

FORMACIÓN

Una mirada a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad

Solicitada la acreditación a la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Para obtener el certificado acreditativo debes superar el 70% del test y realizarlo antes del 31 de julio de 2016:

[haz clic aquí para acceder al cuestionario de evaluación](#)

Para consultar dudas contactar con pacap@samfyc.es



Josep Lluís de Peray e Isabel Montaner

La redacción de este texto se ha realizado de forma colaborativa entre los autores citados y Gonçal Foz y Jaime Gofin.

CONTENIDO

1. Objetivos del módulo de formación
2. ¿Qué es la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) y en qué se diferencia de las actividades de salud comunitaria?
3. Bases conceptuales del modelo APOC
4. Bases metodológicas de la APOC
5. Desarrollo de la metodología
 - 5.1. Fase de definición y caracterización de la comunidad
 - 5.2. Fase de identificación de problemas y de priorización
 - 5.3. Fase de análisis del problema y decisión sobre las intervenciones
 - 5.4. Fase de planificación, implementación y seguimiento
 - 5.5. Fase de evaluación
 - 5.6. Fase de reexamen
6. Aspectos diferenciales: desafíos y oportunidades de la APOC
7. Aspectos controvertidos

1. OBJETIVOS DEL MÓDULO DE FORMACIÓN

Los objetivos del módulo de formación sobre APOC son:

1. Ofrecer un marco general sobre lo que es la APOC, sus orígenes, su marco conceptual, sus bases metodológicas y su desarrollo.
2. Analizar los elementos estratégicos de la APOC pertinentes en el momento actual.
3. Ofrecer referencias bibliográficas que ayuden a profundizar los diversos aspectos presentados.

2. ¿QUÉ ES LA APOC Y EN QUÉ SE DIFERENCIA DE ACTIVIDADES DE SALUD COMUNITARIA?

La APOC se define como la práctica integrada de la Atención Primaria de Salud, individual y familiar, con la salud pública cuando actúa localmente, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo¹.

Esta es la definición original de Sidney Kark, el creador del concepto, a partir de sus experiencias en Pholela (Sudáfrica) y Jerusalén (Israel). El centro de salud de Pholela (1940) se considera pionero del concepto de centro de salud comunitario y de la concepción de la Atención Primaria de Salud de Alma-Ata en 1978².

Pholela fue un proyecto piloto destinado a dar cobertura de servicios de salud a una comunidad rural sudafricana. Las primeras actividades del equipo dirigido por Kark fueron reunirse con los ancianos y los líderes tribales para explicar su proyecto. Posteriormente, realizaron un censo de población en un área geográfica cercana al centro de salud mediante una encuesta y examen de salud domiciliario que incluyó el análisis de creencias, conocimientos y prácticas en salud. Esta fue la primera experiencia de lo que se denominó «diagnóstico de salud de la comunidad» que fue seguido por acciones de educación en salud y la creación de un huerto comunitario y una cooperativa local, además de otros programas como el de atención materno-infantil y el de salud escolar. Las políticas conservadoras y el *apartheid* acabaron con esta experiencia y llevaron a Sidney Kark y a otros colaboradores a Israel, donde desarrollaron estos conceptos en la docencia y en la práctica^{3,4}.

Así pues, APOC significa que el equipo de Atención Primaria (EAP) asume la responsabilidad de la mejora de la salud de todas las personas y familias de la comunidad para la que trabaja y no solo de la atención de los pacientes que demandan asistencia. Este es su objetivo, al cual dedica también una

estrategia comunitaria de mejora continua. Esta orientación no significa que se debe medicalizar la atención a la salud o incurrir en prevención no justificada. Además, la APOC no se limita solo a las actividades de promoción y preventivas, sino también a la atención a todas las personas enfermas.

Las actividades de salud comunitaria, tal como han sido definidas por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), son aquellas de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes. Están dirigidas a promover la salud e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades⁵.

La APOC aporta una reorientación en la forma de prestar los servicios con base poblacional al dirigirlos a las principales necesidades de salud de toda la población asignada o adscrita, con su participación progresiva y en coordinación con todos los servicios implicados en la salud o en sus determinantes⁶. Se trata de un proceso continuo en el cual se integran la Atención Primaria con acciones de salud pública. Este hecho le atribuye una característica diferencial con los servicios tradicionales, orientados principalmente a la curación y tratamiento de síntomas y enfermedades. Esta orientación a la demanda se ha mostrado insuficiente para mejorar el nivel de salud de la población en su conjunto, e incluso ha resultado perjudicial cuando deriva en una excesiva medicalización.

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 por qué entrar en contradicción con las acciones de promoción de salud o desarrollo comunitario llevadas a cabo por otros servicios, sino que deben 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.

3. BASES CONCEPTUALES DEL MODELO APOC

La concepción de la Atención Primaria surgida en la segunda mitad del siglo xx, junto con la evolución y uso de la epidemiología y el desarrollo de la salud comunitaria, constituyen los fundamentos (tabla 1) sobre los que se desarrolla el concepto de la APOC. La epidemiología nos ayuda a identificar cómo actúan los determinantes sobre la salud individual, familiar y colectiva y permite evaluar el impacto de las acciones y acontecimientos relacionados con la salud.

En este contexto es esencial la respuesta a estas cinco preguntas por parte del EAP que quiera desarrollar APOC:

1. ¿Cuál es el estado de salud de la comunidad?
2. ¿Cuáles son los factores responsables de este estado de salud?
3. ¿Qué se ha hecho hasta ahora por parte de la comunidad y de los servicios de salud?
4. ¿Qué más se puede hacer y cuál será el impacto esperado de estas acciones?
5. ¿Qué medidas se requieren para dar continuidad a la vigilancia de la salud de la comunidad y para poder evaluar los cambios en su estado de salud?

Las bases conceptuales de la APOC⁷ serán entonces:

1. Establecer un modelo práctico cuyo propósito es racionalizar, organizar y sistematizar los recursos de salud existentes para hacer posible la prestación de la atención individual, familiar y comunitaria de forma inseparable.
2. Este modelo de práctica integra la práctica conjunta de la Atención Primaria, la epidemiología y las ciencias sociales y del comportamiento.
3. La APOC es un proceso continuo que se desarrolla en una población definida y de acuerdo con sus necesidades de salud. Esta idea de proceso lleva implícita la noción de cambio. Por tanto, de una integración planificada de las acciones de la Atención Primaria, de la salud pública y de otros sectores relacionados con la salud y sus determinantes.
4. Los servicios de salud que practican APOC se responsabilizan de la salud de todos los miembros de la comunidad.

Así pues, para poder desarrollar APOC deben existir unos requisitos básicos (tabla 2), que son:

1. Un servicio de Atención Primaria para la Salud con las características de accesibilidad, globalidad, continuidad, coordinación con otros servicios y responsabilidad sobre la salud de los individuos y de la comunidad⁸.
2. Interés de los profesionales de la Atención Primaria para la Salud en ampliar la práctica clínica a la atención de la comunidad.
3. Focalización de la atención sobre la comunidad en su conjunto, identificando las necesidades, planificando los servicios y evaluando los efectos de la atención prestada.

La participación de la comunidad se realiza en todas las etapas del proceso. La forma y el grado de implicación de la comunidad dependerán de las características culturales y sociales de la población, así como de las características organizativas y motivacionales del EAP, en la que el nivel de participación puede ir desde atender las informaciones hasta la dirección o gestión de los programas de APOC. En la fase de priorización será imprescindible la participación comunitaria porque habrá elementos relacionados con la valoración de los problemas o necesidades y otros con la factibilidad de las intervenciones en los que la opinión de la comunidad será decisiva. En la fase de planificación, intervención e implementación, la participación será la forma en la que se expresan buena parte de los conceptos enunciados en la Carta de Ottawa⁹ y subsiguientes sobre la promoción de la salud y la reorientación de los servicios de salud, cuando dice: «La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud...».

Tabla 1. Fundamentos de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad

Fundamentos de la APOC

- Atención Primaria
- Epidemiología a nivel local: la salud y sus determinantes
- Salud comunitaria (salud pública a nivel local)
- Promoción de la salud y de la participación comunitaria

Tabla 2. Requisitos

Requisitos para la práctica de APOC

- Un servicio de Atención Primaria universal
- La coordinación intersectorial
- El interés de los profesionales en este tipo de práctica
- El foco de orientación de los servicios se dirige al conjunto de la comunidad

4. BASES METODOLÓGICAS DE LA APOC

Los elementos fundamentales para poder desarrollar una práctica de APOC son (tabla 3): una comunidad definida, el uso complementario de las habilidades clínicas y la identificación de las necesidades de salud a nivel comunitario, el trabajo mediante programas de salud comunitaria y la participación de la comunidad en todo el proceso de desarrollo. Sin todos estos elementos difícilmente podrá decirse que se está trabajando en APOC.

Tabla 3. Bases metodológicas de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad

Bases metodológicas de la APOC

- Existencia de una comunidad definida
- Uso complementario de las habilidades clínicas y epidemiológicas
- El trabajo mediante programas de salud
- La participación comunitaria a lo largo del proceso

La definición y caracterización de la comunidad es esencial para la práctica de la APOC, de lo contrario, no podría llevarse a cabo. Es importante definirla y caracterizarla para conocer cuál es la población a la que irá dirigida nuestra intervención y para, posteriormente, medir el impacto de la misma.

La epidemiología en la APOC está basada en la comunidad como un todo. El tamaño del denominador poblacional basado en comunidades pequeñas puede limitar el uso de la epidemiología en Atención Primaria, y requiere recurrir a métodos epidemiológicos y de análisis estadísticos adecuados a poblaciones pequeñas. Es el propio servicio de Atención Primaria el que recoge los datos, los consolida y analiza para aplicar este conocimiento a través de los programas de salud comunitaria. Así pues, la epidemiología es de un uso local, específico y pragmático. En el caso de que el EAP no tenga la capacidad para este tipo de análisis, puede recurrirse a profesionales de los servicios de salud pública que actúen en el nivel local para solicitar su apoyo.

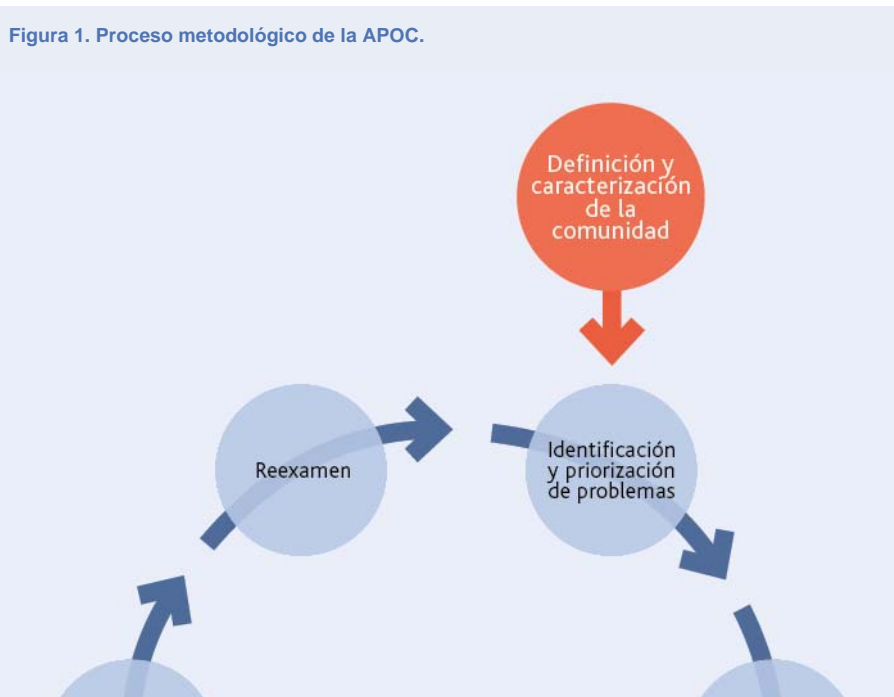
La dinámica iniciada tiene que acompañarse de la reorientación del trabajo del EAP, en la gestión del tiempo de las actividades cotidianas de los profesionales implicados, el establecimiento de un lenguaje común con la comunidad, la aceptación de nuevos liderazgos, el diálogo intersectorial, con la incorporación de culturas organizativas y metodológicas diversas procedentes de los sectores implicados, la generación de una estrategia y práctica comunicativa que facilite quebrar las habituales barreras entre el sector de salud orientado a la enfermedad y los diferentes actores, implicados a través de la movilización real de los activos en salud¹⁰ presentes, que permita mapear la comunidad e implicarla, actuando el equipo de salud como mediador del proceso¹¹.

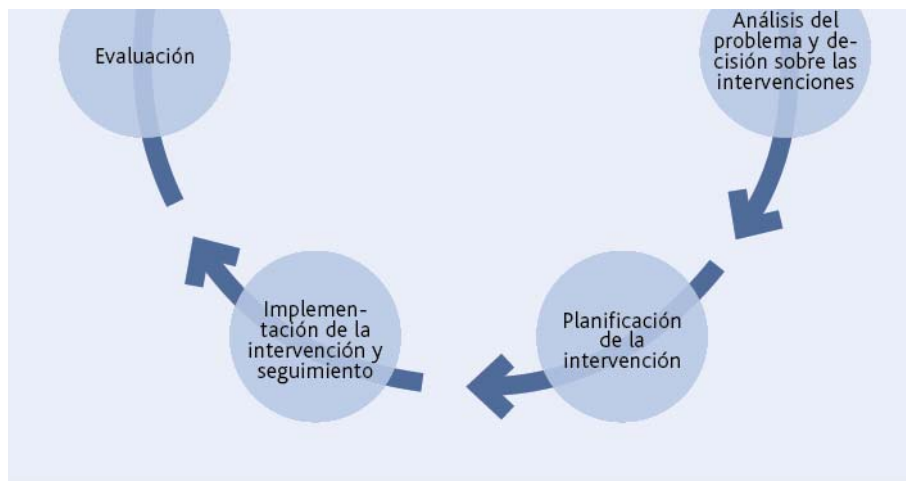
La participación de la comunidad constituye uno de los principios de la APOC que está presente en todo el proceso y, por lo tanto, no es estrictamente un paso metodológico, pero debe contemplarse su integración en el proceso de trabajo. La forma y el grado de implicación dependerán de las características de la población y del EAP. Este último debe considerarlo como fundamental, promoverlo y ajustarlo a las características específicas de la comunidad. Debe tenerse muy en cuenta que en la APOC se trabaja *con* la comunidad y no solo *en* la comunidad.

5. DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

La APOC propone una metodología práctica y experimentada que integra el método clínico, dirigido a los individuos y familias, con la estrategia poblacional.

Este método toma la forma de un proceso continuo que empieza con la definición y caracterización de la población que se va a atender y «finaliza» (en realidad, no finaliza, dado que es un proceso continuo que se retroalimenta) con la evaluación de los resultados de los servicios y los resultados en salud referidos al total de la población. Los indicadores incluirán, pues, a toda la población como denominador. Las fases del ciclo de la APOC siguen la metodología de planificación por programas de salud con algunas características específicas¹². Hay (1) una fase de definición y caracterización de la comunidad, (2) una fase de identificación y priorización de problemas, (3) una fase de análisis del problema priorizado y de decisión sobre las intervenciones y (4) una fase de planificación, implementación y seguimiento, (5) una fase de evaluación, y finalmente (6) una fase de reexamen. Estas fases se desglosan metodológicamente tal como se aprecia en la figura 1.





5.1. Fase de definición y caracterización de la comunidad

Es una manera de que el equipo de salud conozca en profundidad la comunidad con la que trabaja. Es importante entender esta etapa como un punto de partida de un proceso más amplio, en el que el objetivo prioritario es intervenir para abordar el problema o necesidad en salud más relevante.

La definición de la población implica tomar algunas decisiones, la más importante de las cuales es si la delimitación de la comunidad será geográfica, censal o administrativa. Esto es, si nuestra población son todas las personas que viven en el territorio de la zona de salud o van a ser todas las personas censadas o las asignadas al centro de salud. Después de haber tomado esta decisión, corresponde cuantificarla, listarla, localizarla y tener acceso a la misma. Esta población, o sus subgrupos, constituirán los denominadores de los indicadores de cobertura y de resultados de la intervención.

Los elementos que permiten caracterizar a esta población son básicamente los geográficos, históricos, demográficos, socioeconómicos, culturales, medioambientales y, lógicamente, los que hacen referencia al estado de salud de la población (mortalidad, morbilidad, estilos de vida, cobertura vacunal, etc.). Esto ayudará a conocer la comunidad, a identificar sus principales necesidades de salud y sus recursos y activos en salud. Esta tarea ha de ser ágil, de bajo coste, ha de utilizar información preexistente y ha de complementarse con informaciones sobre los intereses y preocupaciones de las personas que viven allí desde el punto de vista de la salud, pero también social y económico. Esta información debe ser complementada con un reconocimiento de campo. Esto significa salir, hablar con la gente, ver los problemas y sentirlos.

Los contenidos esenciales de esta fase son:

1. Las características de la población.
2. La extensión e impacto de los problemas y riesgos para la salud que presentan.
3. Los intereses y preocupaciones de la gente.
4. La disponibilidad y uso de los servicios de salud y de los servicios sociales.
5. Los activos en salud y las dinámicas existentes de protección y promoción de la salud.

A menudo se pregunta sobre cómo acceder a la información sobre la comunidad. Hay que decir que en España se han producido importantes mejoras para acceder a la información sobre los datos socioeconómicos y demográficos y en cualquier nivel de agregación territorial. Los institutos de estadística de las comunidades autónomas o la administración general del Estado proporcionan esta información con un nivel de desagregación variable. Además, cada día son más frecuentes los estudios que proveen información valiosa para los propósitos de esta etapa. También pueden ser útiles las publicaciones sobre el tema^{13, 14}. La mejora en la informatización de las historias clínicas y el tiempo de cobertura en información sobre la población atendida está generando información muy útil, siempre que se preserve lo reconocido en las leyes de protección de datos y de salud pública y centrada en mantener el anonimato de los interesados¹⁵. Se estima que en 5 años más del 90% de la población asignada a un centro de salud habrá generado al menos un registro en el sistema de historias clínicas. De ahí la importancia de disponer, en este primer contacto, de información de calidad a los efectos de una orientación comunitaria que permita que los principales problemas de salud de una persona, conocidos o sospechados, se integren a la información personal. Contando con el apoyo de un técnico de salud, es posible en corto tiempo caracterizar la información sobre una comunidad¹².

5.2. Fase de identificación de problemas y de priorización

Esta fase pretende *identificar un problema o conjunto de problemas* prioritarios para la comunidad o subgrupo de la misma. Aunque la experiencia muestra que es más eficaz el abordaje de una sola situación de salud, existen situaciones con determinantes comunes que requerirán una intervención común. Por ello, en algunos casos podrían englobarse problemas con determinantes comunes en forma de síndrome comunitario¹.

Entre los factores que hay que analizar, están los que proveen los indicadores de salud cuando empeoran o son peores que los del entorno, los datos del trabajo clínico, la valoración que hace el equipo de salud sobre la situación de salud de la comunidad y que pudieran ser considerados como problemas y las percepciones o preocupaciones de la comunidad.

La *priorización* es un proceso de esta fase que busca establecer relaciones entre los problemas identificados y que ayuda a la toma de decisiones sobre qué problema intervenir y con qué actuaciones. Los criterios que suelen considerarse en esta fase tienen que ver con la naturaleza de los problemas, por un lado, y de las intervenciones, por el otro. Puede haber problemas muy relevantes que no tengan intervenciones eficaces o factibles, o viceversa. Por este motivo, aunque en este momento se tenga solo un conocimiento parcial sobre los problemas, hay que valorar su magnitud (prevalencia o incidencia) y su gravedad (impacto en salud), así como la eficacia y factibilidad de las posibles intervenciones. Para apreciar la eficacia y la factibilidad de las

intervenciones, habrá que valorar la evidencia existente en intervenciones en salud comunitaria^{16, 17}.

Una vez completada esta fase, se podrá tomar la decisión de considerar un problema para que sea analizado en la siguiente etapa.

5.3. Fase de análisis del problema y decisión sobre las intervenciones

Esta fase se conoce también con el nombre de «diagnóstico comunitario», ya que «diagnostica» el problema antes de llevar a cabo la intervención. Es decir, se trata del estudio detallado de la distribución y determinantes del problema priorizado en la comunidad, lo que nos proporcionará la línea de base que permitirá hacer comparaciones y evaluar los cambios producidos por nuestra intervención.

Queremos señalar que esta denominación, en ocasiones, lleva a confusión, ya que en otras metodologías de trabajo «el diagnóstico comunitario» se utiliza para designar lo que equivaldría en APOC a la identificación de problemas.

El diagnóstico comunitario en APOC es:

1. Selectivo; esto es, sobre el problema priorizado.
2. Activo, ya que implica la identificación de individuos actualmente en riesgo.
3. Exhaustivo, dado que estudia en profundidad los determinantes del problema priorizado.

Esta etapa del proceso nos permitirá además:

1. Tomar la decisión de intervenir.
2. Conocer qué intervenciones son las más adecuadas y decidir por una de ellas.
3. Planificar la intervención; es decir, cómo, cuándo y en qué individuos debe incidir y cómo actuar sobre la comunidad en su conjunto con acciones de protección, promoción y prevención.

Existen en Catalunya dos experiencias publicadas sobre diagnósticos comunitarios selectivos cuya lectura puede contribuir a comprender mejor el proceso^{18,19}.

5.4. Fase de planificación, implementación y seguimiento

Una vez decidida la intervención o intervenciones que se quieren implementar, hay que planificar la fase de puesta en práctica, el seguimiento, la vigilancia epidemiológica y la evaluación. Si no se planifican de antemano, la monitorización, la vigilancia y la evaluación se hacen imposibles en la práctica.

Es conveniente estructurar las intervenciones en forma de programas de salud comunitarios que permitan abordar de forma sistemática los problemas de salud identificados como prioritarios.

El ciclo de la APOC culmina con la evaluación de los resultados de los servicios (*outputs*) y de los resultados en salud (*outcomes*). Los indicadores deberán incluir a toda la población como denominador y no solo a los consultantes.

La monitorización se refiere a los indicadores de *output*, siendo la cobertura el principal de los mismos. Obviamente, el denominador de los indicadores de cobertura es también la población diana. La vigilancia se refiere al seguimiento de los indicadores de *outcome*.

5.5. Fase de evaluación

La evaluación consiste en comparar la situación del problema antes de la intervención (línea de base) con la posterior a la implementación del programa completo. Los indicadores serán tanto de *outcome* como de *output*, y también puede contemplar otros aspectos de estructura, proceso y resultados como, en los indicadores de estructura, la disponibilidad de recursos o la formación de los profesionales y, en los indicadores de proceso, la calidad de la puesta en práctica de las intervenciones. 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. Se reconoce 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 precisará de una evaluación que se adapte también a estas circunstancias.

En cuanto a los indicadores, hay que 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.

Ofrecemos la cita de la evaluación de un programa APOC publicada y disponible en la web que puede ayudar a la comprensión de esta etapa²⁰.

5.6. Reexamen

El reexamen es la etapa que da continuidad al proceso. Después de la evaluación de las intervenciones, el reexamen hace visible cómo cambió la situación con respecto al problema priorizado, lo que permite seguir con el programa o cambiarlo y, a su vez, decidir nuevas intervenciones sobre nuevos problemas prioritarios.

Si no se trabaja con esta metodología, la Atención Primaria se convierte en pura respuesta a la demanda de atención. Por supuesto, hay grados de cumplimiento del modelo y no puede hacerse un planteamiento de todo o nada; en muchos de los centros de salud de Catalunya no se trabaja con un modelo APOC integral y, sin embargo, tampoco se trabaja únicamente con un modelo de respuesta a la demanda. No obstante, los grados de cumplimiento no deben limitar la posibilidad de la evaluación y el reexamen, sino nunca se llegará a la reorientación de servicios reclamada en la Carta de Ottawa de

Promoción de la Salud.

Si se trabaja con esta metodología, pero sin participación de la comunidad, la APOC se convierte en una tecnocracia que puede expropiar a los pacientes de su derecho a ser atendidos por sus problemas de salud en aras de una evaluación de necesidades puramente técnica realizada por profesionales.

6. ASPECTOS DIFERENCIALES: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES DE LA APOC

Un aspecto esencial de la APOC es su componente de investigación. Seguramente, es en la fase del diagnóstico comunitario selectivo, de la condición de salud priorizada, donde está más presente. Esta fase es importante porque permite tener un conocimiento exhaustivo del problema priorizado y de sus determinantes, justifica la decisión de intervenir y permite difundir los resultados y hacer comparaciones con otros estudios comunitarios. Además se constituye como línea de base sobre la que medir los cambios, y a partir de su conocimiento se estará en mejores condiciones para elegir las intervenciones más apropiadas. También incorpora la cultura de la evaluación desde el inicio, considera la evaluación como fase inseparable de la intervención que seguirá al diagnóstico y la decisión sobre intervenciones, permitiendo una continua rendición de cuentas (*accountability*) a la comunidad y a los miembros del EAP. Su planteamiento como proyecto de investigación puede permitir obtener recursos económicos o apoyo técnico para su realización, se aprovechará más la información que se disponga porque se centrará en un problema que, normalmente, ha de ser el foco de la intervención.

Otro aspecto diferencial de la APOC es la existencia de un marco metodológico que facilita la comprensión global del proceso y gestiona las diferentes fases de forma que orienta al equipo de salud y a la comunidad sobre en qué momento del desarrollo se está. A su vez, este marco es flexible y adaptable a las situaciones previas, de forma que, si se han iniciado actividades comunitarias, puedan ser evaluadas y, eventualmente, incorporadas o modificadas, dependiendo de la pertinencia de las mismas, es decir, si responden a necesidades reales de salud de la comunidad. En un contexto de servicio público, la realización de actividades que no obedezcan a problemas o necesidades de salud identificadas, reales o priorizadas por la comunidad debe ser cuestionada por la razón obvia de la justificación y eficiencia de los recursos públicos.

La intención de la APOC es el abordaje de los problemas de salud y de sus determinantes en todas sus dimensiones: individual, familiar, comunitario y en lo físico, social y mental, respondiendo de esa manera en forma comprensiva a las necesidades sentidas y a las identificadas.

La práctica de la APOC no tiene por qué entrar en contradicción con otras metodologías de trabajo comunitario que se desarrollen en el mismo territorio²¹, sino que puede complementarlas e incluso ofrecer su marco metodológico de trabajo.

Creemos además, como otros autores²², que la metodología APOC es un marco conceptual de gran utilidad en la enseñanza de los principios de la salud comunitaria y proporciona una base curricular en los programas de residencia y en las escuelas de medicina, enfermería y salud pública.

7. ASPECTOS CONTROVERTIDOS

A lo largo de los años de formación en APOC han surgido diversas opiniones sobre la metodología y queremos resaltar las más controvertidas:

«La APOC es una metodología intransigente y rígida»

Muchos de los requisitos, elementos conceptuales y principios metodológicos de la APOC ya forman parte de los servicios de Atención Primaria en España. Un EAP puede tomar la decisión de adoptar los principios de la APOC, pero la metodología que utilice debe adaptarse a las realidades locales. La experiencia derivada de la práctica de la APOC en España y, concretamente, en Catalunya muestra experiencias muy diversas y en diferentes grados de desarrollo, por lo que insistimos cada vez más en el uso de una planificación menos «normativa» y en promover también el empleo de métodos de análisis cualitativos (como en las ciencias sociales, antropología) y no tan solo cuantitativos²³.

«La práctica de la APOC es una utopía»

La realización de actividades comunitarias en los centros de salud se consideraba una utopía en los inicios de la reforma de la Atención Primaria, pero actualmente es una práctica cada vez más común. La práctica de la APOC implica una reorientación de los servicios que podría parecer difícil de alcanzar, pero es fundamental, y será la flexibilidad del EAP la que determinará su factibilidad de acuerdo con la realidad local y la que la hará posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kark SL. The practice of community-oriented primary health care. New York: Appleton-Century-Crofts; 1981.
2. OMS-PAHO. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS-UNICEF. 1978. [Internet.] Alma-Ata; 6-12 de septiembre de 1978. [Consultado el 26 de marzo de 2016.] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
3. Kark SL, Cassel J. The Pholela Health Centre: a progress report. S Afr Med J 1952;26(6):101-4, 131-6.
4. Gofin J, Foz G. La orientación comunitaria de la atención primaria: un legado del Prof. S.L. Kark (1911-1998). Aten Primaria. [Internet.] 1999, 23(2). [Consultado el 26 de marzo de 2016.] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-orientacion-comunitaria-atencion-primaria-14736>
5. Definición de actividades comunitarias. PACAP-semFYC; 1996. [Internet.] [Consultado el 29 de marzo de 2016.] Disponible en: <http://www.pacap.net/pacap/que-es-el-pacap/>
6. Foz Gil G, Gofin J, Montaner Gomis I. Atención primaria orientada a la comunidad. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
7. Gofin J, Gofin R. Salud comunitaria global: Principios, métodos y programas en el mundo. Barcelona: Ed. Elsevier; 2012.
8. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades servicios y tecnología. Barcelona: Masson, S.A.; Fundació Jordi Gol i Gurina; Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria; 2001.
9. OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1986 [Internet.] [Consultado el 31 de marzo de 2016.] Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

10. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996;11:11-8.
11. Cofiño R, Pasarín MI, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.030
12. Abramson JH. *Survey Methods in Community Medicine: Epidemiological Research, Programme Evaluation, Clinical Trials.* 5ª ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
13. Grupo APOC de la SCMFIC. Aproximación al conocimiento de la comunidad en Atención Primaria. Guía de recogida de datos para el examen preliminar de la situación de salud de una comunidad. 2ªed. Barcelona: Edide; 1996.
14. Martínez Roa C, Manchón López L, Fernández López MD, Maynar Mariño MA, González Conde G y Maynar Mariño I. Metodología para realizar un análisis de situación de salud participado. *Comunidad.* [Internet.] 2015;17(2):8. [Consultado el 28 de marzo de 2016.] Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/metodologia-para-realizar-un-analisis-de-situacion-de-salud-participado/>
15. Serrano Pérez MM. La protección de datos sanitarios. La historia clínica. Seminario de Derecho Constitucional. UCLM. 2005. [Internet.] [Consultado el 30 de marzo de 2016.] Disponible en: https://www.uclm.es/actividades0506/seminarios/proteccion_datos/pdf/datos_sanitarios.pdf
16. Guide to Community Preventive Services. USA. 2016 [Internet.] [Consultado el 28 de marzo de 2016.] Disponible en: <http://www.thecommunityguide.org/>
17. National Institute for Health and Care Excellence. Evidence search. UK. [Internet.] [Consultado el 28 de marzo de 2016.] Disponible en: <https://www.evidence.nhs.uk/>
18. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud. Edición Española. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. Disponible en : http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_1.pdf
19. Pujiula Blanch M, et al. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Aten Primaria.* [Internet.] 2003;32(2):86-91. [Consultado el 30 de marzo de 2016.] Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-caidas-ancianos-que-viven-13049171>
20. Edo Martínez A. Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010;12:53-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322010000100006&script=sci_arttext
21. Pujiula Blanch M. Resultados finales de un estudio de intervención multifactorial y comunitario para la prevención de caídas en ancianos. *Aten Primaria.* 2010;42(4):211–217. Disponible en : http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13147994&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=146&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v42n04a13147994pdf001.pdf
22. Montaner I, Roig A. El Carmel, una experiencia en salud comunitaria. *Comunidad.* [Internet.] 2006;9:8-12. [Consultado el 30 de marzo de 2016.] Disponible en: <http://www.pacap.net/pacap/numeros-anteriores/>
23. Mullan F, Epstein L. Community-Oriented Primary Care: New Relevance in a Changing World. *Am J Public Health.* 2002 Nov;92(11):1748-55.

Volver

Comunidad 2016;18(1):11

ISSN: 2339-7896 Publicación cuatrimestral

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar