

## 16 artículo

J Gofin [[Buscar autor en Medline](#)]

I Montaner Gomis [[Buscar autor en Medline](#)]

G Foz Gil [[Buscar autor en Medline](#)]



### Metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Elementos para su práctica

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

#### Texto completo

##### Principios en los que se basa la metodología APOC

La orientación comunitaria de la atención primaria se caracteriza por la detección de las necesidades de salud y la puesta en marcha de acciones dirigidas al conjunto de la comunidad y no sólo a los usuarios de los servicios de salud.

La APOC, Atención Primaria Orientada a la Comunidad (el original en inglés COPC- *Community-Oriented Primary Care*), es un modelo de orientación comunitaria de los servicios de atención primaria de salud que pretende racionalizar, organizar y sistematizar los recursos existentes mediante intervenciones que reflejan los principios contenidos en la Declaración de Alma-Ata<sup>1-3</sup> y en el documento de la OMS "Salud XXI"<sup>4</sup>.

El modelo de APOC surgió en la década de 1940 en Sudáfrica con S. L. Kark y E. Kark<sup>5</sup>, que siguieron aplicando y desarrollando posteriormente en el Centro de Salud Comunitaria de la Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria de Hadassa (Jerusalén).

Podríamos definir la APOC como "la práctica de la atención primaria con responsabilidad poblacional, orientada a la mejora de la salud de una comunidad definida, basada en la identificación de las necesidades de salud y las acciones de atención correspondientes, con la participación de la comunidad y con la coordinación de todos los servicios implicados en la salud o en sus determinantes"<sup>6</sup>.

Se trata de un proceso continuo en el cual se integran la atención primaria con acciones de salud pública<sup>7</sup>. En este proceso, los servicios de atención primaria se responsabilizan de la salud (en su concepción más amplia) de todos los miembros de la comunidad y no tan sólo de los usuarios de los servicios. Este hecho, le atribuye una característica diferencial con los servicios de atención primaria tradicionales, que están orientados a la demanda y por tanto, orientados básicamente a la curación y tratamiento de síntomas y enfermedades. Esta orientación de los servicios a la demanda, se ha mostrado insuficiente para mejorar el nivel de salud de la población en su conjunto – y no en pocos casos incluso perjudicial cuando deriva en una excesiva medicalización – por lo que APOC se convierte en una alternativa consistente para la re-orientación de los servicios con base poblacional. De la definición de APOC se desprende que se trata de un proceso centrado en la práctica de la atención primaria de salud y que no tiene porque entrar en contradicción con las acciones de promoción de salud o desarrollo comunitario llevadas a cabo por otros servicios, sino que deben de coordinarse y complementarse. Además, la metodología APOC, contemplada de una forma amplia y flexible puede ser utilizada como "marco de trabajo" para otros servicios comunitarios.

##### Elementos de una práctica de APOC

Para que un servicio de atención primaria de salud pueda aplicar la metodología APOC, consideramos que existen una serie de elementos, sin los cuales, difícilmente pudiese desarrollarse este tipo de orientación de los servicios<sup>8</sup>:

- Una comunidad definida, delimitada y reconocida por el equipo de atención primaria; la APOC implica una organización de la atención primaria enfocada a la comunidad como un todo o en sus subgrupos

#### bibliografía

1. Susser M. Pioneering community oriented primary care. Bull World Health Organ. 1999;77(5):436-8

2. Asthon J. Public health and primary care: towards a common agenda. Public Health. 1990;104(6):387-98

3. Gofin J, Gofin R. **Community oriented primary care and primary health care.** Amer J Public Health. 2005;95(5):757

4. **Salud para todos en el siglo XXI.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999.

5. Kark S, Kark E. Promoting community health: from Pholela to Jerusalem. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1999

[Ver más](#)

#### enlaces

No hay enlaces de interés



- Una práctica de atención primaria integral y con responsabilidad longitudinal y de coordinación, que combine los aspectos curativos con los preventivos, rehabilitadores y de promoción de la salud
- Servicios de salud accesibles y próximos a la comunidad,
- La atención debe dirigirse a todos los miembros de la comunidad y no sólo a los enfermos que demandan servicios y debe basarse en la identificación de sus necesidades de salud y en las intervenciones dirigidas a esas necesidades
- La participación de la comunidad, como elemento esencial que se desarrolla gradualmente hacia la toma de responsabilidad en la promoción y el mantenimiento de su propia salud.
- El trabajo en equipo multidisciplinario, la orientación a la salud de la comunidad se realiza de una forma mucho más completa con los puntos de vista de diversas disciplinas
- La movilidad del equipo "fuera de las paredes" del centro de salud (*outreach*), para reconocer el entorno físico y social del individuo y las familias, detectar sectores de población marginales, identificar y vincularse con los otros recursos de la comunidad.

Muchos de estos elementos ya forman parte de los servicios de AP en España, otros tienen que desarrollarse y alcanzar a través de la voluntad y del compromiso de los miembros del equipo y de los gestores de los servicios.

El contexto de cada práctica de APOC, las características del equipo de salud que la practica, los problemas de salud que se pretenden abordar, así como el nivel de implicación y desarrollo de la comunidad, determinarán la incorporación de otros elementos como el uso de la epidemiología, el uso de métodos de planificación adecuados al contexto, y el trabajo intersectorial. Corresponde mencionar que no hablamos de un uso "clásico" de la epidemiología, sino de su uso en atención primaria como "componente de los servicios" y por tanto con la finalidad explícita de producir datos sobre la propia población que puedan ser utilizados a corto plazo como base de acciones específicas. La experiencia derivada de la práctica de la APOC en España (incipiente en algunos casos, más avanzada en otros), nos condiciona para insistir cada vez más en el uso de una planificación menos "normativa" y a promover también el uso de métodos de análisis cualitativos (como en las ciencias sociales, antropología) y no tan sólo cuantitativos<sup>9</sup>.

### **El ciclo de trabajo en APOC (fig 1)**

El ciclo de trabajo en APOC debe contemplarse desde una perspectiva de flexibilidad e interacción entre las diferentes etapas, sin una secuencia obligatoriamente lineal, ni la necesidad de que una etapa comience sólo cuando se hayan completado las anteriores. Así, el ciclo de APOC puede iniciarse con un diagnóstico comunitario global o selectivo para un problema específico, o directamente con una decisión de intervención. Nuestra experiencia muestra, no obstante, que el desarrollo metodológico basado en un proceso sistemático facilita más el trabajo, comparado con la realización de las etapas de forma aislada. Por ejemplo, muchas de las intervenciones debidas a la iniciativa de los profesionales pueden mejorar de forma substancial cuando se conocen mejor las características de la comunidad afectada, cuando esta participa en las diferentes etapas, y cuando se planifica previamente una evaluación que permita conocer el impacto de la intervención y su mejora en el futuro.

El ciclo suele iniciarlo el equipo de atención primaria pero pueden iniciarlo también otros servicios y la propia comunidad y, siendo recomendable que pronto se convierta en un trabajo compartido entre los diferentes servicios y las propias instituciones comunitarias.

#### **1- Definición y caracterización de la comunidad: Examen Preliminar**

Esta etapa se considera como el primer paso para iniciar un proceso APOC. Es lógico pensar que para actuar primero tenemos que conocer a la comunidad. Sin embargo y tal como señalábamos antes, se trata de un ciclo flexible, por lo que en algunas situaciones puede no constituir la primera etapa del ciclo de trabajo. Es el caso cuando se dan circunstancias tan obviamente necesitadas de una intervención que puede ser necesario actuar sin demora. En cualquier caso, antes o después, es un análisis necesario e ineludible y deberá ser realizado.

En la metodología APOC hemos venido dando a esta etapa la denominación de "examen preliminar", o en ocasiones "análisis de la situación de salud", para diferenciarlo del llamado "diagnóstico de salud" clásico, que consistía en un estudio extensivo y exhaustivo de todas las condiciones de salud que podrían estar afectando a una población. Este arduo trabajo, prácticamente no es utilizado en la actualidad y existe un amplio consenso en manejar procedimientos de asesoría rápida (*rapid appraisals* en inglés)<sup>10</sup>, como el que propone APOC para esta etapa<sup>11</sup>. Esta fase de reconocimiento inicial de la comunidad tiene un cierto paralelismo con el llamado "diagnóstico comunitario" empleado en los procesos globales de desarrollo comunitario. En APOC el término "diagnóstico comunitario" se aplica a otra etapa del proceso y tiene un significado y una finalidad distintos tal como veremos más adelante

El examen preliminar consiste en recoger y analizar la información existente y necesaria para identificar los principales problemas y necesidades de salud que afectan a una población determinada, con la finalidad de intervenir posteriormente sobre aquella condición o condiciones consideradas como prioritarias. En la **tabla 1** se recogen las características que debe cumplir un examen preliminar para que sea factible, ágil y de bajo coste.

Con objeto de facilitar la tarea, en la **tabla 2** proponemos una serie de pasos a seguir que abarcan desde la preparación de todo el proceso, hasta la elaboración de un documento donde se identifiquen los principales problemas y necesidades de salud de la comunidad.

### *1.1 Las preparaciones prácticas*

Incluyen en primer lugar llegar a un acuerdo dentro del equipo que permita la reorganización de tareas y evite los voluntarismos. Para ampliar esta fase, es recomendable la lectura del documento PACAP "Como empezar las actividades comunitarias en Atención Primaria"<sup>12</sup>. Se destaca en este documento la necesidad de un trabajo interno en el equipo, que ha de ser previo a la "salida a la comunidad", sin ello el proceso de trabajo fallaría en su base y no sería sostenible en el futuro. En esta fase también se incluyen los contactos iniciales con las instituciones y recursos de la comunidad, estableciendo los circuitos de comunicación y las formas de colaboración y participación.

### *1.2. Definición de la comunidad.*

Esta definición puede parecer demasiado obvia, pero se dan circunstancias en las que la población asignada a un Equipo de Atención Primaria (EAP) no coincide necesariamente con una comunidad verdadera en el sentido sociológico del término. Esta situación se da con frecuencia, especialmente en los grandes núcleos urbanos donde la asignación de la población a las zonas básicas de salud se basa principalmente en criterios administrativos. Nos queremos referir pues, a un concepto de comunidad entendido como grupo poblacional cubierto por el servicio de atención primaria y que puede incluir (o no) a una comunidad verdadera. Además, en poblaciones urbanas o en zonas periféricas, la movilidad de la población y la presencia de personas indocumentadas, por ejemplo, dificultan llegar a una definición de la población diana, ya que miembros de una comunidad pueden asistir a más de un servicio de salud en su área o en áreas vecinas. El EAP debe definir cual es la comunidad sobre la cual se quiere intervenir.

### *1.3. Información necesaria.*

Utilizaremos la información necesaria para caracterizar la estructura física, demográfica y social, así como una descripción de los recursos disponibles y datos que hagan referencia al estado de salud en su concepto más amplio. En la **tabla 3** se propone la información más utilizada y las fuentes más asequibles a nivel de atención primaria. La información puede ser de tipo cuantitativo o cualitativo. Uno de los desafíos de esta etapa es la ausencia o escasez de datos, su falta de actualización o la no coincidencia con la población en estudio (generalmente corresponden a áreas más grandes que incluyen a la nuestra). Debe hacerse una recogida de información que sea selectiva y crítica y teniendo siempre en mente el principio de la relevancia (o ignorancia óptima) de la información<sup>10</sup>.

En los últimos años se ha logrado un mayor acceso a la información electrónica, tanto de datos como de mapas que reflejan las características específicas de un territorio<sup>13</sup>, sin embargo su disponibilidad en España es aún limitada. Al final del capítulo se citan algunos enlaces web en los que puede obtenerse información poblacional.

### *1.4. Elaboración de la información.*

Los datos que obtendremos a partir de las distintas fuentes de información son de naturaleza muy diversa, algunos estarán ya elaborados en forma de indicadores, gráficas o informes, otros requerirán un trabajo de elaboración para traducirlos a términos más indicativos. En la **tabla 4** se presentan algunos indicadores considerados como los más adecuados a nivel de atención primaria. Para los datos de tipo cuantitativo los indicadores más frecuentemente utilizados son las proporciones (porcentajes), las razones y las tasas. Para los datos de tipo cualitativo será preciso elaborar informes o conclusiones, con procesos distintos dependiendo del tipo de información. En caso de una observación directa, opinión de un experto o informador clave, el resultado es el de la propia observación: "hay basura en la calle", o el de la propia opinión: "el barrio tiene malas comunicaciones". En el caso de las entrevistas y grupos focales, se requerirá un proceso de elaboración y análisis más largo. Existen guías y manuales específicos para profundizar en estas técnicas<sup>10,11,14</sup>

### *1.5. La interpretación de la información*

Es el siguiente paso. Los resultados obtenidos en la etapa anterior pueden ser poco explícitos por sí solos. Es preciso compararlos y contrastarlos antes de sacar conclusiones. Puede ser de utilidad su comparación con otras poblaciones o zonas más amplias cuando

esta información esta disponible. Otro ejercicio necesario para interpretar correctamente es lo que denominamos como "triangular " la información. Consiste en comparar y contrastar una determinada información obtenida a partir de distintas fuentes y bajo diversos puntos de vista. Un ejemplo podría ser: se detecta una elevada prevalencia de obesidad (dato cuantitativo obtenido de los registros del centro de salud) y las opiniones de la comunidad (información cualitativa) reflejan una preocupación por la alimentación, a su vez los maestros destacan el elevado numero de alumnos que acuden al colegio sin desayunar. Son datos distintos y provenientes de fuentes diferentes pero que convergen en señalar que los hábitos alimentarios son uno de los problemas destacables en esa comunidad. La información de tipo cuantitativo nos dará la magnitud del problema o necesidad, mientras que la información de tipo cualitativo nos aportará el valor que le conceden los miembros de la comunidad o los profesionales que en ella trabajan.

#### 1.6. La elaboración del documento

Es la última fase del examen preliminar. Una vez interpretada la información es preciso elaborar un documento en el que se destaquen las principales características de la comunidad y que finalice con un listado reflexionado y compartido de cuales son los principales problemas y necesidades que afectan a dicha comunidad

Respecto a **quién debe realizar este examen preliminar** de la comunidad, la experiencia ha mostrado que la realización por parte de un equipo de salud tiene implicaciones muy positivas sobre su comprensión de la comunidad, su papel en la misma y sobre la contextualización de la atención prestada. Ello es compatible con su realización conjunta con las otras instituciones y servicios y con miembros de la comunidad, pero requiere la participación de la mayoría de miembros del equipo en esta etapa o al menos su implicación permanente a través de la información y la discusión.

La alternativa de la realización liderada por el equipo sanitario con una posterior socialización de sus resultados con los otros actores también se ha mostrado en la práctica como una buena alternativa. En cambio, creemos que ésta no es la mejor opción para la fase de identificación de las necesidades de salud y priorización, que proponemos que sea realizada siempre con participación comunitaria, de los demás servicios y de las instituciones.

### 2. La priorización de problemas

Los problemas que se han identificado en el examen preliminar suelen ser múltiples y no es factible, en la realidad dada la limitación en los recursos, actuar sobre todos ellos con la misma intensidad y en el mismo momento. Por ello es necesario un proceso que nos permita identificar aquel o aquellos problemas sobre los que se va a actuar en primer lugar. Esto no comporta un abandono de las otras necesidades detectadas, como tampoco se relega la atención a la demanda.

La elección de las prioridades implica un compromiso por parte del equipo de priorización y debe realizarse con el máximo interés ya que las intervenciones que posteriormente se derivaran comportan una inversión humana y material considerable. Si se prioriza sobre bases pobremente establecidas, se corre el riesgo de no orientar de forma correcta las intervenciones a las necesidades, con la consiguiente frustración de los servicios implicados y la insatisfacción de los ciudadanos. La priorización es un proceso de toma de decisión, por lo que debe asumirse que siempre irá acompañada de una cierta incertidumbre e incluso del riesgo a equivocarse. La responsabilidad de este proceso, no puede recaer sólo en una persona o en una institución, sino que debe ser en lo posible una responsabilidad compartida entre los distintos servicios y entidades de la comunidad, la propia comunidad a través de sus grupos, líderes o representantes y las instituciones publicas implicadas a través de sus servicios en la población. La **constitución del grupo de priorización**, será pues una de las primeras tareas a realizar.

La priorización significará, para aquellos que la realizan, efectuar un juicio sobre una lista de necesidades y problemas ya identificados y por ello los siguientes pasos serán la definición clara y concisa de los enunciados y la elección de los criterios a utilizar para valorar dichos enunciados. Una **definición clara** es aquella que identifica al que padece el problema y a su vez permite otorgarle un valor (cuantitativo o cualitativo). Por ejemplo definiciones como: las drogas en la juventud, o el envejecimiento de la población, son enunciados que dificultan enormemente el concederle un valor determinado porque incluyen varios conceptos; por el contrario enunciados como: consumo de tabaco en los adolescentes o las caídas en mayores de 75 años, son más concretos y nos facilitan el proceso.

El equipo de priorización deberá acordar previamente **los criterios** a utilizar y el modo de valorarlos y en base a ello deberá **elegir el método** de selección que mejor se adapte a las posibilidades prácticas del EAP<sup>8</sup>. El proceso de selección puede estar basado en los siguientes criterios de comparación:

- La *importancia* del problema (magnitud, severidad, impacto económico)
- La *factibilidad* de la intervención (recursos disponibles, políticas de salud, intereses

- del EAP)
- La *efectividad* de la intervención (evidencia en la literatura, destrezas específicas del EAP)

Estos criterios pueden dividirse en subcriterios, más fáciles de valorar, y a estos, a su vez, adjudicarles categorías que faciliten su puntuación. Por ejemplo, la magnitud es una de las formas de valorar la importancia de un problema, pero la severidad y el impacto económico también son subcriterios a tener en cuenta. Una vez llegado el momento de puntuar es útil el uso de categorías (afirmativo/negativo; o grande/mediano/ pequeño).

Otros criterios de interés que pueden introducirse son: la justificación de los costes (de la intervención) y el interés de la comunidad. También puede incluirse criterios de tipo tecnológico, social o sanitario- esto queda a elección del equipo - pero se aconseja que, sea cual sea el método, estén por lo menos presentes los tres criterios principales. Los criterios y métodos para priorizar son muy variados, pero todos se basan en la comparación de los problemas entre ellos. Algunos de los métodos más utilizados son la parrilla de análisis (similar a un árbol decisional) y el método de Hanlon, pero existen muchas más posibilidades y remitimos al lector a la bibliografía específica<sup>15</sup>.

La elección de los criterios de valoración y su aplicación a la lista de necesidades, nos permitirá obtener una **lista de prioridades ordenada**, sobre la que finalmente el equipo deberá decidir la intervención. La priorización no es una medida de la importancia (ya que todos los problemas y necesidades que se encuentran en la lista son importantes), sino de la precedencia de un problema sobre otro en el momento de actuar.

El resultado obtenido tras la aplicación de cualquiera de los métodos no es algo inamovible, sino orientador. Si el equipo no se siente satisfecho o identificado con el resultado del método, puede aplicarse otro o llevar a cabo un método de discusión y consenso, pero antes de pasar a la siguiente etapa.

### 3. *Diagnostico comunitario*

Una vez que se han identificado el problema o problemas sobre los que se va a intervenir, la metodología APOC propone una etapa previa a la planificación de la intervención que denomina como diagnóstico comunitario. Este diagnóstico comunitario - a diferencia de otras metodologías - es un diagnóstico selectivo, centrado en el problema de salud priorizado. Una de sus finalidades es conocer en profundidad el problema y sus determinantes de forma que se facilite, posteriormente, la decisión sobre el tipo de intervención más adecuado en cada caso. Otra finalidad, es la de establecer la línea de base de la cual partimos y que será de utilidad posteriormente para la evaluación. En algunos casos puede decidirse realizar el diagnóstico a nivel de toda la comunidad, en otros casos a un subgrupo de la misma, dependerá de la estrategia que decida el equipo planificador. Este diagnóstico equivale en realidad a un estudio descriptivo o analítico del problema y el equipo tiene que decidir, en base a su estrategia, si es más conveniente un estudio epidemiológico cuantitativo (prevalencia o incidencia del problema y de sus determinantes) o es más pertinente un estudio cualitativo con grupos focales o entrevistas que permita profundizar y comprender mejor los determinantes, o porque no, realizar ambos si se dispone de los recursos necesarios (materiales y de tiempo).

El método que debe utilizarse para estos estudios, en cualquier caso será el correspondiente a desarrollar un protocolo de investigación adecuado y específico (objetivos, variables a medir, métodos e instrumentos, análisis y conclusiones)

### 4. *Planificación de la intervención*

Una vez finalizado el diagnóstico comunitario se nos presenta la salud de la comunidad de una forma más clara y con más detalles, lo que nos permite tomar la decisión de intervenir y es el momento de planificar nuestra intervención. Para ello deberemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La búsqueda de las intervenciones más pertinentes debe hacerse siempre a partir de la revisión de la bibliografía existente. Aunque no debemos ser "esclavos de la evidencia", esto nos permitirá descartar intervenciones ya aplicadas con resultados nulos o contraproducentes. A menudo estaremos ante situaciones en las cuales no existe evidencia disponible o si existe ésta es insuficiente y deberemos utilizar nuestra propia creatividad y la creatividad social para enfrentarnos a problemas complejos. La búsqueda de intervenciones deberá incluir, por tanto, procesos de *brainstorming* profesional y comunitario para estimular la creatividad<sup>9</sup>. Esto no quiere decir que todas las posibles intervenciones identificadas puedan llevarse a cabo; para ello son útiles procedimientos de análisis que permitan decidir qué hacer en función de criterios como el de la efectividad, los costes, la disponibilidad de recursos, la reducción de la libertad, la estigmatización, la ética y la aceptación social y profesional<sup>16</sup>. A estos criterios añadimos el de la medicalización<sup>9</sup>. No se deben priorizar actividades preventivas que no estén totalmente justificadas con el principio de que los beneficios para el paciente sean mayores que los daños

potenciales, incluyendo entre los daños el de la medicalización de la población sana (17). De acuerdo con el principio anterior hay que recordar que muy pocas actividades de cribado y de tratamiento farmacológico están claramente justificadas en población sana.

- Una vez que se han decidido que intervenciones son las más adecuadas, de acuerdo con las reflexiones anteriores, hay que planificar su implementación. En APOC se ha utilizado habitualmente una metodología de planificación normativa (con objetivos claros, actividades bien definidas, recursos bien calculados, sistemas de registro y con indicadores concretos de vigilancia y evaluación). Sin embargo, nuestra experiencia nos ha ido mostrando la necesidad de usar una metodología de planificación flexible que se adapte a los procesos que tienen lugar en la comunidad cuando en ella se interviene. Hay una interacción y unas acciones desencadenan nuevas ideas y nuevas acciones a llevar a cabo. Por ello algunos autores proponen el uso de otros métodos menos normativos - propios de los procesos sociales - como el de la planificación estratégica o estratégico-situacional (PES) propuesta por Matus<sup>18</sup>, basada en la identificación de todos los actores sociales implicados en el plan de mejora, la consideración de sus proyectos, sus recursos y capacidades de gobierno y la discusión de todos los actores para integrar dichos proyectos en uno común y a un planteamiento de su viabilidad.
- Debemos considerar "actores" de la planificación a todos los actores sociales y, por tanto, deben participar en la misma en pie de igualdad, y no sólo como recursos, todos los profesionales, servicios e instituciones que vayan a llevar a cabo cualquier aspecto de la intervención y los mismos afectados por el problema, que deben considerarse participantes activos en el programa y no meros objetos de la intervención.
- Sea cual sea el método utilizado para planificar e implementar la intervención a nivel de la comunidad, es conveniente que el equipo de atención primaria disponga para sí de un esquema claro de lo que pretende conseguir (objetivos de salud), de que recursos básicos dispone (a los que se podrán añadir otros más adelante), cuales son las principales actividades a llevar a cabo (de las que se derivaran más actividades a lo largo del proceso) y cual será su estrategia de monitorización y evaluación de la intervención. La APOC es una forma de prestar los servicios de salud en atención primaria y para que estos se orienten a las necesidades de salud de la población, deben reorganizarse las tareas de los profesionales de una forma racional, por lo que disponer de un plan de acción a este nivel es altamente recomendable. Esto no tiene porque entrar en contradicción con la consideración y la participación en los proyectos de otros servicios, que enriquezcan y mejoren el proyecto común.

## 5. Vigilancia y Evaluación de la intervención

La **vigilancia** de la intervención son aquellas acciones que se llevan a cabo durante el desarrollo de un programa con la finalidad principal de identificar los cambios en salud originados por la intervención y realizar las modificaciones necesarias durante su desarrollo. Son objeto de dichas acciones de vigilancia: las actividades del programa (también conocida como "monitorización"), así como la población diana (vigilancia demográfica) y el estado de salud, especialmente de aquellas necesidades y problemas incluidos en la lista obtenida durante el examen preliminar.

La **evaluación** de la intervención forma parte integral del servicio prestado a la población y puede realizarse mediante una revisión o un ensayo del programa<sup>19</sup>. La revisión (estado "antes y después") parte del supuesto de que la intervención es beneficiosa, mientras que el ensayo evalúa su posible eficacia, por lo que requiere un grupo de control y mayores recursos<sup>20</sup>.

La evaluación de la efectividad es más propia de los servicios de salud pública en comunidades más amplias dado que el número de casos en poblaciones pequeñas suele ser insuficiente para obtener efectos valorables. Con esta afirmación no descartamos su uso, ni negamos el interés de este tipo de evaluación, pero la experiencia práctica nos ha mostrado las dificultades de llevarla a cabo con los recursos propios y actuales de los servicios de atención primaria. Actualmente, gracias a las experiencias existentes, pensamos que el tipo de evaluación - de una intervención comunitaria - más adecuada en atención primaria es la de revisión, que permite valorar si hemos conseguido lo que nos habíamos propuesto y, en base a los resultados obtenidos, poder tomar decisiones sobre la necesidad de continuar o no y de introducir mejoras.

Las claves para el desafío de la evaluación de las intervenciones comunitarias se encuentran en la elección de unos indicadores adecuados que permitan detectar cambios a medio plazo y en poblaciones pequeñas, y al uso combinado de métodos cuantitativos y cualitativos. No existen recetas mágicas para planificar y realizar una evaluación exitosa, hay que ser conscientes de la dificultad que entraña medir los resultados de las acciones que se desarrollan en el curso de una intervención comunitaria que, al ser muy dinámica, requiere incluir nuevos objetivos y actividades durante su desarrollo; y que por tanto precisará de una evaluación que se adapte también a estas circunstancias. Un ejemplo de ello lo podemos observar en la metodología de la *investigación-acción-participativa*<sup>21</sup>,

donde se considera tan importante el *resultado* como el *proceso* cuando este muestra un progreso positivo en conseguirlo.

En cuanto a los indicadores, destacar que es conveniente que el denominador utilizado para su cálculo se refiera siempre al total de la comunidad o del subgrupo de la misma al que se ha dirigido la intervención. La cobertura es un elemento central en la evaluación en APOC. La valoración de todo el grupo de población considerado permite la prevención de la ley de la atención inversa al poder detectar a las personas que no han acudido a la consulta o que no han recibido las actividades planificadas.

#### **6. Re-examen de la nueva situación**

Mediante un "reexamen" se decide si se mantiene, se modifica o se suspende el programa, se fijan nuevas prioridades y se inicia un nuevo ciclo del proceso de desarrollo de la APOC. El reexamen es el momento de reflexión posterior al análisis de los resultados de la monitorización o evaluación, en que se decidirán las acciones futuras, cerrando el círculo de la planificación. Eventualmente el EAP puede embarcarse en la intervención sobre otros problemas de salud prevalentes en la comunidad.

La metodología del desarrollo de APOC no debe considerarse de forma aislada sino que está acompañada de unos principios. Un EAP puede tomar la decisión de adoptar los principios de APOC, pero la metodología que utilice debe adaptarse a las realidades locales

