

## **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](mailto: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<sup>1</sup>. 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*<sup>2 3</sup> 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<sup>4</sup>.

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<sup>5</sup>. El término en el que se ha expresado esta

---

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

<sup>2</sup> Secretary of State for Health. Working for patients. London, The Stationary Office, 1989.

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

<sup>4</sup> 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

<sup>5</sup> Cornell SJ. Public health and primary care collaboration – a case study. J Publ Hlth Med 1999; 21: 199-204.

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 90.

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 <sup>6</sup>.

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” <sup>7 8</sup>.

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 sobretudo 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 80, 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* <sup>9 10 11 12 13</sup>.

---

<sup>6</sup> Anónimo. Assessing the health care needs of populations – the general practitioner’s contribution. *Br J Gen Pract* 1992; 404-5.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> Abramson JH. *Survey methods in Community Medicine*. 3<sup>rd</sup> ed, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1984.

<sup>9</sup> 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: 909-915.

<sup>10</sup> 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.

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

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 fijas <sup>14</sup>. 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 <sup>15 16</sup> 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 <sup>12 17 18</sup>:

---

<sup>12</sup> 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.

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

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

<sup>15</sup> Annett H, Rifkin S. Improving urban health. WHO, Geneva, 1988.

<sup>16</sup> Annett H, Rifkin S. Guidelines for rapid appraisal to assess community health needs. WHO, Geneva, 1988. Reeditada en 1995.

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

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

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 disciplinas que la hayan estudiado. Normalmente no se eligen de una forma aleatoria sino selectiva, tratando de identificar a las personas que mas 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 de 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 investigador <sup>12</sup>. 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 si 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 <sup>12</sup>.

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 <sup>19</sup>. 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.

---

<sup>19</sup> Scott A, Donaldson C. Clinical and cost effectiveness issues in health needs assessment. En: Wright J, ed. Health Needs Assessment in Practice. London, BMJ Books 1998.