

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD DESDE LA COMUNIDAD

Capítulos 7 y 8 de: *Hernández E. Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población [tesis doctoral]*. Alicante: Universidad Miguel Hernández, 2017

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) Y DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD (DSS)**I. Formación de recursos humanos en atención integral:**

Desde 1978, en la Declaración de Alma Ata se define la importancia de la atención integral, entendida como el abordaje en salud y enfermedad desde la promoción, la educación, la prevención, el diagnóstico, la curación, la rehabilitación y la paliación, la cual debe incluir al individuo, la familia y la comunidad (1). Así mismo, se considera a los recursos humanos en salud como uno de los actores más significativos para avanzar en la resolución de los principales problemas de salud, los cuales tienen que estar en consonancia con la academia, los tomadores de decisiones, las instituciones de salud y la comunidad, para que entre todos se busque un fin común (2,3).

Es así, que diferentes referentes normativos han considerado que para garantizar esta atención integral la piedra angular debe ser la formación de recursos humanos en salud.

Como ya se mencionó, desde Alma Ata se establece que se requieren profesionales de la salud formados y multidisciplinarios para responder a las necesidades de su comunidad, los cuales deben procurar integrar los saberes científicos con los tradicionales en salud, lo cual requiere del establecimiento de un diálogo de saberes. Para este propósito Alma Ata menciona que profesional de la salud requiere como mínimo avanzar en la adquisición de competencias las cuales le permitan educar y prevenir sobre los problemas de salud más frecuentes, promover una alimentación saludable, asistir en la salud materna e infantil, y ofrecer el tratamiento adecuado para las enfermedades frecuentes (1).

También y posteriormente, los referentes de promoción de la salud, destacan que desde su quinta estrategia (Ottawa, 1986) y específicamente en su cuarta conferencia (Yakarta, 1997), el profesional de salud debe tener la capacidad de orientar los servicios de salud no solo al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino que también debe garantizar la inclusión de la promoción de la salud en la prestación de sus servicios, articulando a todos los actores y mejorando la capacidad de la comunidad y el empoderamiento del individuo (4,5,6).

Específicamente para la región de las Américas, en 2002 en su proceso de formulación de las 11 Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), se plantea que la octava función debe hacer referencia al desarrollo de recursos humanos y la capacitación en salud. Función que proyecta la necesidad de contar con recursos en salud con adecuado desarrollo y prácticas, los cuales tengan adecuada formación para responder a las necesidades de cada entorno, requiriendo que las instituciones formadoras promuevan la calidad en la formación, y que se mantenga un equilibrio entre la habilidad y distribución profesional con el objetivo de disminuir la inequidad en las zonas más

vulnerables. Para lograr esto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone que la región avance en reformas educativas que permitan mayores acercamientos interdisciplinarios y basados en la realidad (experiencias de vida), que los servicios de salud realmente estén orientados a las necesidades de la población, que los recursos humanos en salud puedan consolidar la participación social, y que se mejoren las condiciones laborales entre el profesional y las instituciones de salud. Lo que implica el desarrollo de estrategias de aprendizaje innovadoras, entre ellas el perfeccionamiento de los profesores, procesos de educación continua o aprendizaje basado en problemas (4).

Para 2005, desde los elementos de APS renovada, uno de los aspectos contemplados para alcanzar los elementos de Alma Ata y fomentar la equidad en salud mediante el abordaje de los DSS y resolver los problemas de salud actuales, hace referencia al fortalecimiento de recursos humanos en salud (7,8). Este fortalecimiento mediante la definición de un perfil y competencias específico en APS en las entidades responsables de la formación de recursos humanos en salud, para garantizar un abordaje multisectorial de estos recursos y la capacitación/sensibilización para enfrentar las necesidades de salud de cada país (9,10).

Por lo anterior, en 2013 la OPS realiza la revisión de las competencias profesionales en salud pública de Reino Unido, Estados Unidos y Canadá (tabla I), entre las cuales se destacan competencias de comunicación, liderazgo, trabajo colaborativo y de planeación en salud (11).

COMPETENCIAS EN EL MUNDO EN SALUD PÚBLICA (SP)		
Reino Unido	Estados Unidos	Canadá
Esenciales • Monitoreo y evaluación • Evidencia y efectividad de las intervenciones, programas y servicios. • Políticas y estrategias. • Liderazgo y trabajo colaborativo. Complementarias • Mejoramiento de la salud. • Protección de salud. • Inteligencia en SP • SP académica. • Salud y apoyo social.	• Evaluación y habilidades analíticas. • Desarrollo de políticas y habilidades de planeación. • Comunicación. • Competencia cultural. • Práctica en la comunidad. • Ciencias de la SP. • Planificación financiera y administración. • Liderazgo y pensamiento sistémico.	• Ciencias de la SP. • Análisis y evaluación. • Desarrollo de políticas y planificación de programas. • Asociación y colaboración. • Diversidad e inclusión. • Comunicación. • Liderazgo.

Tabla I. Competencias en el mundo en Salud Pública (SP) [Sacada y adaptada de (11)].

De esta revisión de competencias en salud pública en el mundo y del resultado de mesas de trabajo de expertos de toda la región, se logró la formulación de las competencias esenciales en salud pública para las Américas, las cuales se organizan en 6 dominios y 88 competencias centradas en el papel del profesional de la salud, las cuales deben considerar a FESP, la APS y los DSS como elementos transversales de todas las competencias (gráfica 1) (11). Las competencias esenciales en salud pública son llamadas así por su relación y coherencia con las 11 FESP definidas en 2002, las cuales se pueden resumir en: 1. Análisis de la situación en salud, 2. Vigilancia epidemiológica, 3. Promoción de la Salud, 4. Participación Social, 5. Políticas de Salud, 6. Regulación en Salud, 7. Acceso equitativo a los servicios de salud, 8. Recursos Humanos en salud, 9. Calidad en Salud, 10. Investigación en salud, y 11. Emergencias y desastres (4).

Comparativamente, este proceso de revisión y definición de las competencias esenciales en salud pública del 2013 para las Américas tiene elementos similares con las competencias definidas en salud pública para España en 2016, las cuales se organizan principalmente en competencias que permitan valorar las necesidades de salud de la población y competencias que permitan desarrollar políticas de salud (12).



Gráfica 1. Competencias Esenciales en Salud Pública para las Américas (APS: Atención Primaria en Salud, FESP: Funciones Esenciales de Salud Pública, DSS: Determinantes Sociales en Salud) [Sacada y adaptada de (11)].

Posteriormente en esa misma línea, en 2014 según los elementos de Acceso y Cobertura universal en salud para las Américas se reconoce la necesidad de considerar a los recursos humanos como uno de los pilares fundamentales para avanzar hacia el acceso y la cobertura, recomendando para la región fortalecer la formación y distribución de los profesionales de la salud para responder a los desafíos en salud y enfrentar el déficit de profesionales de la región (13,14,15). En otras palabras, se requieren profesionales de la salud disponibles, suficientes, idóneos, competentes y comprometidos para el trabajo en red (16,17).

Así mismo, Colombia también ha definido la importancia del tema desde su marco normativo. Iniciando en 2007 con su Ley de Talento Humano en Salud en donde define al talento humano en salud como aquel personal que realiza funciones de promoción, educación e información en salud, como también a todo el personal que realiza prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. En esta misma norma, se define el adecuado desempeño y ética del actuar del personal de salud, y también los lineamientos generales de formación de talento humano (18).

Normas posteriores del país, resaltan la necesidad de avanzar hacia la formación integral del talento humano. Por ejemplo, en la Ley 1438 de 2011 se recomienda que para alcanzar un modelo de APS para Colombia se requiere de talento humano en salud multidisciplinario, motivado y cualificado, en armonía con elementos de interculturalidad, participación comunitaria, acciones intersectoriales, con cultura de autocuidado, con orientación individual, familiar y comunitaria, con atención integral, integrada y continua, y en constante formación. Como también en la Ley 1751 del 2015 y en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) de 2016, se recomienda el fortalecimiento del recurso humano en salud, el cual tenga la capacidad de garantizar la integralidad en la atención, con un enfoque comunitario, familiar e individual, con un enfoque de derechos y bajo los principios de APS y los DSS (19,20,21).

Por otro lado, la formación de los médicos y otros profesionales de la salud debe basarse en las necesidades propias de su sistema de salud. En Colombia, en la década de los 70, la formación de los médicos se basaba en los elementos del modelo flexneriano, en donde las competencias del profesional se centraban en conocimientos sobre alteraciones funcionales y estructurales. Pero hoy, consecuencia de los cambios del sistema, se reconoce el papel de formar médicos con las competencias idóneas para enfrentar el perfil epidemiológico del país, para esto no solo debe enfocarse en elementos fisiopatológicos, sino también considerar la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), el papel que juega el entorno del paciente y la integración de procesos basados en APS (22).

Ciertamente, en la enseñanza de recursos humanos en salud sobre promoción de la salud y educación en salud se ven dos modelos, el tradicional y el crítico. El tradicional se ha centrado en la transferencia de conocimiento y experiencias sobre promoción de la salud y educación en salud, en donde la importancia de la enseñanza se basa en la cantidad de contenidos. En contraparte, el modelo crítico emerge en Latino América, basado en la comunicación, en donde el diálogo y entendimiento de las necesidades de la población permite mejorar la sensibilidad en el futuro profesional, siendo este un agente de cambio. La importancia de propuestas educativas exitosas se ha basado en la reflexión, crítica, y acercamiento a los procesos de salud y enfermedad de los individuos (23).

Así mismo, en la adquisición de competencias interprofesionales en APS, la comunicación es uno de los elementos que el profesional de la salud debe desarrollar, para el trabajo con otros profesionales de la salud y de otras profesiones, pero también para tener un mayor acercamiento a las personas, sus familias y las comunidades (24).

Justamente, la enseñanza crítica permite fortalecer el trabajo en equipo, la comunicación, y el liderazgo en los profesionales de la salud, para que sean coparticipes de los procesos de salud y enfermedad en sus territorios y la posibilidad de trabajar interdisciplinariamente (23, 24, 25).

Como también en España en 2009, en donde el Foro Catalán de Atención Primaria resaltó la importancia del mejoramiento de competencias en APS en los profesionales, las cuales les permitieran realizar un mejor abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico de las principales enfermedades, como también el fortalecimiento de principios y valores basados en la “equidad, la justicia social, el acceso universal, la acción multisectorial, la descentralización y la participación de la comunidad”, requiriendo para esto competencias de liderazgo y trabajo en equipos multidisciplinarios (9).

En síntesis, para avanzar en la renovación de la APS y resolver los problemas de salud de las comunidades se necesitan profesionales capacitados en conocimientos y habilidades muy específicos en APS. Las competencias consideradas más idóneas para la APS que se recomienda son: Características específicas de la APS (enfoque integral, trabajo en equipo, y coordinación entre niveles), competencias clínicas (buen trato al paciente, atención centrada en el individuo y la familia, atención preventiva, curativa, rehabilitadora y cuidados paliativos, seguimiento compartido, emergencias, y atención domiciliaria), comunicación (entre profesionales, profesionales de salud e individuos, comunidad, y resolución de conflictos), gestión del conocimiento (uso de sistemas de información, internet, y análisis crítico de la evidencia), salud pública y promoción de la salud (conocimientos en epidemiología, enfermedades de vigilancia epidemiológica, y hábitos y estilos de vida saludables), gestión (funciones administrativas y gerenciales, liderazgo, negociación, calidad, planificación y evaluación, y gestión clínica) (26).

2. Diálogo de saberes/intercultural en salud:

En la formación de los profesionales de la salud la oportunidad de tener exposición a escenarios comunitarios, mediante metodologías participativas y problematizadoras sobre situaciones reales, permite generar un mayor vínculo y sensibilización sobre la situación de las personas (27,28,29). Por consiguiente, diversos autores consideran necesaria la inclusión de competencias comunicativas e interculturales en su proceso de formación, ya que la educación y la comunicación entre el profesional de la salud y distintos tipos comunidad, son elementos fundamentales para generar este vínculo y sensibilización con la realidad (30,31).

Ahora bien, los elementos descritos en la estrategia de APS recomiendan el reconocimiento de los conocimientos tradicionales y populares y el respeto de la diversidad cultural como parte de la atención integral y el abordaje a los problemas de las comunidades (1,32).

Es en donde el diálogo de saberes o diálogo intercultural se presenta como una metodología que permite reconocer las representaciones sociales y prácticas de una población sobre su proceso de salud y enfermedad, siendo el punto de enlace entre la medicina tradicional y la medicina moderna (33,34).

El diálogo de saberes se basa en la comunicación, ya que mediante la conversación entre diferentes actores médicos convencionales y actores sociales se puede hacer la reconstrucción o representación de las distintas prácticas sociales de la población, propiciando el entendimiento mutuo entre las partes, pero respetando las diferentes perspectivas y sin imponer una postura dominante (34,35).

En salud, el diálogo de saberes es útil, ya que además de considerar los elementos de APS, facilita el entendimiento de las prácticas culturales en salud y enfermedad de una comunidad, y también permite generar la apertura de espacios con participación efectiva de grupos interesados en promover su salud y mantenerse saludables (36,35,37).

Por último, el dialogo de saberes hace parte de la metodología de Investigación-Acción Participativa (IAP), como un elemento que facilita el acercamiento a distintos actores para la identificación de los problemas de su territorio y la formulación alternativas de mejoramiento (33,38,39).

3. El papel de la APS y los DSS en los Recursos Humanos en Salud (RHS)

Los profesionales de la salud, pero principalmente los médicos, deben reconocer la complejidad e integralidad del proceso de salud y enfermedad, la salud pública, la promoción de la salud, los determinantes de la salud y los DSS, y la APS para el reconocimiento y abordaje de los problemas de salud de la población (40). Sin embargo, el abordaje holístico de la salud no puede ser implementado si los profesionales de la salud no trabajan con otros sectores y actores, debido que hay responsabilidad compartida en temas como el tabaquismo, la inactividad física, el consumo de alcohol, la malnutrición, la pobreza, el manejo de las basuras, la contaminación ambiental, entre otros (41).

Por lo cual, las alternativas pedagógicas para promover la APS y los DSS se deben centrar en acercamientos críticos y reflexivos de la realidad, con una enseñanza-aprendizaje basados en la experiencia y en la comunidad, como también mediante un acercamiento basado en competencias (23).

Dentro de las estrategias didácticas que se pueden usar para mejorar la reflexión y la crítica en los profesionales de la salud están las historias de vida (comprensión e integración de la teoría con la realidad), la escritura reflexiva (resolución de casos, entendimiento de situaciones, planteamiento de hipótesis para resolver problemas y necesidades, y reflexión sobre los aprendizajes del proceso), y el uso de Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) que en salud se conoce como E-health (uso de las TICs para educar a los profesionales y a los pacientes) (23).

Se destaca que la formación en APS no debe estar limitada a los médicos, integrando a diferentes profesionales de la salud y de otras profesiones (42,43,44) y para avanzar en el abordaje de la equidad en salud y de los DSS estas dimensiones deben incluirse desde programas de pregrado y extenderse postgrado, fomentando la formación en escenarios de práctica en comunidades desfavorecidas y vulnerables (45,46).

Aunque con esa orientación, los médicos desempeñan un papel relevante para la superación de los retos del siglo XXI, por ese motivo la responsabilidad social de las facultades de medicina ha sido discutida en los últimos años, definiendo por parte de la OMS en 1995 a esta responsabilidad social como “la obligación de dirigir la educación, investigación y actividades de servicio hacia la priorización de los problemas de salud de la comunidad, región o nacionales”, y de esta manera propiciar una formación con calidad, equidad, relevancia y efectividad para prestar mejores servicios de salud, reducir la inequidad, definir mejor el rol del profesional de la salud y reconocer el impacto de este profesional en la salud de las personas. Lo cual llevó en 2010 a que 130 instituciones formadoras de recursos humanos y generadoras de políticas de formación en salud de todo el mundo, a realizar el “Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools”, consenso que consideró que las facultades de medicina deben ajustarse para que den respuesta a las necesidades de salud actuales y futuras, reorienten sus prioridades educativas, las investigativas y la de los servicios para responder a esas necesidades, refuercen su gobernanza y articulación con otros agentes sociales interesados, y usen la evaluación y acreditación basada en su desempeño (performance) y en los resultados (outcomes) (47,48).

Para finalizar, en Colombia dentro de sus políticas de salud, en el MIAS (2016) se menciona la importancia de formar a los recursos humanos en salud y la actualización de los planes de estudios, como también en la Ley estatutaria en salud (2015) se considera que la salud en Colombia debe ser un derecho fundamental que promueva la atención integral y que sea abordada desde los DSS. Lo anterior refuerza la relevancia para el país en trabajar en el desarrollo y fortalecimiento de competencias profesionales en APS y DSS, desde el abordaje de la comunidad y la formación de recursos humanos sensibles y capaces para resolver los principales problemas y necesidades del país (20,21). Sumado esto al desafío actual de la paz en Colombia, en donde los profesionales y las instituciones formadoras deben adaptar sus competencias profesionales al postconflicto, para ser un puente entre las comunidades vulnerables por el efecto de la guerra y el sistema de salud, y ser capaces de abordar nuevos desafíos, para así garantizar una paz estable y duradera y contribuir con la equidad en salud en el país, como por ejemplo nuevos desafíos en temas de salud mental o salud infantil entre otros (49,50,51).

ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD (APOC)

I. Definición de APOC:

Diversos autores consideran que la APS puede estar soportada por una fuerte base comunitaria en donde mediante su participación activa puedan avanzar en la resolución de sus propias necesidades en salud, denominando a este enfoque como Atención Primaria en Salud Orientada a la Comunidad (APOC). Entendiendo a la APOC como el enfoque que debe responder sobre el estado de salud de y desde la comunidad, considerando sus determinantes, su contexto, las posibilidades de intervención y la importancia de dar continuidad y sostenibilidad a las acciones en salud propias de cada comunidad (52,53).

La APOC nace en Reino Unido en los 30s (Pickles) y en Sudáfrica en los 40s (Kark), como un modelo con el propósito de orientar los servicios de atención primaria a la comunidad y así mejorar la salud de la misma, esto mediante la identificación de sus necesidades y la definición conjunta de sus prioridades en salud, para poder así generar acciones enfocadas para satisfacerlas, contando con la participación activa de la comunidad y la coordinación de todos los actores (trabajo intersectorial) (54,55,56,57).

En la actualidad se considera a la APOC como parte de la APS integral, ya que se constituye como un modelo de atención primaria con una base comunitaria y con acciones dirigidas a modificar los determinantes sociales, que a su vez considera los principios mínimos definidos en la Declaración de Alma Ata (54,52). Además de que la APOC se encarga de la salud de los miembros de toda una comunidad y no de solo aquellos que usan los servicios de salud enfocándose principalmente en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud mediante la integración de la atención primaria con la salud pública (52,58).

Este enfoque hacía la comunidad hace parte de los elementos fundamentales de la APS, siendo conocido por algunos autores como salud comunitaria. Considerando la salud comunitaria como uno de los pocos puntos de confluencia e interacción entre la APS y la salud pública, ya que permite avanzar desde la práctica en la salud de los individuos y la salud colectiva en un entorno comunitario, contemplando la influencia que tienen los determinantes de la salud para esa población y mediante la intervención de múltiples actores, entre ellos el Estado, los profesionales de la salud, y las instituciones de salud por lo menos. Por lo cual, la estrategia de APOC sería el abordaje que permitiría garantizar la salud desde la comunidad (59,60,61).

Dentro de este enfoque en donde la comunidad es el eje de proceso, la literatura establece que los Agentes Comunitarios en Salud (ACS) son un actor fundamental para desarrollar acciones operativas de APS y específicamente de la APOC, ya que ellos son quienes fomentan el trabajo en equipo con los equipos de salud de familia, lo que permite articular acciones operativas en común, adecuar acciones orientadas a resolver las necesidades de la comunidad, y generar una mayor aproximación entre el equipo y a la comunidad (62). Por ejemplo, un estudio determinó que dentro de las principales fortalezas de los ACS en el trabajo en comunidad son el fuerte vínculo con la comunidad, y la resolución de problemas de la comunidad (63).

Es precisamente que un enfoque multidisciplinar en APS y la consideración del contexto, son lo que permiten abordar los determinantes sociales en salud de una población (64,65), como también el fomento de la participación social y comunitaria en la comunidad, son lo que posibilita el trabajo en la solución de los problemas de salud, mediante intervenciones intersectoriales, acciones comunitarias y prácticas individuales. Por lo cual, se recomienda incrementar la influencia de la comunidad en las áreas de planificación y ejecución de sus programas de salud (66,67).

2. Proceso de APOC:

Los referentes teóricos de la APOC establecen que el enfoque requiere de elementos operativos en su proceso, proponiendo el desarrollo de un proceso. La implementación de la APOC depende de la aplicación de un ciclo de trabajo con unas etapas específicas. Dichas etapas se pueden iniciar de manera aislada o en conjunto. Sin embargo, la recomendación es seguir un orden sistemático para facilitar el trabajo (68).

En este proceso sistemático las etapas mínimas propuestas para una estrategia de APOC son: definición y caracterización de la comunidad, el diagnóstico comunitario, priorización de problemas, planificación de la intervención, vigilancia y evaluación de la intervención y análisis de la nueva situación (tabla 2) (52,68). Adicionalmente, a los componentes ya mencionados, también se recomiendan elementos de soporte, para implementar y gestionar el proceso, entre ellos: Grado de colaboración comunitaria, relación con el sistema de salud, y fuentes de financiamiento (69).

ELEMENTOS MÍNIMOS PARA IMPLEMENTAR PROCESOS DE APOC

1. Definición y caracterización de la comunidad: Elementos necesarios para conocer a la comunidad y hacer un análisis de la situación de salud.

a. Definición de comunidad: Delimitación de la población a intervenir.

b. Información necesaria: Conocimiento de la situación de la comunidad, mediante la exploración de aspectos demográficos, sociales o epidemiológicos.

2. Diagnóstico comunitario: Diagnóstico definitivo con las condiciones, situaciones, problemas y necesidades en salud de la comunidad.

ELEMENTOS MÍNIMOS PARA IMPLEMENTAR PROCESOS DE APOC

3. Priorización de problemas: Discusión, concertación y selección de los problemas comunitarios que serán intervenidos y objeto de asignación de recursos.

4. Planificación de la intervención: Formulación e implementación de un plan de trabajo para intervenir los problemas priorizados.

5. Vigilancia y evaluación de la intervención: Monitorización y seguimiento permanente de la intervención, y evaluación al finalizar la intervención.

6. Análisis de la nueva situación: Reflexión de los aciertos y oportunidades de mejoramiento de la intervención realizada, para así considerar iniciar de nuevo el ciclo o el paso a seguir.

Tabla 2. Elementos mínimos para implementar proceso de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) [Sacada y adaptada de (52,68)].

Por otra parte, el proceso de APOC está estrechamente relacionado con elementos de la investigación, debido a que la APOC se enfoca en la información de la comunidad a intervenir, los resultados encontrados, la evaluación de los logros del proceso y la apropiación del proceso en la misma comunidad. Además, la investigación se constituye la base de la acción del mismo modelo para llevar a cabo la continua retroalimentación que se requiere (58).

Encontrando elementos comunes del proceso de APOC en la metodología de investigación conocida como IAP (tabla 2), ya que la IAP busca solucionar los problemas identificados de una comunidad y permite fomentar la participación de la comunidad, los cuales son elementos fundamentales de la APS (70,71).

La IAP es un método de investigación cualitativa que combina diversas técnicas tanto cuantitativas como cualitativas, entre las cuales se destacan la observación participante, las entrevistas o las técnicas grupales, buscando principalmente involucrar la participación de los actores en el proceso de investigación (72,73).

La IAP busca cambiar una situación en la comunidad mediante el conocimiento y la actuación, iniciando con un diagnóstico participativo (para conocer la realidad, problemas y necesidades de la población), y así realizar una intervención participativa (planificación y ejecución de acciones colectivas) para solucionar sus problemas y reflexionar sobre el proceso y lecciones aprendidas (70).

Al mismo tiempo, para garantizar el enfoque multidisciplinar de la APS, la metodología de IAP permite a los miembros de la comunidad apropiarse de la investigación y reflejarse críticamente en los ciclos del proceso y en el trabajo interdisciplinario en APS, apartándose del estilo de atención centrada en el hospital (74).

En el proceso de la APOC los profesionales de la salud juegan un rol fundamental, por lo cual para cumplir con sus principios de han definido unos roles especificados por profesión (tabla 3) (58).

ROLES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN APOC

Médico:

- **Funciones clásicas:** Educación, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- **Enfoque psicosocial:** Determinantes sociales y diálogo de saberes.
- Participación individual y colectiva, y autoresponsabilidad en salud.

Enfermera:

- Integrar y coordinar el equipo de APS.

Trabajador Social:

- Establecer contacto con la comunidad.
- Identificación y enlace con los líderes comunitarios.
- Liderar la coordinación intersectorial.

Otros profesionales de la salud:

- **Todos:** Formación en salud pública, educación en salud y orientación social y cultural.
- Articulación y reconocimiento de su rol.
- Fomentar abordaje intersectorial y la participación comunitaria.

Tabla 3. Roles de los profesionales de la salud en un modelo basado en Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) [Sacada y adaptada de (58)].

3. Importancia del abordaje comunitario

Desde la concepción de la APS en 1978 y de la promoción de la salud en 1986, se ha destacado el papel de la participación de la comunidad para avanzar en la salud de los individuos y comunidades, y así las personas puedan tener un mayor control e influencia sobre las decisiones que afectan su salud (5,1). Incluso en 2014 el tema de la participación comunitaria se considera vigente para cumplir con los elementos de Acceso y Cobertura Universal en Salud para la región de las Américas (13).

En otras palabras, la participación de la comunidad se ha concebido como un ejercicio que reconoce el derecho de participación de las personas sobre su salud, en donde la comunidad es uno de los actores más importantes que deben articularse para resolver los problemas y necesidades en salud de una población (2,3,75).

Al mismo tiempo, las comunidades urbanas marginales, así como las rurales afrontan complejas problemáticas que de una u otra manera afectan la salud y cuya solución requiere propuestas audaces de proyectos, planes de mejoramiento comunitarios que convoquen a los líderes de estos grupos y les permitan ser coparticipes y protagonistas de las soluciones posibles. La APS y con ella los planes de mejoramiento comunitarios participativos son uno de los caminos para atender los determinantes sociales en salud de las poblaciones (52,76,77).

De ahí que se han documentado experiencias de participación comunitaria, las cuales van desde la planificación, implementación y evaluación de acciones de salud pública y atención primaria, en donde se resalta el papel de la comunidad en la identificación de necesidades y problemas de salud, la coordinación de acciones conjuntas para problemas de salud específicos y el potencial de trabajo con otros sectores (acción intersectorial) (75,78,79).

4. Experiencias en APOC

Alrededor de todo el mundo, varios países han puesto en marcha modelos basados en APOC para de esta manera lograr satisfacer aquellas necesidades en salud desde la comunidad (52).

La primera experiencia de APOC está documentada en Sudáfrica en los años 40s, la cual se enfocó en mejorar el saneamiento básico y el estado nutricional desde la comunidad, logrando disminuir la mortalidad infantil, la sífilis y la incidencia de infecciones de tejidos blandos como el impétigo en los niños (57,80).

Posteriores experiencias hasta la actualidad han demostrado los beneficios de la APOC. Por ejemplo, en Dallas (Estados Unidos) se adoptó un modelo de APOC en la prestación de servicios de salud, logrando mejorar el acceso a los servicios, reducir el tiempo de estancia hospitalaria y disminuir las tasas de mortalidad neonatal e infantil, además de lograr mayor participación de la comunidad en la dirección de programas y la toma de decisiones sobre temas primordiales de la comunidad (69).

En Jerusalén (Israel) la implementación durante 30 años de varios programas basados en el modelo de APOC permitieron reducir la tasa de tabaquismo, mejorar el control de la hipertensión arterial, aumentar el número de niños que recibían leche materna y reducir la incidencia de anemia durante el embarazo (81,82).

Otras experiencias en APOC también han demostrado utilidad en el control de la enfermedad cardiovascular y la diabetes (83), alimentación saludable en niños (84), o en la reducción de las cifras tensionales, mejoramiento de pruebas de tamizaje o seguimiento de grupos de adultos mayores (85).

También se han documentado experiencias en la formación de recursos humanos en salud, en las cuales el modelo de APOC ha sido usado en la formación de médicos familiares, pediatras, médicos generales o enfermeras. Este modelo ha sido útil para mejorar el acercamiento a la comunidad, la necesidad de explorar otros espacios de práctica, trabajar en equipos interdisciplinarios, hacer alianzas, incentivar el liderazgo, identificar un complemento a los servicios hospitalarios, representar nuevas alternativas de investigación, fomentar nuevas metodologías y mejorar la sensibilidad del profesional de la salud para conocer a profundidad su comunidad y resolver los problemas reales de la población (70,86,87,88,89,90,91,92).

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata: World Health Organization (WHO); 1978.
2. Bolduc N, Grand P. Towards Unity for Health: Lessons for Health Development in Canada. Education for Health. 2007; 20(1).
3. World Health Organization (WHO). Towards Unity for Health: Challenges and opportunities for partnership in health development. A working paper. Geneva: World Health Organization (WHO); 2000.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Salud Pública de las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, DC: OPS; 2002.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. [Online].; 1986 [cited 2015 05 15. Available from: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>.
6. World Health Organization (WHO). Milestones in health promotion: Statements from global conferences. [Online].; 2009 [cited 2016 05 15. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf?ua=1>.
7. Macinko J, Montenegro H, Nebot C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2007; 21(2/3): p. 73/84.
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). [Online].; 2007 [cited 2016 04 15. Available from: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf.
9. Somocurcio J. La atención primaria de la salud. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2013; 30(2): p. 171-2.
10. Giraldo A, Vélez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Atención Primaria. 2013; 45(7): p. 384-92.
11. Suárez C, Godue C, García J, Magaña L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2013; 34(1): p. 47-53.
12. Davó M, Vives C, Barrio J, Porta M, Benavides F, Gil A. Competencias y contenidos comunes de salud pública del Grado en Medicina en las universidades españolas. Gaceta Sanitaria. 2016; 30(2): p. 97-103.
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington.; 2014. Report No.: CD53/5, Rev. 2.
14. De Bartoli S. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y la contribución de las Redes Internacionales de Enfermería. Rev. Larino-Am. Enfermagem. 2014; 22(6): p. 891-2.

15. Gispert E, Castell-Florit P, Lozano A. Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. *Rev Cubana Salud Pública*. 2016; 42(2): p. 337-41.
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud*. Washington; 2009. Report No.: CD49/16 (Esp.).
17. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, DC; 2010. Report No.: 4.
18. Congreso de Colombia. Ley 1164. [Online].; 2007 [cited 01 12 2016. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438. [Online]. Bogotá; 2011 [cited 2015 06 01. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1751. [Online]. Bogotá; 2015 [cited 2015 06 01. Available from: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf.
21. Ministerio de Salud y Protección Social. *Política de Atención Integral en Salud: "Un sistema de salud al servicio de la gente"*. [Online].; 2016 [cited 2016 02 20. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
22. Ospina J, Manrique F, Martínez A. La formación de médicos generales según los requerimientos del sistema general de seguridad social en salud en Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2012; 40(2): p. 124-6.
23. Díaz P. Theoretical conceptions on the theory on health education: systematic review. *Invest Educ Enferm*. 2012; 30(3): p. 378-89.
24. Naípe M, Estopiñán M, Martínez J. La comunicación en el primer nivel de atención de salud. *Rev.Med.Electrón*. 2016; 38(2): p. 261-9.
25. Pérez R, Fajardo A, Navarrete G, Avendaño C. Interdisciplinary Pedagogical Experience for Health Human Resources Focused on the Holistic Promotion of Health and the Prevention of the Disease. *Rev. Cienc. Salud*. 2006; 4(2): p. 82-92.
26. Nebot A, Rosales C, Borrell R. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26(2): p. 176-83.
27. Medeiros C, Alves M, Medeiros A, Reis M, Silva L, Tertulino M. Educational opportunities for reflective practice. *Rev. Gaúch. Odontol*. 2015; 63(4): p. 418-25.
28. Souza K, Goldschmidt I, Bornstein V, Acioli S. Práticas pedagógicas de Educação Popular em Saúde e a formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface comun*. 2015; 18(supl. 2): p. 1513-22.

29. Miccas F, Batista S. Permanent education in health: a review. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(1): p. 170-85.
30. Rodríguez N, Leal E, Menéndez M, Bermúdez E, Pérez B, Fernández J. La internacionalización de la cultura: contribución a la formación integral de profesionales de la salud. *Edumecentro*. 2015; 7(1): p. 76-88.
31. Betancourt J, Green A, Carrillo E. Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches. [Online].; 2002 [cited 2016 03 15. Available from: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/betancourt_culturalcompetence_576.pdf.
32. Duque M. Cultura y Salud: Elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2007; 9(2): p. 123-38.
33. Jácome M, Bayona E. Diálogo de saberes: Medicina tradicional y medicina occidental moderna. *Revista de Investigaciones UNAD*. 2010; 9(2): p. 125-32.
34. Espinosa L, Ysunza A. Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *CIENCIA ergo sum*. 2009; 16(3): p. 293-301.
35. Restrepo D. La salud pública como escenario para el diálogo de saberes. *Revista CES Salud Pública*. 2012; 3(1): p. 1-3.
36. Frenk J, Gómez O. ¿Atención a la salud o la enfermedad? *Salud pública Méx*. 2016; 58(1): p. 84-8b.
37. Antaiza N, Rodríguez S, Guerrero N, Portela H. Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2012; 37: p. 180-211.
38. Salas M. Diálogo de Saberes. In *Los Sabores y las Voces de la Tierra: Visualizando la Soberanía Alimentaria en los Andes*. London: International Institute for Environment and Development (IIED); 2012. p. 135-86.
39. Merçon J, Camou A, Nuñez C, Escalona M. ¿Diálogo de saberes? La investigación acción participativa más allá de lo que sabemos. *Decisio*. 2014;; p. 29-33.
40. López E. Hacia una nueva salud pública en Latinoamérica. *Atención Primaria*. 2005; 36(6): p. 336-8.
41. Lalonde M. New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 12(3): p. 149-52.
42. Castrillón M. Pensando en la formación de futuros profesionales de enfermería en América Latina. *Invest. educ. enferm*. 2008; 26(2): p. 114-21.
43. Emmerick I, Chaves L, Marin N, Luiza V. Strengthening the capacity of managers in pharmaceutical services based on Primary Health Care (PHC) at different levels of the health system. *Hum Resour Health*. 2014; 12: p. 34.
44. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. [Online].; 2008 [cited 2014 12 01. Available from: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf.

45. Hernández I, Santaolaya M, Campos P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria. 2012; 26(Supplement 1): p. 6-13.
46. Farrer L, Marinetti C, Cavaco Y, Costonqs C. Advocacy for health equity: a synthesis review. Milbank Q. 2015; 93(2): p. 392-437.
47. Global Consensus on Social Accountability of Medical Schools. Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina. [Online].; 2011 [cited 2016 12 01. Available from: <http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2011/06/11-06-03-SPANISH-pdf-style.pdf>.
48. Centeno A, del Rio A. El tiempo de la responsabilidad social de las Escuelas de Medicina. Revista de Docencia Universitaria. 2012; 10(Número especial): p. 269-75.
50. Insuasty A, Borja E. El papel de la comunidad universitaria en el pos-acuerdo o pos-conflicto en Colombia. Agora U.S.B. 2016; 16(2): p. 373-6.
51. Urrego Z, Escobar F. Investigación en salud para la paz de Colombia: ¿estudiar la noviolencia o la violencia? Rev Fac Med Univ Nac Colomb. 2015; 63(3): p. 351-3.
52. Gofin J, Gofin R. Community-oriented primary care: a public health model in primary care. Rev Panam Salud Publica. 2007; 21(2/3): p. 177-85.
53. Gofin J. Planning the teaching of community health (COPC) in an MPH program. Public Health Rev. 2002; 30: p. 293-301.
54. Labonté R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Packer C, Laplante D, et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2009; 8(16): p. 14-29.
55. Kark S, Kark E. Promoting Community Health: From Pholela to Jerusalem. Johannesburg, South Africa. Witwatersrand University Press. 1999.
56. Kark S, Kark E, Abramson J, Gofin J. Atención primaria orientada a la comunidad. Barcelona: Ediciones Doyma; 1994.
57. Longlett E, J K, Wesley R. Community-Oriented Primary Care: Historical Perspective. J Am Board Fam Pract. 2001; 14: p. 54-63.
58. Foz G, Gofin J, Montaner G. Atención primaria orientada a la comunidad. In Martin Zurro A, Cano P. Atención primaria, conceptos organización y práctica clínica. quinta ed. España: Elsevier; 2003. p. 345-364.
59. Pasarín M, Forcada C, Montaner I, De Peray J, Gofin J. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010; 24(Supl 1): p. 23-7.
60. Pimentel J, Correal C. Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. Salud Uninorte. 2015; 31(2): p. 415-23.

61. Goodman R, Bunnell R, Posner S. What is “community health”? Examining the meaning of an evolving field in public health. *Preventive Medicine*. 2014; 67(2014): p. S58-61.
62. Namie K, Martins S. Cooperative interventions and the interaction of Community Health Agents within the Family Health team. *Rev. esc. enferm USP*. 2012; 26(3): p. 662-9.
63. Ferrari LCI, Falleiros D. The community health agent (acs) and the community: perceptions regarding the acs work. *Cien. cuid. Saude*. 2010; 9(2): p. 228-37.
64. Baum F, D L, Freeman T, Lawless A, Labonté R, Jolley G. The potential for multi-disciplinary primary health care services to take action on the social determinants of health: actions and constraints. *BMC Public Health*. 2013; 13: p. 460.
65. Dookie S, Singh S. Primary health services at district level in South Africa: a critique of the primary health care approach. *BMC Fam Pract*. 2012; 13: p. 67.
66. Davidson P, MacIntosh J, McCormack D, Morrison E. Primary health care: a framework for policy development. *Holist Nurs Pract*. 2002; 16(4): p. 65-74.
67. Romeo D. Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2007; 23(3).
68. Gofin J, Montaner I, Foz Gil G. Metodología de la atención primaria a orientada a la comunidad (APOC). Elementos para su práctica. *Revista clínica electrónica de atención primaria*. 2003.
69. Pickens S, Boumbulian P, Anderson R, Ross S, Phillips S. Community-oriented primary care in action: a Dallas story. *Am J Public Health*. 2002; 92(11): p. 1728-32.
70. Gavilán J, Jiménez L, Olivero F. Docencia e investigación en atención primaria orientada a la comunidad: la experiencia de dos residentes españoles en Argentina. *Atención Primaria*. 2006; 37(9): p. 514-6.
71. Rodríguez L. Investigación participativa: metodología para la atención primaria de la salud mental comunitaria. *Psicología y Salud*. 2004; 14(2): p. 287-94.
72. Montero M. Hacer para transformar: El método de la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós; 2006.
73. Iñiguez L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*. 1999; 23(8).
74. Hills M, Mullet J, Carroll S. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(2/3): p. 125-35.
75. Restrepo O, Vega R. Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud - APS. Bogotá: para la muestra un botón. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2009; 8(16): p. 153-64.
76. Frohlich K, Potvin L. Transcending the known in public health practice. The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health*. 2008; 98(2): p. 216-21.

77. Bhuyan K. Health promotion through self-care and community participation: elements of a proposed programme in the developing countries. *BMC Public Health*. 2014;; p. 4-11.
78. Hernández M, Bueno W, Cantillo A, Caro N, Castro V, Escaf M, et al. Percepciones, conocimientos y actitudes de diferentes organizaciones basadas en la fe frente a su participación en la formulación del plan de Salud Territorial del distrito de Barranquilla (Colombia); 2015. *Salud Uninorte*. 2015; 31(2): p. 403-14.
79. Sosa I, Rodríguez A, Álvarez A, Bonet M. Intersectorialidad y participación en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones de salud en Cuba. *MEDISAN*. 2013; 17(4): p. 651.
80. Susser M. Pioneering community-oriented primary care. *Bulletin of the World Health Organization*. 1999; 77(5): p. 436-38.
81. Abramson J, 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): p. 108-19.
82. 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): p. 1717-21.
83. Plescia M, Groblewski M. A Community-Oriented Primary Care Demonstration Project: Refining Interventions for Cardiovascular Disease and Diabetes. *Ann Fam Med*. 2004; 2: p. 103-9.
84. Hernández E, Severiche D, Romero D, López M, Espitia V, Rodríguez M. Promoción de alimentación saludable en hogares comunitarios infantiles del municipio de Sopó bajo la estrategia de atención primaria en salud. *Salud Uninorte*. 2015; 31(3): p. 514-24.
85. Gavagan T. A Systematic Review of COPC: Evidence for Effectiveness. *Journal of Health Care for Poor and Underserved*. 2008; 19(2008): p. 963-80.
86. Longlett S, Phillips D, Wesley R. Prevalence of Community-oriented Primary Care Knowledge, Training, and Practice. *Fam Med*. 2002; 34(3): p. 183-9.
87. Longlett S, Kruse J, Wesley R. Community-Oriented Primary Care: Critical Assessment and Implications for Resident Education. *J Am Board Fam Med*. 2001; 14(2).
88. Dobbie A, Kelly P, Sylvia E, Freeman J. Evaluating Family Medicine Residency COPC Programs: Meeting the Challenge. *Fam Med*. 2006; 38(6): p. 399-407.
89. Goffin J, Foz G. Training and Application of Community-oriented Primary Care (COPC) Through Family Medicine in Catalonia, Spain. *Fam Med*. 2008; 40(3): p. 196-202.
90. Chen C, Lichtenstein C, Northrip K, Horn I. Community-oriented Primary Care: An Often Overlooked Option for Community Pediatrics Practice and Training. *Pediatric Annals*. 2010; 39(2): p. 100-5.
91. Muldoon L, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Russell GSM. Community orientation in primary care practices: Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study. *Can Fam Physician*. 2010; 56: p. 676-83.
92. Sloan E, Groves S. A Community-Oriented Primary Care Nursing Model in an International Setting that Emphasizes Partnerships. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2005; 17(2): p. 47-50.