirmar los problemas identificados en el

análisis cualitativo más que como información de base para la identificación de necesidades.

La importancia de aprovechar las impresiones de los profesionales que trabajan día a día en la comunidad proviene de su conocimiento directo de la realidad: este conocimiento es siempre mucho más rico que los datos fríos y los profesionales conocen mucho más de lo que creen y, con técnicas adecuadas, este conocimiento puede ser descubierto y aprovechado.

3. Es importante también no olvidar nunca la aproximación multisectorial: la salud no depende sólo del sistema sanitario y otros profesionales como maestros y otros trabajadores de servicios a la comunidad proporcionan siempre una información diferente y complementaria y, además, su incorporación al proceso iniciará una colaboración que podrá luego seguir en la puesta en marcha de las soluciones a los problemas identificados. Además, la colaboración intersectorial ha permitido potenciar una aproximación holística a los problemas comunitarios.

Habitualmente, en los estudios revisados, se ha creado un equipo de trabajo para la realización de la evaluación de necesidades, que ha sido en sí mismo *multiprofesional* —con participación de diversos profesionales sanitarios— y *multisectorial* —con participación de profesionales de otros sectores de servicios a la comunidad—. En algunos estudios se ha incluido también en el equipo a miembros de la propia comunidad. Los profesionales sanitarios han jugado en la mayoría de casos un papel importante para fomentar la implicación de otros profesionales y de la comunidad.

4. Se apunta también la necesidad de formación previa de este equipo en



metodologías cualitativas, así como en técnicas de entrevista y discusión de grupo. También es importante la preparación previa de las entrevistas y discusiones, en cuya fase es importante introducir distintos puntos de vista, entre los cuales también los de la propia comunidad.

5. Se ha puesto de manifiesto que las metodologías de valoración rápida se aplican mejor a comunidades homogéneas que a poblaciones heterogéneas. Por ello, cuando la población de un equipo de Atención Primaria incluye a varias comunidades, es mucho mejor considerarlas por separado: no sólo por una cuestión metodológica, sino también porque pueden presentar problemas de salud o prioridades diferentes. De hecho, las metodologías de participación comunitaria pueden ayudar a conocer e identificar las diferentes comunidades o grupos homogéneos existentes en una población.
6. Los métodos de participación comunitaria han tendido, en estos trabajos, a identificar, o incluso priorizar, problemas de la comunidad no relacionados directamente con actividades propias de los servicios de salud, muchos de ellos relacionados con aspectos del medio ambiente, como la necesidad de transporte público, la necesidad de áreas de juego para los niños o la accesibilidad de supermercados. Incluso en estos casos, los servicios de salud, que además suelen olvidar la importancia de los determinantes medioambientales en el estado de salud, pueden jugar un papel importante para ayudar a la consecución de los cambios que la comunidad prioriza. Consideramos que nunca debe restringirse la identificación de problemas de la comunidad a problemas estrictamente sanitarios: esta restricción podría conducir

a no identificar algunos problemas reales, prioritarios y altamente motivadores para la comunidad y, además, tendería a hacernos identificar problemas únicamente de índole biomédica, en detrimento de la dimensión holística de la salud comunitaria.

Un aspecto que los métodos de participación comunitaria ponen de manifiesto y que no puede valorarse con los datos cuantitativos procedentes de los sistemas de registro, es el grado de preocupación o motivación de la comunidad por los problemas de salud, que puede no estar en relación con la magnitud de los mismos y que es imposible recoger sin su participación en el proceso.

7. Otro aspecto no negligible que se ha identificado y destacado es el hecho que el participar en un proceso de diálogo con la comunidad y de identificación de sus necesidades de salud mejora la satisfacción laboral de los profesionales que se han implicado en el mismo al ayudarles a identificarse con los objetivos de su trabajo y con su comunidad, a tomar conciencia de los problemas y a valorar y apreciar la postura de la comunidad con respecto a los mismos ¹².
8. Finalmente, no hay que olvidar que estas técnicas —y cualquiera de las utilizadas en la planificación y la evaluación sanitarias— son una ayuda para la toma de decisiones, nunca proporcionan la decisión por sí mismas ¹⁹. La toma de decisiones es un proceso complejo que debe estar en manos de todos los actores implicados —la propia comunidad, es decir los afectados o posibles beneficiarios, los propios profesionales, los directivos y gestores— y debe tratar de considerar siempre todos los elementos que están en juego para conducir, por el mejor camino posible, al mayor beneficio social.



¹ Roberts J. Primary care: core values. Primary care in an imperfect market. *Br Med J* 1998; 317: 186-189.

² Secretary of State for Health. Working for patients. London: The Stationary Office; 1989.

³ Department of Health. The New NHS-modern, dependable. London, The Stationary Office, 1997.

⁴ Koperski M, Rodnick JE. Recent developments in primary care in the United Kingdom: from competition to community-oriented primary care. *J Fam Pract* 1999; 48: 140-145.

⁵ Cornell SJ. Public health and primary care collaboration—a case study. *J Publ Hlth Med* 1999; 21: 199-204.

⁶ Anónimo. Assessing the health care needs of populations—the general practitioner's contribution. *Br J Gen Pract* 1992; 404-5.

⁷ Kark SL, Abramson JH. COPC. Meaning and Scope. En: Connor EC, Mullan F, eds. *Community Oriented Primary Care: new directions for health services delivery*. Washington: National Academy Press; 1983.

⁸ Abramson JH. *Survey methods in Community Medicine*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1984.

⁹ Ong BN, Humphries G, Anette M, Rifkin S. Rapid appraisal in a urban setting, an example from the developed world. *Social Sci Med* 1991; 32: 909-15.

¹⁰ 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. *Br Med J* 1994; 308: 698-700.

¹¹ Murray SA, Graham LJC. Practice based health needs assessment: use of four methods in a small neighbourhood. *Br Med J* 1995; 310: 1443-8.

¹² Murray SA. Experiences with «rapid appraisal» in primary care: involving the public in assessing health needs, orientating staff and educating medical students. *Br Med J* 1999; 318: 440-4.

¹³ Bain J, Stephen S. Urban health in Dundee: what the people think. *Eur J Gen Pract* 1998; 4: 55-59.

¹⁴ Nichter M. Project community diagnosis participatory research as a first step toward community involvement in primary health care. *Soc Sci Med* 1984; 19.

¹⁵ Annett H, Rifkin S. *Improving urban health*. WHO; Geneva: 1988.

¹⁶ Annett H, Rifkin S. *Guidelines for rapid appraisal to assess community health needs*. Geneva: WHO; 1988. Reeditada en 1995.

¹⁷ Chambers R. Rapid rural appraisal: rationale and repertoire. *Public Administration and Development* 1981; 1: 95-106.

¹⁸ Melville B. Rapid rural appraisal: its role in health planning in developing countries. *Tropical Doctor* 1993; 23: 55-8.

¹⁹ Scott A, Donaldson C. Clinical and cost effectiveness issues in health needs assessment. En: Wright J, editor *Health Needs Assessment in Practice*. BMJ Books: London; 1998.