

## **VII CURSO DE ACTUALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

### **ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)**

- *HISTORIA Y DEFINICIÓN*
- *EL PROYECTO MCGILL-OSPECON*
- *BASES, PRINCIPIOS Y METODOLOGÍA DE LA APOC*
- *DIAGNOSTICO DE COMUNIDAD*
- *ESTUDIOS DE NECESIDADES*
- *EL MODELO COMPORTAMENTAL*

*Hospital Francés –Fundación Aequus*

*19 de junio de 2003.*

## ***ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)***

### **Definición:**

Los constantes cambios que ha debido enfrentar la Atención Primaria para adaptarse al desafío de mejorar la salud colectiva, ha tenido a la participación de la comunidad como a las acciones de orientación comunitaria como ejes fundamentales para promover esos cambios.

La necesidad de establecer un fuerte lazo entre los servicios sanitarios y su medio social favorecen la indispensable legitimación social de los mismos.

Existen serios motivos, unos de carácter social y otros de carácter técnico para articular las relaciones con la comunidad en la que estamos insertos ya que aumentan la eficacia de las intervenciones sanitarias y contribuyen a alcanzar el fin último de toda organización sanitaria: elevar los niveles de salud de la población.

***La atención primaria orientada a la comunidad (APOC), es un acercamiento sistemático al cuidado de la salud, basado en principios derivados de la epidemiología, la atención primaria, promoviendo el cuidado preventivo, enfrentando los problemas prioritarios de una comunidad y brindando servicios clínicos a sus miembros.***

La APOC proporciona un marco conceptual y metodológico para racionalizar, organizar y para adaptar recursos disponibles a la entrega de los servicios médicos. Esencialmente implica el uso de la epidemiología como método para identificar los principales problemas de salud en una comunidad, planeando y ejecutando un programa con las intervenciones eficaces conocidas y evaluando el cuidado proporcionado.

Implica una coordinación de los servicios primarios, secundarios y terciarios. La coordinación sistemática y metódica son esenciales para la adecuada entrega de los cuidados, a la comunidad que la requiere.

La orientación comunitaria de la Atención Primaria implicó un cambio cualitativo esencial en los objetivos, funciones y organización de los equipos de salud. La atención individual y la comunitaria no son excluyentes sino complementarias.

El desarrollo del método epidemiológico permitió conocer cada vez con mayor precisión la historia natural de los problemas de salud, el conjunto de factores que los determina y los efectos de las distintas intervenciones sobre ellos.

La orientación comunitaria ha contribuido en forma decisiva a abrir diversas vías de investigación que han arrojado nueva luz sobre numerosos aspectos de las interrelaciones clínico epidemiológicas. Es necesario diseñar intervenciones que incidan sobre diferentes niveles, desde el medio ambiente al entorno sociocultural, y que tengan como base al conjunto de la comunidad atendida por un equipo sanitario determinado.

Conceptualmente la APOC deriva de lo que es ahora la metodología de salud pública tradicional combinado con el cuidado primario de la práctica médica. Will Pickles, médico inglés, utilizó técnicas epidemiológicas para mejorar su atención primaria en los años 20. Era el único médico de siete comunidades rurales inglesas. Supo quién se relacionó con quién y cuando los residentes y extraños viajaron entre los pueblos. En ese momento, poco se sabía sobre la enfermedad infecciosa, ni la ciencia había determinado cómo la enfermedad se extendía.

Pickles contó cuidadosamente nacimientos, fechas, situaciones y muertes a lo largo de los siete pueblos. Examinó documentos parroquiales, estudió geografía para conocer los cursos de agua y reclutó a maestras de escuela para grabar ausencias de estudiantes. Así pudo encontrar correlaciones entre las enfermedades en los distintos pueblos.

El libro de Pickles titulado “Epidemiología en la Práctica Rural” describe los elementos básicos de la APOC moderna, entre otras cosas.

Dos décadas después, medidas llevadas a cabo por el gobierno de África del Sur para abordar las necesidades de salud de la nación llevaron al desarrollo extenso de las bases conceptuales y aplicadas de la APOC.

Sydney y Emily Kark, con la creación de los Centros de la Salud de la Comunidad, en ese país, promovieron una reorientación de los servicios médicos en el nivel de comunidad a través de un acoplamiento único entre el cuidado clínico individual y la salud pública.

Después de la imposición del apartheid, los pioneros de la APOC debieron migrar a Israel e iniciaron el desarrollo adicional del acercamiento con los programas de salud de la Comunidad de Hadassah, en Jerusalén. Los métodos utilizados fueron evaluados y demostraron ser muy acertados siendo compartidos por los profesionales internacionales y de salud israelíes en un programa del Ministerio de Salud de ese país.

En 1981, ese programa entrenó a unos 1000 graduados de más de 60 países en el acercamiento de la APOC.

También a principios de los 80, en los Estados Unidos se requirió el fortalecimiento de la Atención Primaria en ese país, con particular énfasis en los desatendidos. Los resultados fueron tan satisfactorios que el Instituto de Medicina recomendó la aplicación extendida de la APOC. Dicho Instituto, en 1982 emplazó una conferencia para defender la capacitación de la APOC entre los profesionales de la salud. Esta conferencia produjo una definición operacional que incluyó tres requisitos para implementar.

1. Atención Primaria accesible, coordinada, continua y servicios de cuidado de salud responsables
2. Comunidad definida
3. Proceso que incluye los siguientes pasos:
  - a) Definición y caracterización de la comunidad,
  - b) descripción de los problemas de salud,
  - c) modificación del programa de cuidado de salud para abordar los problemas de salud prioritarios y
  - d) supervisión de la efectividad de las modificaciones implementadas.

Los dos documentos que han sintetizado las más conocidas reformas sanitarias son, la declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa. Ambos, le han dedicado a la participación comunitaria un rol crucial. No obstante hay diferencias entre ambas propuestas en lo que se refiere a la articulación de las relaciones con la comunidad. En la primera se habla de la **estimulación** de la participación comunitaria como uno de los pilares básicos de la Atención Primaria. En la Carta de Ottawa, documento que sintetiza la visión de promoción de salud y que amplía el modelo de Atención Primaria, se analiza el proceso salud/enfermedad considerando todas las herramientas de las que dispone la sociedad para la mejora de la salud.. Uno de esos instrumentos es el refuerzo de la acción social en salud. Esta es una categoría más amplia, que engloba la participación y que implica el reconocimiento de que **fuera de los servicios ya se están produciendo acciones** que inciden en la salud.

Siguiendo las recomendaciones de Alma Ata las reformas de Atención Primaria han asignado un papel importante a la participación comunitaria. De todas maneras se ha producido una confusión terminológica que ha entendido la participación comunitaria como la participación reclamada al grupo de población objeto de un programa de intervención. Por esta circunstancia es pertinente diferenciar los siguientes tres conceptos:

**Acción Social en Salud:** Es el conjunto de actividades que se producen en la sociedad y que contribuyen a mejorar la salud. Están incluidas en esta categoría las acciones llevadas a cabo por individuos, las que se realizan en el seno familiar y las que promueven otras organizaciones y que inciden en la salud de la población.

**Participación Comunitaria:** Es la parte de la acción comunitaria que se produce en relación con los servicios sanitarios. Es la parte de la acción social en salud que es regulada por los servicios a partir de los mecanismos que estos establecen y articulan Tiene un carácter formal e institucional y está vinculada a la toma de decisiones de las organizaciones sanitarias.

**Intervenciones Comunitarias:** Son las actuaciones sobre grupos de población determinados

Los tres conceptos están muy relacionados y se influyen poderosamente. Cuanto más sensibles y permeables a las necesidades comunitarias, sean los servicios sanitarios, mejor se articularán los mecanismos de participación y se estará en condiciones de lograr las mejores intervenciones y el apoyo de determinados grupos.

## **PROYECTO MCGILL-OSPECON**

### **TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)**

Este Proyecto, iniciado en 1999 y que tiene prevista su finalización el año próximo, ha tenido y sostiene como objetivo principal, asistir a OsPeCon en la respuesta a problemas fundamentales que afectan a su comunidad en el marco de la reforma de los servicios de salud del país.

El **Dr Jorge Eduardo Cacace**, líder y pionero en estrategias de APS y su abordaje a través de la Medicina Familiar en la Argentina, imaginó e impulsó fuertemente esta iniciativa desde sus comienzos, trabajando incansablemente para su concreción.

Los problemas abordados son todos de fuerte impacto en la morbilidad y mortalidad de la salud de la mujer como: embarazos no deseados en adolescentes, cáncer de cuello y de mama y violencia familiar y alcoholismo.

Su propósito es introducir el modelo de Atención Primaria Orientado a la Comunidad (APOC), en cinco de sus Cemaps: Rosario, Córdoba, Tucumán, Mendoza y Monte Grande. El cumplimiento del mismo se ha basado en la transferencia de tecnología que incluye la experiencia en la aplicación de los principios de la APOC. Conceptualmente la APOC es un acercamiento sistemático al cuidado de la salud, proporcionando cuidados multidisciplinarios continuos y coordinados a los pacientes y sus familias. Esto ha implicado la participación activa de equipos de salud, delegados gremiales y beneficiarios en el desarrollo del programa, priorizando la educación del paciente, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Las Instituciones involucradas en esta colaboración son el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de McGill, de Canadá y la Obra Social del Personal de la Construcción (OsPeCon). La Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI) financia este Proyecto, siendo este el primer Proyecto en el tema de Salud, avalado por el ACDI en el Cono Sur

Las actividades del Proyecto han sido diseñadas y organizadas para responder a los propósitos generales del mismo y a las necesidades identificadas por el socio argentino. Incluyen cuatro **Seminarios Nacionales** (ya se realizaron tres) para adiestramiento de equipos multidisciplinarios de los cinco Cemaps, **talleres locales** diseñados para transmitir los contenidos del seminario nacional a los equipos locales, **proyectos locales** diseñados

para desarrollar e implementar programas de detección, prevención e intervención apropiados y **visitas a Canadá** de miembros seleccionados de los equipos para observar la APOC en acción y adquirir destrezas de conducción adicionales.

Al final de la colaboración se espera que cada Cemaps haya completado la evaluación de las necesidades de su comunidad de trabajadores de la construcción y sus familias, desarrollado un programa de prevención en la comunidad, e implementado un programa de intervención que sea aplicable tanto en el consultorio del profesional como en la comunidad. Se iniciará entonces una **evaluación del Proyecto** que incluirá indicadores de cumplimiento cuantitativos y cualitativos.

A continuación se presenta una síntesis de las actividades desarrolladas por el Proyecto, hasta la fecha .

**\*Primer Seminario Nacional sobre Atención Primaria Orientada a la Comunidad:** mayo de 1999.

Participaron equipos multidisciplinarios de los cinco Cemaps cumpliéndose con los objetivos de: 1- Describir los principios y la metodología APOC, 2-Hacer un diagnóstico de comunidad, 3-Hacer un estudio de necesidades de su comunidad sobre los problemas relacionados a la violencia familiar, el alcoholismo y la salud de la mujer, 4-Crear una red de individuos conocedores de los principios de la APOC

**\*Visita de la Delegación de OsPeCon a la Universidad de McGill(Montreal-Canadá)** 7-19 noviembre de 1999.

Participaron de la misma ocho miembros de los equipos de Coordinación, de cada Cemaps y del Proyecto.

Se revisó y analizó la información recolectada a través de los estudios de necesidades de salud de la mujer , conducidos por cada Cemaps. Se elaboraron reportes para cada estudio, previo a la elaboración de un resumen final acerca de cada uno de los tres temas principales: cáncer cervical, cáncer de mama y embarazo no deseado en adolescentes.

Los visitantes pudieron observar los modelos de APOC presentados en el Centro de Salud de Cote des Neiges y la reserva indígena de Kahnawakee

**\*II Seminario Nacional en Salud de la Mujer:** 27 al 30 de marzo de 2000

Participaron equipos de los cinco Cemaps como asimismo participantes claves de Buenos Aires y del interior del país.

Los análisis se centraron en el estudio de las recomendaciones para la detección de cáncer de mama y útero, lineamientos generales sobre embarazo adolescente, introducción a la planificación de programas y el estudio de estrategias de intervención. Se desarrollo también un plan estratégico para el próximo año.

**\*Segunda Visita a Montreal:** 11 al 24 de noviembre de 2000.

Participaron 11 integrantes de los equipos: médicos, enfermeros, asistente social y miembros de Coordinación.

Los objetivos de la visita fueron: 1-Apreciar el modelo de APOC en terreno, 2-Análisis de los datos de cada uno de los estudios de necesidades con lo que se adquirió una mejor comprensión de la prevalencia de la salud de la mujer en sus comunidades y la visión de los principales asuntos involucrados, 3-Preparación para la próxima fase de conducción de los estudios de necesidades sobre violencia familiar y alcoholismo

**\*III Seminario Nacional sobre Violencia Familiar y Alcoholismo:** marzo de 2001.: Con la participación de equipos multidisciplinarios de los cinco Cemaps y socios canadienses y la presencia de los expertos nacionales más representativos en estos temas.

**\*Talleres Locales.**

A continuación de cada Seminario Nacional se efectuaron talleres locales en cada uno de los cinco Cemaps participantes del Proyecto, destinados a la difusión en los equipos de los contenidos aprendidos en los Seminarios. Dichos talleres empoderaron a los equipos de los principios de la APOC y sirvieron para lograr un abordaje multidisciplinario de los problemas ya mencionados participando activamente en el estudio de necesidades y en la planificación de intervenciones eficaces.

**\*Visita de expertos Canadienses**

En dos oportunidades (julio/agosto de 2000 y 2001) expertas canadienses visitaron a los Cemaps del Proyecto a los efectos de realizar un pormenorizado monitoreo y análisis de las actividades desarrolladas en terreno por cada uno de los Cemaps. Estas visitas le permitieron a nuestros socios canadienses tomar directo contacto con beneficiarios, representantes gremiales y equipos de salud de cada uno de los lugares involucrados.

**\*Ampliación del Proyecto en apoyo al Rol de la Enfermería en la APOC**

En razón de los logros alcanzados por el Proyecto, durante el año 2001 fue posible concretar la extensión del mismo con el objetivo de apoyar el rol de la enfermería en la APOC. Esto fue posible gracias a la confianza dispensada a los equipos por parte de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, que financia dicha ampliación. Los canadienses reconocieron en OsPeCon su liderazgo en la Seguridad Social en la Argentina lo que la convirtió en un referente para liderar cambios en el ámbito de la Enfermería en nuestro país.

**\*Visita a Canadá de Enfermeros de OsPeCon:**

La extensión mencionada permitió la visita a Montreal, del 12 al 22 de noviembre de 2001 de una delegación de enfermeras y auxiliares de OsPeCon, seleccionados por su capacidad de liderazgo potencial con el objeto de ahondar su conocimiento en APOC y en particular el papel de los enfermeros en este modelo.

La agenda de dos semanas incluyó Seminarios en APOC, actividades de diseminación, conocimiento del Modelo de Enfermería McGill y visita a Centros de Salud de Cote de Neiges, Montérégie y Kanhnawake para testimoniar programas orientados a prevenir la violencia familiar y el alcoholismo.

Al final de esta visita cada enfermero había desarrollado un plan de acción para diseminar lo que ellos habían aprendido dentro de su propio Cemap

#### **\*Actividades de Evaluación:**

Durante el mes de octubre de 2001 los responsables de la evaluación global del Proyecto visitaron Montreal .

El objetivo de la misma fue diseñar el armazón lógico orientado a resultados que la evaluación planea, y discutir estrategias específicas exigidas para evaluar el proceso y los resultados del Proyecto.

En el mes de diciembre de 2001 recibimos la visita de Suzanne Plourde, oficial de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, en misión de auditoría en terreno del Proyecto. Estuvo monitoreando personalmente las actividades de los equipos de Monte Grande y Tucumán.

#### **\*Actividades de los Cemaps participantes:**

El trabajo desarrollado y planificado desde 1999 ha permitido que cada uno de los equipos se involucre en el abordaje de los problemas definidos en el Proyecto: Cáncer de mama y de Cuello uterino, embarazo no deseado en adolescentes, violencia familiar y alcoholismo. La sistemática de trabajo ha permitido transitar por las etapas de:

1-**Estudios de Necesidades** (diagnóstico de la situación local)

2-**Planificación de las intervenciones** más eficaces

3-**Implementación** de esas intervenciones

4-**Evaluación y Difusión.**

#### **DIFUSIÓN:**

Si bien la difusión de los resultados del Proyecto están previstos originalmente para la etapa final del mismo, la trascendencia del trabajo realizado por los equipos motivó a los socios canadienses a difundir los estudios preliminares en **foros internacionales:**

\* Tercer Congreso de Secretarios de Salud de las Américas:Quebec-Canadá. 12 al 16 de marzo de 2000.

\* 7ma. Conferencia Internacional Canadiense de Salud. :Simposio en Tecnología de Transferencia en Atención Primaria Orientada a la Comunidad Ottawa:14 y 15 de Noviembre de 2000



\* En septiembre de 1999, nos visitó en OsPeCon, interesada en conocer los avances del Proyecto, y a los efectos de poder mencionarlos en la 9na. Conferencia de Primeras Damas de las Américas, realizado en Ottawa (29 septiembre al 1 de octubre 1999), la Representante argentina a ese foro, Embajadora Teresa Sola.

\*4to. Congreso de Secretarios Municipales de Salud de las Américas: Taller en Transferencia de Tecnología en Atención Primaria Orientada a la Comunidad-Rosario- Noviembre de 2002.

\*Tercer Foro Interamericano Subregional de Liderazgo en Salud-Buenos Aires 16 y 17 de Diciembre de 2002, invitados por ACIDI (Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional) a presentar el Proyecto McGill-OSPeCon

## LOS RESULTADOS

El desarrollo del Proyecto ha permitido hasta la fecha:

a)Nuevo conocimiento y concientización, dentro de los miembros de los Cemaps, de los problemas de salud de la mujer (cáncer de mama y de cuello uterino y embarazo no deseado en adolescentes) y en los problemas de violencia familiar y alcoholismo.

b)Nuevas habilidades en la detección de violencia familiar y alcoholismo y estrategias de rastreo para el cáncer de cuello uterino y de mama.

c)Nuevo conocimiento educativo, de prevención y estrategias de intervención para los problemas enunciados.

d)Nuevas habilidades de los miembros de los Cemaps para referir a los pacientes apropiadamente a los recursos de la Comunidad.

e)Adquisición de habilidades, por parte del equipo Coordinador, para la evaluación del Programa

f)Fortalecimiento de la relación con Canadá que permitió iniciar contactos de aproximación y colaboración entre entidades de la Salud Pública de Argentina y ese país. Ejemplo de la misma fue la visita de Luc Boileau, Director de la Salud Pública de la Planificación y la Evaluación de la Montérégie de la Provincia de Quebec, durante agosto del 2000.

**g)Colaboración y trabajo conjunto, con beneficios mutuos, entre una entidad de la Seguridad Social en la Argentina y una entidad extranjera de alto prestigio académico**

Este es el primer proyecto, en temas de Salud, que cuenta con el aval, promoción y financiación de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional en el cono Sur .

## **ELEMENTOS DE BASE DE LA APOC**

### **1-Comunidad definida**

### **2-Equipo multidisciplinario**

### **3-Proceso cíclico de la APOC**

#### **1-Comunidad definida:**

Definición y descripción de la población para quien el servicio médico toma responsabilidad. Esta comunidad definida es la población blanco para la vigilancia y el cuidado y la población del denominador para la medida del estado y de las necesidades de salud y para la evaluación del servicio.

Una comunidad podría definirse como el grupo humano, concentrado o disperso, con asentamiento fijo o migratorio y con diversas formas de organización social.

Sus integrantes comparten con distinta intensidad características socioculturales, socioeconómicas y sociopolíticas, e intereses, aspiraciones y problemas comunes.

Cada comunidad puede definirse por un territorio, su étnica, sus creencias (religiosas u otras), estilos de vida, por su situación de clientes, etc.

Los Componentes de una comunidad pueden ser Individuos, Pacientes, Familias, Instituciones (de Salud u Otras: Municipal, Policial, Escolar), Grupos de Ciudadanos, Asociaciones (de vecinos, de padres, de alumnos), Comercios o Empresas, Organismos Comunitarios (Sociales o Recreativos)

#### **2-Equipo multidisciplinario:**

Hemos de tener siempre en cuenta que el análisis de los elementos que influyen sobre el estado de salud de una comunidad demuestra que los recursos y las actuaciones sanitarias no son el único, ni a veces el principal factor determinante de aquél y que, además, la mayor parte de las competencias en materia sanitaria están fuera del ámbito del

centro de salud. Todo ello nos obliga a contar con el apoyo de otros componentes del sistema si queremos alcanzar nuestros objetivos de salud.

Diversos organismos e instituciones participan y/o tienen competencias en el campo sanitario, en la perspectiva comunitaria y actúan junto con personas con capacidad de influencia en la población (periodistas, profesores, políticos, etc.). Todas estas consideraciones nos conducen a valorar la necesidad de enfocar muchas de las actuaciones sanitarias en un contexto multisectorial, en el que los profesionales de la salud no deben pretender asumir el papel principal o protagonista.

### **3-*Proceso Cíclico de la APOC:***

El proceso de desarrollo de la APOC implica una serie de etapas, sistematizadas por Abramson en un ciclo secuencial y continuo de retroalimentación positiva.

a) Examen Preliminar: Punto de partida del proceso y en el que la finalidad esencial es la recolección de la información precisa para el análisis de la situación de salud de la comunidad y la identificación de sus principales necesidades.

Los datos a recoger en la etapa preliminar son:

- De la población

Demografía: pirámide poblacional-migraciones-tasa de crecimiento-densidad poblacional.

Económicos: renta por población activa y pasiva - tasa de desempleo - nivel de vida

Socioculturales:

Analfabetismo-educación-creencias- religión-organizaciones

- Del medio ambiente: geográfico y climático- saneamiento y contaminantes
- De recursos sanitarios: disponibilidad y organización-accesibilidad y cobertura.
- Del estado de salud: mortalidad-morbilidad-incapacidad

b) Diagnóstico Comunitario:

Permite determinar las necesidades y los tipos de intervención a realizar mediante el análisis completo de la comunidad en su conjunto y de los grupos de problemas prioritarios

c) Planificación del Programa:

Permite poner de acuerdo las prioridades establecidas con las posibilidades de actuación, con el fin de garantizar la viabilidad del programa.

d) Vigilancia del desarrollo del programa:

Es evidente la necesidad de monitorizar adecuadamente el desarrollo de las actividades propuestas en el programa para conocer y corregir las posibles desviaciones que se hayan podido introducir en los objetivos.

e) Evaluación:

Esta etapa, junto a la de reexamen, será la que marque la decisión sobre la continuidad y las modificaciones a introducir en el programa, de acuerdo con el grado de cumplimiento de los objetivos prefijados, el impacto que haya tenido sobre el estado de salud de la comunidad y el análisis comparativo con la situación de partida.

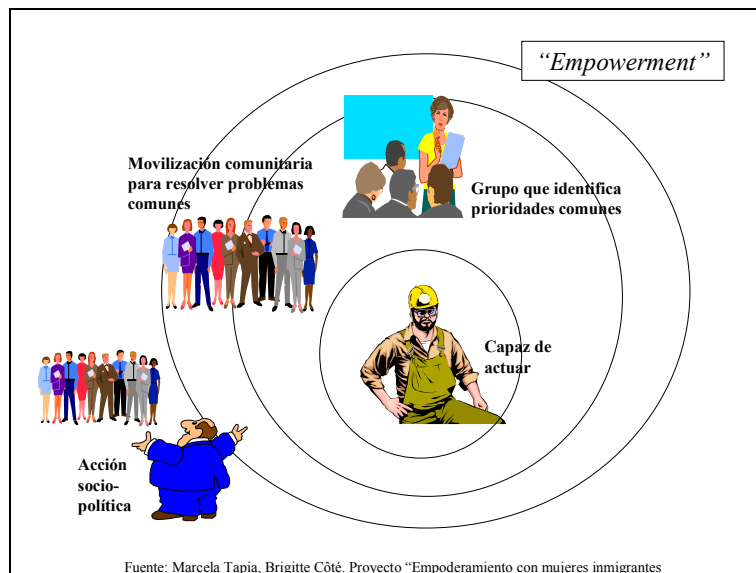
## EL CICLO APOC Y EL PARALELO CLÍNICO



**Gráfico I “CICLO APOC”**

### **PRINCIPIOS DE LA APOC**

- ❖ *Promoción de la salud, prevención, tratamiento*
- ❖ *Participación comunitaria (“empowerment”)*
- ❖ *Trabajo intersectorial*



**Gráfico 2 "Empowerment"**

## **LOS DETERMINANTES DE LA SALUD**

La salud es el resultado de múltiples factores, por lo tanto analizaremos esos factores determinantes.

Conceptualmente este enfoque adopta a la salud como punto de partida. El modelo que inspira este proceso es bastante clásico, y se dio particularmente en Canadá en el inicio de un cambio importante a nivel de la política sanitaria. Algunos lo definen como el modelo ecológico "en el marco de un sistema de salud en que el sistema de cuidados es un componente importante, pero no único".

La salud tiene variables dependientes influenciada por diferentes factores o determinantes.

- 1-Factores biológicos o endógenos
- 2-Factores ligados al entorno
- 3-Factores ligados al estilo de vida.
- 4-Factores ligados al sistema sanitario.

Muchos autores han señalado, acertadamente que la contribución de estos factores a la mejora potencial de la salud de la población, no está necesariamente relacionada con los recursos que de hecho se destinan.

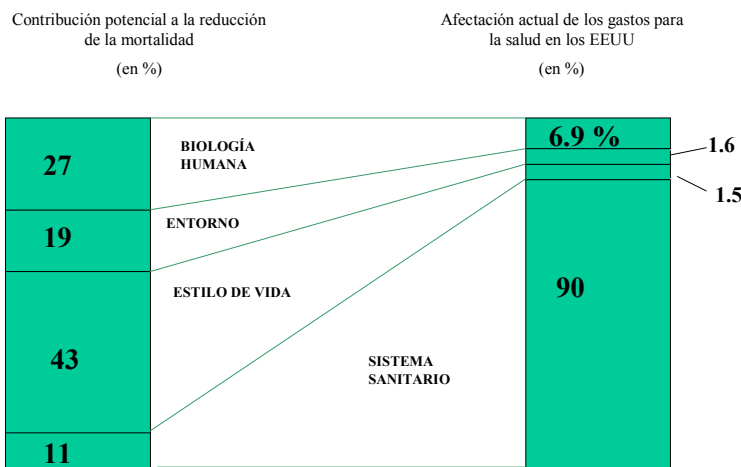
Viendo la figura que detalla los determinantes de la salud y la afectación de los recursos observamos que la columna de la izquierda muestra la contribución de cada uno de los factores. Suponiendo que el 100% de reducción de la mortalidad representa un máximo que puede ser alcanzado con los medios actualmente disponibles en EEUU. Los logros más importantes provienen de los cambios en el estilo de vida. El impacto del sistema sanitario, en un país industrializado como Estados Unidos es marginal.

En relación a la historia natural de las enfermedades, no pueden considerarse en un mismo plano los diferentes factores de producción de la salud. En efecto, el estado de salud de una

persona o de una población en un momento dado, es el resultado de la acción de diferentes factores en momentos diferentes. Los factores biológicos y ambientales y los relacionados con el estilo de vida interviene como condicionantes, probablemente en el mismo orden en el que han sido nombrados, de forma que para un mismo individuo y para una misma enfermedad el número de años que preceden a la aparición de la enfermedad varía de un factor a otro.. es preciso también, remarcar las interrelaciones posibles entre estos factores. En una consecuencia de factores determinantes, hay que distinguir la influencia posible de ciertos factores biológicos o ambientales, sobre el comportamiento.

La definición de salud debe considerar los elementos culturales y sociales que caracterizan el medio sobre el que queremos intervenir. En este sentido, el concepto es relativo y multidimensional. Además, la salud, objeto de nuestro trabajo, es una característica del individuo. Debemos distinguirla de los determinantes de la salud que están relacionados con el estilo de vida, la biología o el entorno.

### LOS DETERMINANTES DE LA SALUD



Fuente: extraldo de denver. "An epidemiological Model For Health Policy Analysis".  
 Soc. Ind. Res. 1976, vol. 2, p. 465

**Gráfico 3 "determinantes de la salud y afectación de los recursos"**

## **DIAGNOSTICO DE LA COMUNIDAD**

### **LAS PREGUNTAS DE BASE DE LA APOC**

- **¿Cuál es el estado de salud de la Comunidad?**
- **¿Cuáles son los factores responsables de esta situación?**
- **¿Qué se hace en relación a esta situación de parte de los servicios de salud y de la comunidad?**
- **¿Qué intervenciones se pueden poner en ejecución para alcanzar resultados específicos?**
- **¿Qué medidas se precisan para seguir la vigilancia sanitaria en la comunidad y evaluar los efectos de lo que se está haciendo?**

### **Diagnóstico de la situación de salud**

*Es un proceso de estudio sistemático de una comunidad, del que se obtienen como resultado una descripción valorada y proyectada de las necesidades de salud de esa comunidad, así como de los factores que la determinan o favorecen.*

Cabe preguntarse aquí, si los términos *problema* y *necesidad* son elementos sinónimos o distintos.

Términos como deficiencia, estado de enfermedad o perturbación corresponden con más propiedad a la noción de “problemas de salud”. El problema corresponde entonces a un estado de salud considerado deficiente por el individuo, por el médico o por la colectividad.. La necesidad, en cambio, expresa la desviación o la diferencia entre el estado óptimo, definido de forma normativa, y el estado actual o real . En este sentido, la necesidad representa lo que se requiere para solucionar el problema identificado..

La necesidad se mide estimando la desviación en relación a la norma. Cuanto más grande es la desviación con respecto a la norma, más importante es la necesidad de salud. Es importante saber que la existencia de necesidades puede concebirse incluso en una situación en la que no hay problemas.

Conviene aquí definir algunos tipos de necesidades:

***Necesidad Normativa:*** es la que define el experto, el profesional, el administrador.

***Necesidad sentida:*** se refiere a la percepción que tiene la gente sobre sus problemas de salud o lo que desean como servicios de salud.

***Necesidad expresada:*** equivale a la demanda de cuidados o de servicios. En efecto algunos individuos no recurren a los servicios aunque sientan una necesidad; otros no perciben que tienen una necesidad aunque la tengan; finalmente, algunos expresan esta necesidad, pero no necesariamente ven esta demanda satisfecha o por lo menos en la forma en que ellos esperaban

***Necesidad comparativa:*** se entiende así a la necesidad que un individuo o un grupo debería tener, puesto que presenta las mismas características que otro individuo o grupo en el que se ha identificado una determinada necesidad.

### ***Qué es el estudio de necesidades ?:***

La identificación de problemas de salud y la determinación de necesidades implican una evaluación de la extensión y la importancia de la diferencia existente entre el estado de salud actual y el estado de salud deseado

La primera etapa de este proceso, destinado a la identificación de problemas de salud, se hace con la ayuda de instrumentos de medida, en la segunda etapa, la determinación de las necesidades, se analiza la significación que hay que darle a la información recogida.. Esta última prepara así la etapa de determinación de las prioridades.

Los estudios de necesidades revelan la importancia de los problemas de salud y de los factores que éstos tienen asociados. También ayuda a advertir a los planificadores sobre los valores sociales, políticos de una comunidad en estudio, más concretamente sobre las barreras culturales, lingüísticas y otras que pueden reducir el impacto de los programas a implementar.

Otro elemento no menos importante de los estudios de necesidades, es que ayudan a reconocer los recursos comunitarios y a identificar posibles intervenciones.

### **Componentes del Diagnóstico de la Situación de Salud:**

- Nivel de Salud
- Factores condicionantes del Nivel de Salud
- Recursos para la Salud (Humanos, físicos, financieros)

### **Tipo de Informaciones:**

- Indicadores
- Estudio de necesidades
- Inventario
- Fuentes: censo, estadísticas, encuestas.

Indicadores:



Ya se hizo referencia, al mencionar el examen preliminar del ciclo de APOC, la recolección de información para los aspectos sociodemográficos, sanitarios, de utilización de servicios y recursos sanitarios.

Los mayores desafíos en la utilización de los indicadores pasan por la elección del denominador adecuado. Por ejemplo en el caso de una población de la seguridad social los denominadores podrían ser: los beneficiarios titulares activos, los beneficiarios que concurren a requerir asistencia médica o eventualmente todos los beneficiarios.

También hay que tener muy en cuenta que los mencionados indicadores guarden relación causal con el problema investigado, sean comparables, se pueda determinar incidencia y prevalencia

#### Etapas del estudio de necesidades:

- Establecer la pertinencia
- Determinar los fines
- Definir la población en estudio
- Elegir el tipo de indicadores
- Localizar las fuentes de información y de fondos
- Elegir el método para el estudio de necesidades
- Elaborar el protocolo
- Recoger la información
- Analizar e interpretar los resultados
- Elaborar y redactar los informes

#### Inventario de Recursos

- Definición de los objetivos
- Delimitación del territorio
- Definición del tipo de recursos a inventariar y de la información necesaria para cada uno
- Desarrollo de la lista de recursos que responden a las características requeridas
- Recolección de la información
- Análisis de los datos

#### **Fases del Diagnóstico de Salud.**

❖ Descripción y evaluación de la situación de salud

❖ Enunciado de los problemas y necesidades

Verificar la convergencia entre las informaciones

❖ Explicación de la situación de salud

- Marco teórico
- Causas
- Consecuencias
- Importancia del problema

❖ Exploración de las alternativas de intervención

Enfoque de la intervención

Nivel de prevención al cual se dirige la intervención

Población objetivo

Eficacia de la intervención

Factibilidad de la intervención

❖ Recomendaciones

### **Marco de Referencia: “El modelo comportamental”**

La identificación de los problemas y las necesidades prevalentes en una comunidad es una etapa esencial. Sin embargo, esta lista de problemas y de necesidades, así como la cantidad de datos sobre su importancia no son suficientemente indicativos en cuanto a las acciones a tomar. Su análisis permite definir mejor el problema, adelantar una hipótesis de trabajo sobre la base de las posibles causas e identificar soluciones. También permite verificar si cada uno de estos problemas es verdaderamente importante, Tanto en términos de pérdidas sanitarias que producen, como de su correspondencia con una necesidad real que percibe la comunidad.. Distinguiendo los problemas importantes de los menos importantes , el análisis facilita la preselección de ítems de entre los que serán elegidas las prioridades.

Este análisis exploratorio en esta etapa del ***diagnóstico de la situación de salud de la comunidad*** , trata de clarificar la naturaleza de los problemas, dar una definición,

circunscribir la extensión del problema, como así mismo permite identificar las posibles soluciones, los grupos de interés afectados, así como el tipo de expertos más apropiados para hacer el seguimiento del proceso. Uno de los objetivos de esta etapa es la identificación de las causas del problema. Algunos se han servido del modelo conceptual de los determinantes de la salud, a saber, la biología humana, los hábitos de vida, el entorno y la organización de los cuidados, como marco de análisis de los factores de riesgo para algunos problemas específicos (como el ca. De pulmón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Otros planificadores como Green y colaboradores han diseñado un modelo, llamado PRECEDE, que sirve para establecer el “diagnóstico comportamental”, es decir para analizar los comportamientos asociados a un problema de salud. Esto corresponde, en el modelo de determinantes de la salud, a los factores de riesgo especialmente relacionados con los hábitos de vida. Los autores de PRECEDE diferencian estas “causas comportamentales”, de las “causas no comportamentales”, relacionadas con el entorno y la tecnología. Cada comportamiento se analiza con la perspectiva de tres tipos de factores contributivos: *predisponentes, facilitadores y de refuerzo*. A título de ejemplo, tomémoslos factores que explican el tabaquismo en los adolescentes:

Los *factores que predisponen* a los jóvenes a fumar son, entre otros, su falta de conocimientos sobre los efectos fisiológicos inmediatos del tabaco, su creencia que la mayoría de los jóvenes fuman, su gusto por la emancipación.

Los factores predisponentes *preceden* al comportamiento. Incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, los valores y las percepciones que motivan a un individuo o a un grupo a actuar. Corresponden a preferencias personales del individuo o del grupo.

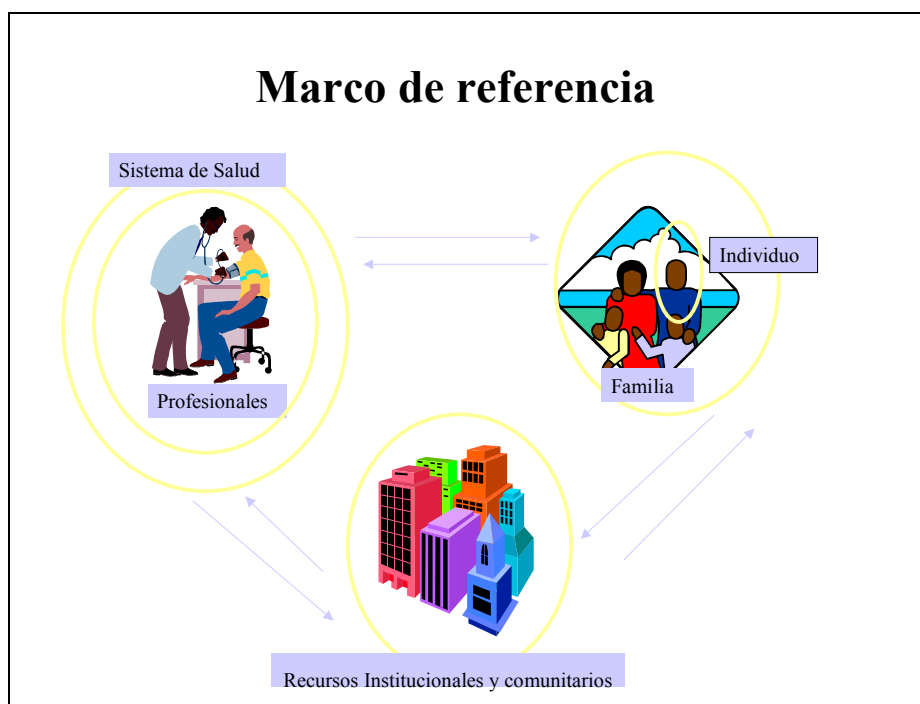
Los *factores facilitadores* también son factores que *preceden* al comportamiento. Incluyen las habilidades personales, y los recursos necesarios para llevar a cabo un comportamiento de salud. Como habilidades se refiere a la capacidad del individuo a realizar una tarea. Los recursos en cuestión son los establecimientos y los servicios de salud, el personal, el material necesario para aplicar una técnica determinada. También forman parte de esta categoría los factores relacionados con la accesibilidad, los costos, la distancia, el transporte y las horas de apertura. Siguiendo el ejemplo planteado más arriba, la accesibilidad a los puestos de venta y la no observancia de la ley respecto a la venta de cigarrillos a menores, son dos factores que facilitan el comportamiento tabáquico en esa población.

Los *factores de refuerzo* son los factores *subsiguientes* al comportamiento que sirven de recompensa o de castigo para un comportamiento dado, contribuyendo así a su persistencia o a su extinción. Incluyen tanto a los beneficios sociales como a los físicos y pueden ser tangibles o intangibles. Según sea el comportamiento en cuestión, la fuente de apoyo puede provenir de colegas, compañeros, supervisores, familiares o amigos. Este apoyo o refuerzo puede ser positivo o negativo. Así, se ha demostrado que para los jóvenes fumadores es determinante la influencia de sus compañeros.

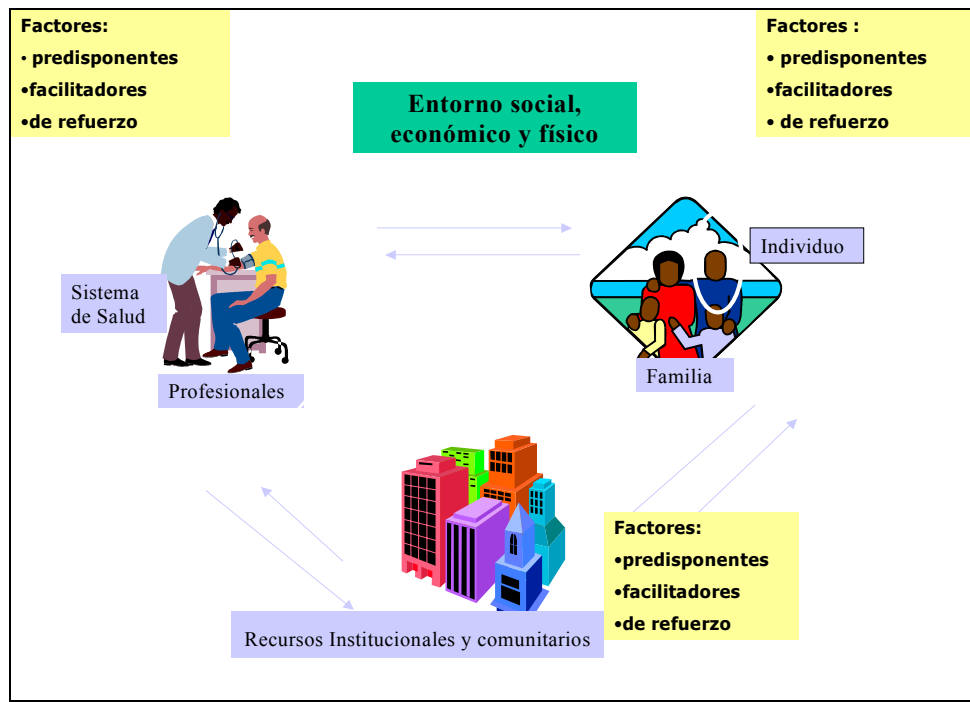
Green utiliza estos tres tipos de comportamiento para diferenciar las causas del comportamiento sanitario, establece de este modo el diagnóstico educacional de la población, objetivo de un programa de educación sanitaria. Estos mismos factores pueden

ser utilizados igualmente para el análisis de los comportamientos generales de individuos o grupos que representan elementos claves en la problemática sanitaria en estudio o más aún para la operacionalización de un programa.

La clasificación de factores de riesgo en relación a un marco de análisis, que puede ser el de los determinantes de la salud, el modelo PRECEDE, desarrollado por Green o cualquier otro modelo conceptual, da unas indicaciones claras sobre los métodos de intervención que hay que privilegiar



**Gráfico 4**



**Gráfico 5 “Entorno social, económico y físico”**

Los más grandes desafíos que se plantea la APOC tienen que ver con el necesario entendimiento de auto responsabilidad de cada uno de los integrantes de la Comunidad, en la resolución de los problemas que nos afectan.

La APOC aporta valiosas herramientas y abre una mirada diferente que nos permite enfrentar las barreras de una falta de tradición participativa, y el arraigado concepto que solamente los técnicos tienen la capacidad de resolver los problemas.

La APOC integra la atención de una determinada población con la atención a sus individuos y familias, pero fundamentalmente desarrolla programas específicos para enfrentar de manera sistemática los problemas prioritarios de una Comunidad.

**Dr Roberto Villagra**

Médico de Familia

Diplomado en Gestión de Servicios de Salud

Coordinador Médico Nacional del Proyecto McGill-OsPeCon (APOC)

FAMEDIC - Consultora en Servicios de Salud

**Bibliografía:**

**El Concepto y la Práctica de la APOC**

**Dras. Brigitte Côte, Laura Haiek, Louise Nasmith e Yvonne Steinert**

**Seminario Nacional sobre Atención Primaria Orientada a la Comunidad**

**Proyecto McGill-OsPeCon**

**Buenos Aires-Mayo de 1999.**

**Atención Primaria-Conceptos, organización y práctica clínica**

**Martín Zurro/Cano Pérez. Tercera Edición**

**Atención Primaria de Salud-Principios y Métodos**

**Compiladores: Axel Kroeger –Ronaldo Luna –OPS**

**El Cuidado Primario Orientado a la Comunidad**

**Shirley K. Longlett, Jerry E. Kruse y Robert M. Wesley**

**Departamento de Familia y Medicina de la Comunidad**

**Universidad de Illinois. Escuela de Medicina del Sur**

**La Planificación Sanitaria**

**Raynald Pineault – Carole Daveluy-Segunda Edición**