

ORIGINALES BREVES

Uso del método de *rapid appraisal* para identificar las necesidades percibidas en un barrio de clases bajas de la ciudad de Buenos Aires

M. Lotersztain^a, M. Zorat^a, M. Lecouna^a y M. Motta^b

Hospital Municipal Teodoro Álvarez y Centro de Salud N.º 7. Buenos Aires (Argentina).

Objetivo. Presentar el *rapid appraisal* como una técnica cualitativa para investigar las necesidades percibidas por una población de manera válida, rápida y económica.

Diseño. Método cualitativo, entrevistas semiestructuradas a informantes clave, grupo focal.

Emplazamiento. Barrio de clases bajas de la ciudad de Buenos Aires, con una población de 2.921 habitantes.

Participantes. Informantes clave: residentes en el barrio desde hace más de 10 años.

Mediciones y resultados principales. Los principales problemas percibidos por la comunidad fueron: contaminación ambiental debido a la acumulación de basura, abuso de alcohol y drogas entre los jóvenes y necesidad de extensión del horario de atención en el centro de salud del barrio.

Conclusiones. Las necesidades percibidas exceden los problemas médicos específicos, abarcando cuestiones sociales, de medio ambiente y de organización del sistema de atención de salud.

Palabras clave: Investigación cualitativa. *Rapid appraisal*. Necesidades en salud. Atención primaria.

USE OF THE RAPID APPRAISAL METHOD TO IDENTIFY PERCEIVED NECESSITIES IN A POOR QUARTER OF THE CITY OF BUENOS AIRES

Objective. To present rapid appraisal as a qualitative technique for researching the perceived needs of a population, which is valid, rapid and cheap.

Design. Qualitative method: semi-structured interviews with key informants, focus group.

Setting. A poor quarter with 2921 inhabitants in the city of Buenos Aires.

Participants. Key informants: people resident in the area for over 10 years.

Measurements and main results. The main problems perceived by the community were: environmental pollution because of the accumulation of rubbish, alcohol and drug abuse among the young, and the need to extend the opening hours of the area's health centre.

Conclusions. The needs perceived surpassed specific medical problems. They covered social questions, environmental problems and how to organise the health care system.

Key words: Qualitative research. *Rapid appraisal*. Health needs. Primary care.

(Aten Primaria 200; 26: 690-692)

Introducción

En la República Argentina existe tradicionalmente un sistema público de salud que proporciona atención sanitaria a toda la población, independientemente de la existencia de otros sistemas de cobertura¹. A pesar de esto, existen fuertes desigualdades entre diversos grupos poblacionales en lo que respecta al acceso a la salud, situación derivada entre otras causas de factores socioeconómicos y culturales.

Habitualmente, en el sector público de salud no se toma en consideración las necesidades de los usuarios y la planificación se lleva a cabo de forma unilateral.

Como integrantes de una residencia de medicina familiar y general que realiza desde hace un año tareas de atención primaria en un centro de salud de un barrio de clases bajas de la Ciudad de Buenos Aires, decidimos explorar el uso del *rapid appraisal*, una técnica sencilla y económica recomendada por la OMS para establecer un nexo entre el equipo de salud y la comunidad, y detectar así los problemas percibidos como tales por los habitantes del lugar y elaborar en conjunto los proyectos tendentes a la búsqueda de soluciones.

Material y método

Se utilizó la técnica del *rapid appraisal* de acuerdo con las guías publicadas por la OMS². Se trata de un método cualitativo, de aplicación limitada y específica, en el cual la información se recolecta de 3 fuentes: a) entrevistas a informantes clave; b) observaciones directas, y c) registros escritos acerca del lugar de estudio. Los datos así obtenidos se utilizan para construir la «pirámide de información» (fig. 1), que constituye el marco para recolección y análisis de la información según esta técnica. Nuestro proyecto se llevó a cabo en el barrio Inta (villa 19) de la Ciudad de Bue-

^aResidentes de Medicina Familiar y General. Hospital Teodoro Álvarez. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. ^bAsistente social. Centro de Salud N.º 7. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Correspondencia: Mariana Loterzstain.
C/ Senilloa, 159, 3.º, Dpto. 6, cp (1424). Capital Federal. Argentina.

Manuscrito aceptado para su publicación el 21-VI-2000.

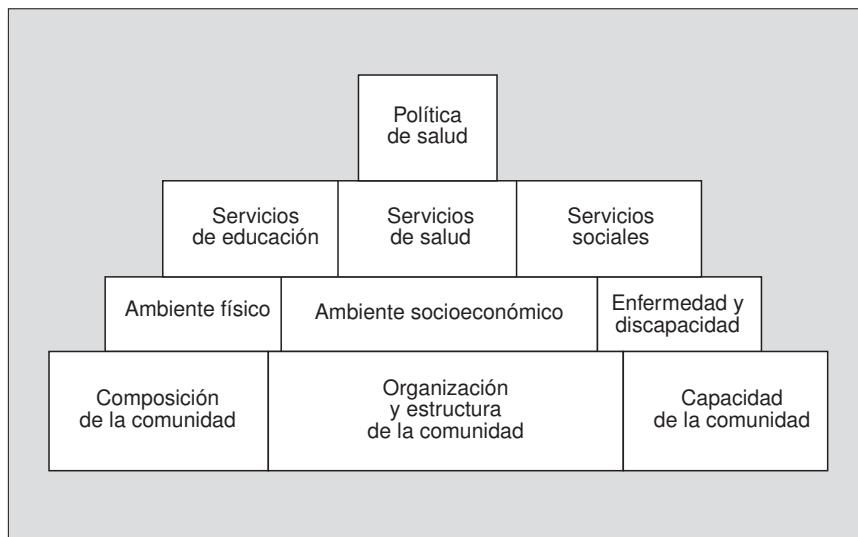


Figura 1. Pirámide de información.

TABLA 1. Datos de los informantes clave

Encuestados	Edad (años)	Tiempo de residencia en el barrio (años)
Cocinera de comedor público	39	30
Ayudante de cocina voluntaria (comedor público)	27	10
Cocinera de comedor municipal (voluntaria)	52	30
Comerciante	53	13
Maestra	38	38
Voluntaria de Caritas (organización católica de ayuda)	48	13
Albañil	61	12
Ama de casa	39	12
Ama de casa	47	25
Empleada doméstica	32	15
Ama de casa	47	12
Empleada en empresa de limpieza	44	12

nos Aires, habitado por 881 familias, con 2.921 habitantes en total³. Se trata de un barrio de clases bajas, con una comunidad heterogénea compuesta en un 50% aproximadamente por argentinos y en otro 50% por extranjeros provenientes de países limítrofes, principalmente de Paraguay y Bolivia⁴.

El trabajo fue realizado por 3 residentes de medicina general que contaron con la colaboración de una asistente social.

La duración total del estudio fue de 2 meses por la imposibilidad del equipo de dedicar tiempo completo a esta actividad.

Se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas, que consisten en una serie de preguntas abiertas llevadas a cabo de manera informal para crear confianza en el informante y alentarlo a que introduzca temas no anticipados por el entrevistador².

Las preguntas se basaron en los bloques de la pirámide de información, la cual se construye sobre un primer nivel definido por la composición y organización de la comunidad y su capacidad para actuar: se preguntó cómo es la gente del barrio, si están todos en las mismas condiciones (sociales, económicas, de trabajo), si hay sensación de identidad y pertenencia al barrio en general (y si el entrevistado se siente parte del mismo), si hay personas con capacidad de organizarse y trabajar por la comunidad y qué tipo de ayuda se ofrece. El segundo nivel de la pirámide cubre los factores socioecológicos que influyen sobre la salud; sobre esto se preguntó si hay mucha gente con problemas económicos serios y qué no se puede hacer por falta de dinero, si hay seguridad en las calles, cómo son las casas del barrio, cuáles consideran que son los problemas de salud más importantes, si exis-

te alcoholismo y drogadicción, si se conocen muchos discapacitados en el barrio y si identificaban problemas relacionados con el medio ambiente. El tercer nivel se refiere a datos acerca de la existencia, cobertura, accesibilidad y aceptabilidad de servicios; se preguntó cuáles son los servicios de salud más usados entre los disponibles y en qué se pueden mejorar. No se usaron para diseñar la encuesta todos los tópicos de la pirámide (p. ej., no se preguntó específicamente sobre política de salud y servicios de educación).

Las entrevistas fueron realizadas por 2 miembros del equipo de salud en los hogares o lugares de trabajo de los informantes; un entrevistador hacía las preguntas y el otro tomaba notas y realizaba observaciones.

Los 12 informantes clave fueron seleccionados por tener más de 10 años de residencia en el barrio y considerárselos en buena posición para opinar sobre los problemas de la comunidad (miembros de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, trabajadores que se relacionan con muchos de sus vecinos, líderes no oficiales) (tabla 1).

Las principales conclusiones que se derivan de estas encuestas fueron presentadas por escrito a cada uno de los entrevistados. Posteriormente se organizó un grupo focal que contó con la participación de 5 de los encuestados (4 no pudieron asistir por razones personales y a 2 no se los encontró en su domicilio en el momento de la invitación). La consigna fue discutir el orden de prioridad de los problemas identificados y plantear posibles intervenciones sobre los mismos. La reunión fue coordinada por 2 miembros del equipo de investigación (una oficiaba de moderadora y la otra tomaba notas); se realizó en el centro de salud del barrio, se intentó crear un ambiente cómodo e informal y se animó a los participantes a discutir entre ellos más que a responder a la moderadora, quien intervenía para estimular el debate.

Resultados

Es una comunidad compuesta por argentinos y un elevado número de extranjeros, procedentes en su mayoría de países limítrofes. Existe, en general, sensación de identidad y pertenencia al barrio.

La situación económica no es percibida como un problema mayor, consideran que están mejor que en otros barrios de similares características, la falta de dinero no permite terminar de construir las casas y muchos no son propietarios de los terrenos; los jóvenes no pueden finalizar los estudios (nivel secundario y terciario).

Hay acuerdo unánime en que existe violencia familiar en el barrio.

En las encuestas y en el grupo focal surge como problema de medio ambiente la falta de colaboración de la gente para la mantener la limpieza del barrio, que se manifiesta por la presencia de basura acumulada en lugares donde el camión recolector no pasa (sobre la vía del tren), lo que provoca la proliferación de roedores en el área. Se considera necesario educar acerca de este tema.

No manifiestan tener problemas serios de inseguridad en el lugar.

El único problema importante de salud identificado fue el abuso de alcohol y drogas, en especial entre los jóvenes, y se relacionó con la falta de oportunidades en trabajo y educación. El servicio de salud más usado es el centro de salud del barrio, predominando las consultas pediátricas. Casi por unanimidad aparece la demanda de una guardia de 24 horas en el centro de salud, argumentándose inconvenientes diversos para concurrir en horario nocturno a la guardia más cercana (1 km de distancia): problemas de accesibilidad económica y de transporte público, falta de médico para urgencias pediátricas y las demoras que presenta el servicio de emergencias de la ciudad para entrar a los barrios carenciados. En el grupo focal se discute también en relación a esta cuestión la necesidad de ampliación de horario de enfermería (actualmente de 8 a 14) y de atención médica en general, por necesidad de curaciones, nebulizaciones, atención para personas con dificultad de acceder en horario matutino por razones de trabajo, etc.

También se plantea la posibilidad de realización de Papanicolaou e implementación de servicio de odontología en el centro de salud.

Discusión

En contraste con los métodos cuantitativos, el *rapid appraisal* permite definir cuáles son los problemas más que especificar cuánta gente está afectada por ellos⁵.

Al tratarse de un método cualitativo, presenta limitaciones importantes como el sesgo en la elección de los informantes e interpretación de los resultados, y el uso de recursos e información limitados, pero también ofrece ventajas por ser simple, económico y orientarse a las necesidades de la comunidad e involucrar a la misma en la solución de los problemas identificados⁶.

De la misma manera que en otros trabajos publicados, la prioridad fueron los problemas sociales y del medio ambiente en lugar de cuestiones médicas específicas^{5,7}.

A partir de este trabajo, el equipo de salud y un grupo de representantes de la comunidad se organizó para planificar en conjunto campañas de educación orientadas a mantener la limpieza del barrio. También se intentará crear talleres de trabajo, salud y recreación orientados a jóvenes.

Respecto a la ampliación del horario de atención, se discutirá con las autoridades la mejor manera de solucionar este problema, teniendo en cuenta la proximidad de un servicio público de urgencias y las razones que esgrime la gente del barrio para justificar su reclamo.

La conclusión final que se desprende de esta experiencia y de otras similares es que el médico generalista debe tener en cuenta el concepto biopsicosocial de salud y buscar la manera de relacionarse con la comunidad, más allá de conocer los datos epidemiológicos acerca de la misma⁷. De esta manera su responsabilidad excede la de las necesidades individuales del paciente en el consultorio⁵ y se ve comprometido con su población para entender cuestiones más amplias que afectan la salud.

Agradecimientos

A todos los informantes y al equipo de salud de la Sala San José del Barrio Inta.

Bibliografía

1. Rezzónico R. Nomencladores y otras modalidades de facturación. En: Aranguren E, Rezzónico R, editores. Auditoría médica, garantía de calidad en la atención en salud (2.ª ed.). Buenos Aires: Centro Editor de la Fundación Favaloro, 1996; 733-737.
2. Annet H, Rifkin SB. Guidelines for rapid participatory appraisal to assess community health needs. Ginebra: OMS, 1995.
3. Gerencia de Promoción Social Urbana. Comisión Municipal de la Vivienda de la Ciudad de Buenos Aires. Datos poblacionales, realizados en el mes de enero del 2000 en Villa 19. Buenos Aires: GPSU, 2000.
4. Gerencia de Promoción Social Urbana. Comisión Municipal de la Vivienda de la Ciudad de Buenos Aires. Censo mayo de 1997, planilla Villa 19. Buenos Aires: GPSU, 1998.
5. Murray SA, Tapson J, Tumbull L, McCallum J, Little A. Listening to local voices: adapting rapid appraisal to assess health and social needs in general practice. BMJ 1994; 308: 698-670.
6. Murray SA. Experiences with «rapid appraisal» in primary care: involving the public in assessing health needs, orientating staff, and educating medical students. BMJ 1999; 318: 440-444.
7. Neve H, Taylor P. Editorials: working with the community. BMJ 1995; 311: 524-525.