

Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria

Jaime Gofin¹ y Rosa Gofin¹

En los servicios de atención primaria ocurre el primer contacto entre las personas y los trabajadores de la salud. Sin embargo, las características de estos servicios, la gama de sus actividades, sus logros y las barreras para acceder a ellos varían de un país a otro de acuerdo con el sistema de servicios de salud establecido y el contexto socioeconómico, cultural y político imperante. El interés y las acciones relacionados con la atención primaria de salud (APS) en el mundo aumentaron substancialmente a partir de la Conferencia Internacional sobre APS, celebrada en Alma-Ata en 1978. Sin embargo, las decisiones políticas adoptadas y los cambios en su organización han tenido una evolución dispar. En efecto, en respuesta a la Declaración de Alma-Ata se desarrollaron diferentes modelos de APS, los cuales generaron interrogantes en cuanto a su eficacia para mejorar el estado de salud de la comunidad.

En este artículo se analizan la experiencia acumulada en la aplicación del modelo de atención primaria orientada a la comunidad (APOC), las acciones de capacitación desarrolladas y las oportunidades y desafíos que ha generado este modelo.

LA ORIENTACIÓN COMUNITARIA

Las diferentes denominaciones que adoptan los sistemas de atención primaria, tanto en la literatura en español como en inglés, dificultan realizar un mapeo exhaustivo de los diferentes modelos de provisión de servicios de salud a nivel comunitario y crean confusión, no solo para evaluar su impacto sino también en la docencia.

La orientación comunitaria de la atención primaria está basada en los principios de la medicina comunitaria, cuyos principales elementos son la evaluación activa y detallada de las necesidades de salud de la comunidad y la respuesta a esas necesidades, considerando la comunidad en su conjunto (1).

La medicina comunitaria debe responder cinco preguntas cardinales que la identifican (2):

1. ¿Cuál es el estado de salud de la comunidad?
2. ¿Cuáles son los factores responsables de ese estado de salud?
3. ¿Qué se ha hecho por parte de la comunidad y de los servicios de salud?
4. ¿Qué se puede hacer y cuál sería el impacto esperado de esas acciones?

Palabras clave: atención primaria de salud, medicina comunitaria, capacitación.

¹ School of Public Health and Community Medicine, Hadassah and Hebrew University, Jerusalem, Israel; Department of Prevention and Community Health, School of Public Health and Health Services, George Washington University Washington, D.C, Estados Unidos. La correspondencia se debe dirigir a Jaime Gofin, Hadassah School of Public Health, POB 12272, Jerusalem 91120, Israel. Correo electrónico: jaime@md.huji.ac.il

5. ¿Qué medidas se requieren para dar continuidad a la vigilancia sanitaria de la comunidad y para evaluar los cambios en su estado de salud?

Las respuestas a estas preguntas permiten hacer una clara distinción entre la medicina comunitaria y la mera localización de los servicios de salud en la comunidad. La confusión de estos dos conceptos ha dificultado la comprensión del alcance de la medicina comunitaria.

LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

La APOC (conocida en inglés como *Community-Oriented Primary Care*, COPC) es un modelo práctico cuyo propósito es racionalizar, organizar y sistematizar los recursos sanitarios existentes mediante intervenciones que reflejan los principios contenidos en la Declaración de Alma-Ata (3–5).

El modelo de APOC surgió en la década de 1940, como una extensión de la medicina familiar, gracias al trabajo de dos médicos de familia, S. L. Kark y E. Kark, en una zona rural de Sudáfrica. Los conceptos básicos y la metodología se desarrollaron gracias a la aplicación conjunta de la epidemiología y de las ciencias sociales y del comportamiento. La aplicación de esta modalidad de APS en Sudáfrica quedó interrumpida por la política de *apartheid*, lo que resalta la relación existente entre la dimensión de justicia social de este modelo y el ambiente político en el que se aplica. Posteriormente, en el Centro de Salud Comunitaria de la Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria de Hadassah y la Universidad Hebrea de Jerusalén, en Israel, se continuó desarrollando el marco conceptual y metodológico de la APOC (6).

La APOC es un proceso continuo en el cual se implementa la atención primaria en una población determinada según sus necesidades de salud, mediante la integración planificada de las acciones de salud pública y la práctica de la atención primaria (7).

Los servicios de APOC se responsabilizan por la salud (y sus determinantes) de todos los miembros de la comunidad (8), tanto de los que utilizan sus servicios como de los que no los utilizan. Esta es la diferencia con respecto a la atención primaria tradicional orientada a la curación, que solo responde a la demanda y al tratamiento de los síntomas y las enfermedades.

Los elementos principales de la APOC

La estructura de la APOC comprende varios elementos y condiciones, como:

- a) una población definida, con base geográfica o con ciertas características comunes —como los alumnos de una escuela, los trabajadores de una fábrica o los afiliados a una clínica o centro de salud—; en todos los casos abarca a todos los miembros de la población;
- b) una clínica de APS;
- c) un equipo multidisciplinario, según los recursos disponibles;
- d) acceso libre a los servicios, sin barreras económicas, fiscales, de género, religiosas, culturales o políticas;
- e) un equipo de trabajo que conjugue habilidades clínicas, epidemiológicas y de ciencias sociales y del comportamiento;
- f) la movilización del equipo de trabajo fuera de las instalaciones de la clínica para poder evaluar directamente los determinantes físicos y sociales de la salud y los recursos microambientales y comunitarios; y
- g) la participación comunitaria (individual y colectiva) en las actividades del cuidado y mejora de la salud; el comportamiento, las actitudes y las creencias están estrechamente relacionados con las decisiones de las personas respecto a su salud.

Este enfoque hace posible que el equipo de salud conozca a los miembros de la comunidad de los que es responsable. La población cubierta constituye el denominador a partir del cual se calcularán las tasas de enfermedades y de cobertura y se realizará el monitoreo demográfico.

Para cumplir con sus objetivos, la APOC necesita compartir sus acciones con otros sectores mediante una coordinación intersectorial, ya que los servicios de salud no pueden responder por sí solos a todas las necesidades de la población.

El proceso de desarrollo de la APOC

La APOC es un proceso continuado y sistemático y cuenta con las siguientes etapas:

Definición de la comunidad. Se debe determinar la población de la que cada servicio de APS es responsable. 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. La caracterización de la estructura física, demográfica y social de la comunidad y de los servicios disponibles en ella, así como el estudio de las necesidades de salud, se deben realizar con los

datos reales existentes, ya sean cuantitativos o cualitativos. Sin embargo, uno de los desafíos en esta etapa es la ausencia de datos, su poca actualización o la falta de coincidencia con la población diana. En algunos casos se debe analizar si los datos existentes son aplicables a una comunidad determinada y si se deben extrapolar.

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. Por ejemplo, los programas basados en sistemas de información geográfica permiten representar la distribución de los pacientes y eventos en un área y conocer el grado de penetración de los servicios de salud en la población (9). La información obtenida en esta etapa se utiliza como base para el análisis de los principales problemas de salud y como insumo para la etapa siguiente.

Decisión de las prioridades. Una de las características del modelo de APOC es que en él se selecciona un problema o conjunto de problemas de salud mediante el análisis de las prioridades. Para ello se deben tomar en cuenta los siguientes elementos (10):

- la importancia relativa del problema de salud (magnitud, gravedad e impacto económico);
- la factibilidad de una intervención (recursos, conformidad con la política en salud e interés del personal sanitario);
- la eficacia prevista de la intervención (evidencia de la eficacia y factores locales relacionados con ella);
- la justificación de los costos (de acuerdo con cada problema de salud); y
- el interés de la comunidad (según los componentes anteriores).

Esta selección de prioridades se lleva a cabo mediante un sistema de puntuación acordado de antemano entre los miembros del equipo de trabajo. Para continuar con el proceso de desarrollo del modelo se seleccionan los problemas de salud que reciben la mayor puntuación. El equipo de trabajo debe analizar la forma apropiada de lograr (de acuerdo con los valores culturales locales) la integración y participación activa de la comunidad en el proceso de decisión de las prioridades.

De esta manera se puede optimizar el uso de los recursos humanos y económicos y evitar la dispersión en el estudio y el análisis de condiciones a las cuáles no se puede o no se va a dar respuesta en forma sistematizada.

Planificación del “diagnóstico comunitario”. Para determinar los problemas de salud existentes en la

comunidad se miden los determinantes físicos, biológicos, psicológicos y sociales del problema seleccionado y su distribución. Una característica del modelo APOC es que para este diagnóstico se analiza en profundidad solamente el problema de salud escogido como prioritario.

Implementación de programas de salud comunitaria. En esta etapa se toman en cuenta los elementos físicos, mentales y sociales del problema de salud seleccionado. En lo posible se deben abarcar todas las etapas de la historia natural de la enfermedad y se deben integrar las funciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Vigilancia del programa. Esta etapa comprende no solo el monitoreo de las actividades y la vigilancia demográfica para detectar cambios en la población diana, sino también el seguimiento de la evolución del estado de salud de la población durante las acciones del programa.

Evaluación del impacto y la eficacia del programa. Esta es una parte integral del servicio prestado a la población que puede realizarse mediante una revisión o un ensayo del programa (11). 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.

Análisis de la nueva situación. Mediante este “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.

ALGUNAS EXPERIENCIAS

América del Norte

En los Estados Unidos de América y Canadá se cuenta con una historia de más de 50 años en la enseñanza y aplicación del modelo de APOC. Actualmente, la enseñanza de este modelo se ha extendido a numerosas instituciones académicas de ciencias de la salud y a los programas de residencia en Medicina General (12). En la Escuela de Salud Pública de la Universidad George Washington, en Washington, D.C., se ofrece una maestría de salud pública en APOC.

El creciente interés en la enseñanza del modelo de APOC en los Estados Unidos ha traído aparejado el análisis de las dificultades encontradas en su aplicación. Algunos autores consideran que la bre-

cha existente entre la extendida enseñanza de este modelo y su aún limitada aplicación en ese país se debe a las dificultades que imponen los complejos requisitos metodológicos (13), mientras que otros lo interpretan como una consecuencia de las características organizativas de los servicios de salud estadounidenses (14).

América Latina

La orientación comunitaria de la atención sanitaria en América Latina tiene sus raíces en los cambios curriculares promovidos, entre otros, por César García (15) en la década de 1970. Esos cambios estaban relacionados con la situación de los servicios de salud y promovían cambios curriculares en la enseñanza médica —basados en métodos pedagógicos innovadores— y la reorganización del contenido de la carrera de Medicina. En 1969 se estableció en la Facultad de Medicina de la Universidad de Montevideo, Uruguay, un sistema de enseñanza basado en ciclos, que comenzaba con el “ciclo básico”, en el cual los estudiantes analizaban en grupos un problema de salud (por ejemplo, la tuberculosis) en una comunidad durante un período de 6 meses. Este problema de salud se abordaba en forma holística, en relación con los servicios de salud locales y con el apoyo y la supervisión de un equipo docente multidisciplinario del cual formaba parte uno de los autores de este artículo (JG). La interrupción de este plan de estudios en 1973 impidió valorar su efecto en el ejercicio posterior del trabajo médico. En 2005, la propuesta de reforma del sistema de salud uruguayo estaba dirigida a la orientación comunitaria del primer nivel de atención, lo que confluye con los principios de la APOC.

En 1987, Braveman y Mora (16) afirmaron que el concepto de APOC era bien conocido para los promotores de la medicina comunitaria en América Latina. Ese movimiento se asoció con los cambios introducidos en los currículos médicos como consecuencia de dos tendencias predominantes en esos años: vincular los programas de formación de profesionales con las necesidades del sistema de salud y reconocer las limitaciones de la enseñanza médica basada en el modelo curativo de la atención hospitalaria. Estos autores analizaron los procesos de cambio en la educación médica y la situación sanitaria en países de la Región que, en su momento, fueron fundamentales para el desarrollo del modelo de APOC (Costa Rica, México y Nicaragua).

En Colombia, Klevens y colaboradores (17) describieron la relación existente entre los cambios curriculares que se debían hacer en la carrera de Medicina y la consecuente introducción en la práctica del modelo de APOC. La relación entre la en-

señanza y la práctica se llevó a cabo con la capacitación en APOC de los equipos de APS de seis centros de salud (tres urbanos y tres rurales) y la participación de los estudiantes en la aplicación del modelo en esos centros. En este caso, además, los médicos clínicos fueron adscriptos a la institución académica.

El desarrollo de la APOC se evaluó mediante una escala creada con ese propósito por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (18). Los resultados mostraron la satisfacción de los estudiantes con respecto al programa, el avance en su modificación y el aumento en la participación comunitaria, aunque el efecto en las funciones de la APOC fue menor. Cambios en el sector académico y en el entorno político determinaron la interrupción de estos programas.

En un estudio exhaustivo de los sistemas integrados de salud en América Central, Barrett (19) analizó la aplicación de la APOC y de otros modelos similares. En ese análisis se destacan las dificultades encontradas para la integración de esos modelos en los sistemas de salud existentes, debido a la falta de voluntad política de los gobiernos y a los valores culturales predominantes en esos países.

Ventres y Hale (20) analizaron el proceso de desarrollo de la medicina familiar en Cuba y encontraron que ese sistema, basado en los principios de la APOC, logró mejorar los índices de salud. Se debe enfatizar que para ello fue necesario aplicar “no solo una serie de valores comunitarios, sino también métodos de gestión transparentes”. El sistema de atención primaria de Cuba se basa en la responsabilidad del equipo de medicina familiar por un número definido de familias y de las instituciones comunitarias que se encuentran en su área geográfica, así como en el mantenimiento de un sistema de información básica de salud de todos los miembros de la comunidad. Todo esto refleja los principios básicos de la APOC. Una publicación reciente resalta la presencia del modelo de APOC en el marco de la medicina familiar en Cuba (21).

En Bolivia, la introducción de un modelo de atención basado en la población y orientado a obtener cambios (22), fundamentado en los principios de la APOC, ha permitido poner en marcha programas materno-infantiles y definir y actuar según las prioridades locales de salud. Estos cambios contribuyeron a aumentar la cobertura de la atención a los niños y a disminuir la mortalidad infantil en ese país.

Un reciente y extenso estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la APS en la Región, aprobado por su Consejo Directivo en septiembre de 2005, propone la adopción de un sistema de salud basado en la atención primaria (23) y en principios que reflejan explícita-

mente el marco conceptual y metodológico de la APOC. El creciente interés en el modelo de APOC se ha reflejado en varias publicaciones recientes sobre este tema en español (24–26).

España

Al abordar la experiencia acumulada en APOC en los países hispanohablantes se debe mencionar el desarrollo que ha tenido este modelo en España (27). A partir de la realización de un taller sobre APOC en 1987, organizado por la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFyC) y dirigido por los autores de este artículo, se han realizado otros 15 talleres en los que han participado más de 400 profesionales, principalmente médicos de familia. Como resultado, la APOC ha pasado a ser un componente del programa de la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria desde 1990. En 1987, al terminar el primer taller, se creó el Grupo de Trabajo de APOC de la SCMFyC, que hoy cuenta con 12 médicos de familia y 6 técnicos en salud pública. Este Grupo de Trabajo ha mantenido una intensa actividad docente en esta región española, lo que ha contribuido a implementar el modelo en más de 23 centros de APS, de los cuáles 8 actúan como centros piloto de demostración (28).

Entre las acciones desarrolladas en la región de Cataluña que refuerzan la importancia del modelo se pueden mencionar: a) el Instituto de Estudios de la Salud de Barcelona creó en 2003 un grupo de trabajo para promover la enseñanza de la APOC en los currículos de Medicina; b) se creó la Red AUPA (Actuando Unidos para la Salud) (29), basada en 20 de los centros mencionados anteriormente, para promover la formación de personal y la aplicación de la APOC en la práctica (30); y c) se creó la Agencia de Salud Pública, de la Consejería de Salud de Cataluña, que apoyada en los principios del modelo de APOC, propone integrar los servicios de salud pública a nivel local con los equipos de APS de las áreas básicas de salud de cada territorio (31).

La experiencia acumulada en España, que comenzó con los talleres de capacitación y se afianzó con la aplicación y diseminación de la APOC en el país, se ha visto favorecida por: a) la reforma del sistema de salud, basada en políticas nacionales y regionales que promueven o facilitan la aplicación de una orientación comunitaria de la atención a nivel local; b) el desarrollo de habilidades específicas por parte de los médicos de familia para identificar las necesidades de salud y planificar las intervenciones; c) la motivación de los profesionales y del equipo de salud por seguir una orientación co-

munitaria; y d) el liderazgo desempeñado por las asociaciones de medicina familiar.

LA EFECTIVIDAD DE LA APOC

En 1988, Abramson realizó una revisión exhaustiva de la efectividad de la APOC, desde las primeras experiencias en Sudáfrica hasta su aplicación en diferentes países con diferentes tipos de servicios y programas en las décadas siguientes (32). En ella se analiza el aporte positivo de este modelo a la reducción de la mortalidad infantil, el control del crecimiento y el desarrollo infantiles, la reducción de la prevalencia y la incidencia de las enfermedades infecciosas, el aumento en la cobertura de vacunación, el control de los factores de riesgo de enfermedades crónicas y el cambio de la población a hábitos y comportamientos saludables. Más recientemente, en una serie de ocho artículos sobre la APOC publicados por la *American Journal of Public Health* en noviembre de 2002 se describe y analiza el impacto de este modelo en diferentes países y contextos.

En una experiencia llevada a cabo en el área urbana del distrito de Dallas, Texas, Estados Unidos, un grupo de profesionales de la salud y miembros de la comunidad adoptaron la APOC como sistema de salud apropiado para esa comunidad y lograron mejorar el acceso a los servicios de salud, reducir el tiempo de estadía hospitalaria de niños y adultos y alcanzar las tasas de mortalidad neonatal e infantil más bajas de ese país (33). Se observaron también mejoras en la continuidad de la atención y una mayor participación comunitaria en la dirección de los programas y la toma de decisiones sobre las prioridades de la comunidad (33).

En un contexto totalmente diferente, la aplicación de programas de APOC en Jerusalén, Israel, permitió mejorar el grado de desarrollo infantil mediante un programa de estimulación temprana, incrementó la proporción de niños con lactancia materna, redujo la prevalencia de la anemia durante el embarazo y la infancia y mejoró el estado de salud bucal de la población (34). También se redujo la tasa de tabaquismo y mejoró el grado de control de la hipertensión arterial (11, 34). La implementación del modelo de APOC en Jerusalén se vio facilitado por un importante apoyo académico.

En otra dimensión, que solo ocasionalmente se menciona al analizar el trabajo del equipo de Kark, los programas de APOC contribuyeron a aumentar el desarrollo integral de la comunidad. En este sentido, aumentó la participación y organización comunitaria, mejoró el ambiente —tanto por el saneamiento como por la organización de cooperativas— y se entrenó a los miembros de la comuni-

dad para integrarse al equipo de salud. Este desarrollo comunitario se reflejó luego en el aumento de las opciones educacionales de los miembros de la comunidad en contextos muy diferentes, como Polesia, Sudáfrica (6), y Mississippi, Estados Unidos (35). Estos resultados reflejan el efecto positivo que la APOC puede provocar en el desarrollo económico y social de una comunidad y demuestran que las intervenciones en salud pueden contribuir a reducir la pobreza.

El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, después de reiteradas reformas de los servicios de APS, promueve el desarrollo de modelos comunitarios, como el de APOC (36), aunque ese mismo proceso dinámico de reformas dificulta la aplicación sostenible de la APOC. En Sudáfrica, donde existe un apoyo político que otorga una gran prioridad a la atención primaria, el contexto socioeconómico y cultural limita la expansión del modelo de APOC (37).

En sociedades en transición que sufren el deterioro de su sistema de salud, como Rusia, la aplicación de los principios de la APOC ha permitido en una primera etapa mejorar la atención del asma y de la diabetes, aumentar la proporción de madres que brindan lactancia materna a sus hijos y reducir la prevalencia de caries dentales en la población pediátrica. Para ello han introducido cambios en los sistemas de información y el trabajo en equipo, han adaptado las guías de trabajo clínico a los recursos locales y han coordinado el trabajo con las autoridades y la comunidad (38).

CAPACITACIÓN EN APOC

Diversos autores han destacado la importancia de la enseñanza de la APOC, tanto en países industrializados, como el Reino Unido (39, 40), como en áreas rurales (41, 42) y en países en desarrollo de África (43).

Debido a las características específicas de este modelo, la enseñanza de la APOC requiere la colaboración activa de los participantes para poder adiestrarse en las diferentes etapas de su aplicación. Por ello, las metodologías más adecuadas de aprendizaje se basan en talleres (1).

Al programar la capacitación se deben tomar en cuenta los siguientes elementos:

- el propósito de la formación debe estar claro y explícito, definido por el nivel institucional en el cual se lleva a cabo la capacitación;
- los objetivos del aprendizaje deben estar dirigidos a contribuir al trabajo futuro de los participantes, por ejemplo, a aprender y aplicar los principios y métodos de APOC o a entrenarse en

la solución de las dificultades encontradas durante la implementación del sistema de APOC;

- el desarrollo activo y sistemático de la planificación debe basarse enteramente en los datos reales de la comunidad y en los servicios existentes, de manera que los participantes tengan una experiencia lo más cercana posible a la realidad;
- los cursos y talleres deben basarse en el trabajo de grupos multidisciplinarios, compuesto por participantes de diversas profesiones y con diferentes experiencias, de manera que esos grupos reflejen la composición y dinámica de los equipos de salud;
- una de las tareas específicas debe consistir en elaborar una propuesta de aplicación del programa de APOC desarrollado en el taller, tomando en cuenta no solo la factibilidad de la propuesta sino también las expectativas de las instituciones a las que pertenecen los participantes.

La experiencia derivada de los talleres realizados ha sido muy provechosa y en varios casos, las propuestas elaboradas en los talleres fueron la base de la aplicación de los programas de APOC en los servicios de los participantes. En Cataluña, España, los participantes de los talleres formaron parte de los equipos que pusieron en práctica los programas de APOC en los centros de APS de seis áreas de salud de esa región (28). En Londres, Reino Unido, la aplicación de los programas desarrollados en 11 servicios de APS durante la capacitación de médicos de familia permitió mejorar el estado de salud de la población cubierta y perfeccionar el trabajo en equipo (36). Según las evaluaciones realizadas después de 3–5 años de los talleres organizados en el marco de la Maestría Internacional de Salud Pública de Jerusalén, Israel, más de la mitad de los profesionales informaron estar utilizando componentes del modelo de APOC en su trabajo (34), mientras que médicos residentes de Medicina Familiar en la Universidad Hebrea de Jerusalén, informaron del impacto positivo que tuvo la capacitación en APOC en su desempeño profesional (44).

LA APOC Y SUS FUNCIONES DE SALUD PÚBLICA

Por el papel que desempeña en la solución de los principales problemas de salud en la comunidad en su conjunto y en cada uno de sus miembros, la APOC cumple funciones de salud pública. Entre estas funciones se encuentran la planificación de actividades preventivas de base poblacional, la promoción de la participación comunitaria en el mejoramiento de su propia salud y la coordinación intersectorial de algunas actividades de beneficio

comunitario. Con este fin, los trabajadores sanitarios dedicados a la APOC se apoyan en el conocimiento de la epidemiología y de las ciencias sociales y del comportamiento, en la organización según el principio de descentralización y en el trabajo por objetivos claros.

Además, la salud pública se beneficia de las acciones específicas de la APOC, ya que esta abarca la vigilancia demográfica y sanitaria, participa en la evaluación de los programas de acción local, el tamizaje de la población y la evaluación de intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario, y toma parte activa en la asesoría individual, familiar y comunitaria.

Sin embargo, aún es necesario lograr el acceso universal a los servicios y —con el trabajo conjunto con otros sectores de la sociedad— disminuir las desigualdades en salud. En este sentido, el modelo de APOC constituye una forma de reorganizar los servicios de salud a fin de lograr la integración de la atención médica individual con la salud pública (45, 46).

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES EN LA APLICACIÓN DE LA APOC

Las tendencias en cuanto al estado de salud de las poblaciones, junto con las reformas de los sistemas de salud, ofrecen desafíos, pero también oportunidades para la aplicación de la APOC en la Región.

Desde el punto de vista de la salud, el envejecimiento de las poblaciones, las migraciones de las zonas rurales a las urbanas y la transición epidemiológica —con la creciente incidencia de enfermedades crónicas y la emergencia y reemergencia de enfermedades infecciosas— constituyen desafíos a la capacidad de los servicios de salud de dar respuesta a las necesidades cambiantes en los niveles local, nacional y regional. Por otra parte, la reforma de los sistemas de salud —con la tensión generada entre los servicios públicos y privados—, el aumento en los costos de los servicios por el uso de tecnologías avanzadas y las demandas de los gremios de profesionales conforman una realidad, en la cual el mejoramiento de la salud de la población no siempre se considera una meta.

Los estudios llevados a cabo por la OPS sobre el papel de la APS y la Declaración sobre la Renovación de la APS aprobada por el Consejo Directivo de la Organización (23) ofrecen nuevas oportunidades para el cambio.

Muchos de los cambios propuestos en la APS coinciden con los principios de la APOC. Sin embargo, para su aplicación se requiere una mayor capacitación, no solo de los médicos, sino también de los otros profesionales relacionados con la salud.

Esto quiere decir que no se trata solamente de ubicar médicos generales y especialistas en la comunidad, sino que se requiere capacitarlos, tanto en APS como en APOC, si este es el enfoque con que se pretende abordar la APS. La capacitación requiere de servicios que utilicen y evalúen el modelo de APOC.

La práctica docente y la investigación deben ser partes integrales de los servicios de salud, si se quiere dar la jerarquía apropiada a la APS. Ambos elementos son esenciales para poder mejorar el estado de salud de la población y la formación de profesionales. Para lograr los cambios necesarios se requieren, además, políticas de salud orientadas a la comunidad, equipos de salud motivados y los recursos humanos y financieros imprescindibles.

En conclusión, en el modelo de APOC, los servicios de salud asumen la responsabilidad por la salud de una población definida, en la cual se desarrollan programas de promoción, prevención y mantenimiento de la salud, además del tratamiento de las enfermedades. De esta manera, la APOC integra la atención clínica individual y familiar con la salud pública. La APOC refleja el “espíritu de Alma-Ata” y constituye un proceso sistemático que tiene la flexibilidad suficiente para adoptar los principios y adaptar las metodologías a la realidad y a los recursos locales del equipo de salud y de la comunidad.

SYNOPSIS

Community-oriented primary care: a public health model in primary care

The community-oriented primary care (COPC) model strives to efficiently distribute, organize, and systematize existing health care resources. In addition to promoting healthy lifestyles within the community, the COPC model enables the health care team and the community to cooperate in identifying and prioritizing health issues. Together they develop and implement prevention and treatment plans for those priority areas. With COPC, the health services assume responsibility for the health of a defined population. The health services not only treat diseases but also develop programs for health promotion, protection, and maintenance. Taking this approach, COPC integrates individual and family clinical care with public health, reflecting the spirit of the International Conference on Primary Health Care held in Alma-Ata in 1978. COPC is a systematic process, with flexible principles and methodologies that can be modified to meet the specific challenges of any health care team and community. An analysis of various countries' experiences with COPC shows that applying the model appropriately can improve the general health status of the community and its members.

Key words: primary health care; community health services; community medicine; education, public health professional.

REFERENCIAS

- Gofin J. Planning the teaching of community health (COPC) in an MPH program. *Public Health Rev.* 2002;30(1-4):293-301.
- Kark SL. The practice of community-oriented primary health care. New York: Appleton-Century-Crofts; 1981.
- Susser M. Pioneering community-oriented primary care. *Bull World Health Organ.* 1999;77(5):436-8.
- Asthon J. Public health and primary care: towards a common agenda. *Public Health.* 1990;104(6):387-98.
- Gofin J, Gofin R. Community oriented primary care and primary health care. *Amer J Public Health.* 2005;95(5):757.
- Kark S, Kark E. Promoting community health: from Pholela to Jerusalem. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1999.
- King Edward's Hospital Fund for London, Department of Social Medicine of the Hebrew University, Hadassah School of Public Health and Community Medicine. Community-oriented primary care: a resource for developers. London: King's Fund; 1994.
- Last JM, ed. Dictionary of epidemiology. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
- Mullan F, Phillips RL, Kinman EL. Geographic retrofitting: a method of community definition in community-oriented primary care practices. *Fam Med.* 2004;36(6):440-6.
- Gofin J, Gofin R. Community oriented primary care (COPC): features of practice and training. *Turkish J Public Health.* 2004;2(2):92-8.
- Abramson JH, Gofin J, Hopp C, Schein M, Naveh P. The CHAD program for the control of cardiovascular risk factors in a Jerusalem community: a 24-year retrospect. *Isr J Med Sci.* 1994;30(1):108-19.
- Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: critical assessment and implications for resident education. *J Am Board Fam Pract.* 2001;14(2):141-7.
- Williams RL. Motherhood, apple pie, and COPC. *Ann Fam Med.* 2004;2(2):100-2.
- Gofin J, Gofin R. The relevance of community oriented primary care (COPC) [comentario en línea]. *Ann Fam Med.* 2004;2. Hallado en <http://www.annfammed.org/cgi/eletters/2/2/100>. Acceso el 26 de diciembre de 2006.
- García JC. La educación médica en América Latina. Washington, D.C.: OPS; 1972. (Publicación Científica 255).
- Braveman PA, Mora F. Training physicians for community-oriented primary care in Latin America: model programs in Mexico, Nicaragua, and Costa Rica. *Am J Public Health.* 1987;77(4):485-90.
- Klevens J, Valderrama C, Restrepo O, Vargas P, Casasbuenas M, Avella MM. Teaching community-oriented primary care in a traditional medical school: a two year progress report. *J Community Health.* 1992;17(4):231-45.
- Nutting PA, Connor EM. Community-oriented primary care: an examination of the US experience. *Am J Public Health.* 1986;76(3):279-81.
- Barrett B. Integrated local health systems in Central America. *Soc Sci Med.* 1996;43(1):71-82.
- Ventres W, Hale F. Community-oriented primary care: the Cuban plan. *J Am Med Assoc.* 1993;270(13):1548.
- Dresang LT, Brebrick L, Murray D, Shallue A, Sullivan-Vedder L. Family medicine in Cuba: community-oriented primary care and complementary and alternative medicine. *J Am Board Fam Pract.* 2005;18(4):297-303.
- Perry H, Robinson N, Chavez D, Taja O, Hilari C, Shanklin D, et al. Attaining health for all through community partnerships: principles of the census-based, impact-oriented (CBIO) approach to primary health care developed in Bolivia, South America. *Soc Sci Med.* 1999;48(8):1053-67.
- Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2005. Hallado en: http://www.paho.org/spanish/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_spa.pdf. Acceso el 26 de diciembre 2006.
- Kark SL, Kark E, Abramson JH, Gofin J, eds. Atención primaria orientada a la comunidad. Barcelona: Ediciones Doyma; 1994.
- 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. 5ª ed. Madrid: Elsevier España; 2003. Pp. 345-64.
- Gofin J. Atención primaria orientada a la comunidad: aplicabilidad en la medicina familiar. En: Dibarboure Icasuriaga H, Macedo JC, eds. Introducción a la medicina familiar. Montevideo: Universidad de la República; 1998. Pp. 39-58.
- Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Trabajo APOC [sitio en Internet]. Hallado en: <http://www.apoc-copc.org/home.htm>. Acceso el 26 de diciembre de 2006.
- Peray JL, Foz G, Gofin J. COPC in Spain. COPaCetic (University of New Mexico, Estados Unidos). 2001;7:4-8.
- Boelen C. Towards unity for health: challenges and opportunities for partnership in health development. A working paper. Geneva: World Health Organization; 2000.
- Segura Benedicto A. El proyecto AUPA Barceloneta. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2003. (Monografies 12).
- Dirección General de Salud Pública. La reforma de salud pública en Cataluña [sitio en Internet]. Hallado en <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/rspcaten.pdf>. Acceso el 22 de agosto de 2006.
- Abramson JH. Community-oriented primary care. Strategy, approaches, and practice: a review. *Public Health Rev.* 1988;16(1-2):35-98.
- Pickens S, Boumbulian P, Anderson RJ, Ross S, Phillips S. Community-oriented primary care in action: a Dallas story. *Am J Public Health.* 2002;92(11):1728-32.
- Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y. The Jerusalem experience: three decades of service, research, and training in community-oriented primary care. *Am J Public Health.* 2002;92(11):1717-21.
- Geiger HJ. Community-oriented primary care: a path to community development. *Am J Public Health.* 2002;92(11):1713-6.
- Gillam S, Schamroth A. The community-oriented primary care experience in the United Kingdom. *Am J Public Health.* 2002;92(11):1721-5.
- Tollman SM, Pick WM. Roots, shoots, but too little fruit: assessing the contribution of COPC in South Africa. *Am J Public Health.* 2002;92(11):1725-8.
- Rhine RL, Hertzman PA. Pursuing community-oriented primary care in a Russian closed nuclear city: the Sarov-Los Alamos Community Health Partnership. *Am J Public Health.* 2002;92(11):1740-2.
- 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(2):140-5.
- Iliffe S, Lenihan P. Promoting innovative primary care for older people in general practice using a community oriented approach. *Prim Health Care Res Dev.* 2001;2:71-9.
- Salafsky B, Glasser M, Ha J. Addressing issues of maldistribution of health care workers. *Ann Acad Med Singapore.* 2005;34(8):520-5.
- Glasser M, Holt N, Hall K, Mueller B, Norem J, Pickering J, et al. Meeting the needs of rural populations through interdisciplinary partnerships. *Fam Community Health.* 2003;26(3):230-45.
- Akukwe C. Community oriented primary care and transformation of Africa health-care system: issues, challenges and opportunities. *Afr Renaiss.* 2006;3(4):181-92.
- Gofin J, Gofin R, Knishkowsky B. Evaluation of a community oriented primary care workshop for family practice residents in Jerusalem. *Fam Med.* 1995;27(1):28-34.
- Gofin J. Task Force Integrating Medicine and Public Health. Integrating medicine and public health. The Network: Towards Unity For Health Newsletter. 2005;24(1):6-13.
- Gofin J. Four possibilities for integration of clinical individual care and public health. The Network: Towards Unity For Health Newsletter. 2005;24(2):18.

Nota especial de agradecimiento

La Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health quisiera expresar su sincero agradecimiento a tres grupos de personas que colaboraron en el proceso de selección y revisión de los trabajos que aparecen en este número especial sobre la atención primaria de salud en las Américas: 1) Dra. Sandra Land, Dr. Manuel Sotelo y Dra. María Luisa Clark, quienes colaboraron en la revisión inicial de todos los trabajos presentados para este número; 2) Dr. John H. Bryant, Dra. Heloisa Machado de Souza, Dr. Jean-Pierre Unger, Dr. Hugo Villegas y Dr. Alfredo Zurita, quienes colaboraron con la Unidad de Organización de Servicios de Salud en una selección más minuciosa de los trabajos; y 3) revisores de la Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, quienes contribuyeron con comentarios adicionales sobre estos manuscritos.

Special note of thanks

The Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health would like to express its sincere thanks to three groups of persons who helped choose and comment on the papers that are included in this Special Issue on primary health care in the Americas: (1) Dr. Sandra Land, Dr. Juan Manuel Sotelo, and Dr. María Luisa Clark, who helped in the first round of reviewing all the papers that were presented for consideration; (2) Dr. John H. Bryant, Dr. Heloisa Machado de Souza, Dr. Jean-Pierre Unger, Dr. Hugo Villegas, and Dr. Alfredo Zurita, who assisted the PAHO Health Services Organization Unit in refining the initial choices; and (3) peer reviewers for the Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, who made additional comments on the papers.
