

Las relaciones APOC – PACAP

El grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFiC), fue invitado a participar en el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) desde el principio de su constitución. Esta invitación fue acogida por el grupo como el reconocimiento a un trabajo realizado durante años, también como un reto y, porque no decirlo, como un riesgo.

En efecto el Grupo APOC de la SCMFiC, ha estado trabajando desde 1986 en el estudio, la promoción, docencia y práctica de determinada manera de implementar la Salud Comunitaria desde la Atención Primaria de Salud (APS).

Llevados de la necesidad de tratar de responder de forma sistemática a las preguntas básicas de los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención que formuló Kark¹, esto es: 1) ¿Cuál es el estado de salud de la comunidad en la que trabajamos?, 2) ¿Cuáles son los factores responsables de este estado de salud?, 3) ¿Qué están haciendo los servicios de salud, la comunidad y otras instancias presentes en ella, en relación con el estado de salud?, 4) ¿Qué más se puede hacer, que se propone hacer y cuáles son los resultados esperados? y 5) ¿Qué medidas hay que desarrollar para continuar la vigilancia del estado de salud y evaluar lo que se hace?, el grupo inició un trabajo sistemático que ya dura más de 14 años.

Así pues, el grupo empezó a trabajar en el conocimiento de la metodología de APOC, esto es, en la implementación de un ciclo de trabajo de planificación y de gestión de programas de salud comunitarios dirigidos a una condición de salud prioritaria que se había seleccionado tras un proceso de análisis de la situación de salud basada en información disponible tanto cuantitativa como cualitativamente. Este programa de salud incluye las acciones de vigilancia y evaluación.

Todo el diseño del programa está fundamentado en un diagnóstico comunitario, un estudio epidemiológico exhaustivo y selectivo, de un problema de salud prioritario se convierte en el fundamento de una intervención de salud, pues permite identificar los determinantes del problema, definir la mejor estrategia y ser la línea de base para la evaluación.

Este proceso implica a la comunidad a través de la invitación a una participación sin restricciones. Precisa por parte del equipo de salud unos requisitos mínimos para llevar a cabo un proceso de esta naturaleza como son garantizar las condiciones de la APS: accesibilidad, globalidad, longitudinalidad y coordinación; los profesionales deben tener interés y estar motivados por la orientación comunitaria y, finalmente una focalización sobre la comunidad como un todo o sobre sus subgrupos.

Todo este desarrollo conceptual y metodológicos, que es acompañado de la implementación práctica en los lugares que es posible, normalmente los

puestos de trabajo de los miembros del grupo hasta allí donde es posible lograrlo, desembocó en la organización de cursos-talleres de APOC con la dirección y el apoyo del Dr. Jaime Gofin de la Universidad Hebrea de Jerusalén. De este modo, el grupo ha llegado a constituirse en un referente para la docencia en salud comunitaria desde la APS.

Esta vinculación con la Universidad Hebrea de Jerusalén nos permitía y nos permite mantener un conocimiento de lo que APOC significa y realiza en el mundo a través de un mantenimiento de una base bibliográfica sobre la misma y el conocimiento de experiencias reales. También de una participación real en la reflexión sobre su evolución futura.

Desde esta visión el grupo ha pretendido básicamente el desarrollo de una metodología de trabajo en APOC a la vez que un instrumento docente, el curso-taller. Se trata de aproximar este conocimiento a la realidad más próxima e inmediata: aprender haciendo a través del trabajo de una situación real con datos reales.

Así, los métodos de trabajo han primado sobre la ideología, por otra parte obvia, que puede subyacer en una orientación comunitaria. Nos interesaba más el desarrollo de los instrumentos de una dimensión natural de la APS, la responsabilidad de la extensión de la atención a la comunidad, que el discurso que justifica esta intervención ya que nos parece evidente.

Sin querer, hemos notado como grupo, la crítica por adolecer de este componente. Pero honestamente no creemos que se trate de un aspecto negligible al que no prestamos atención. Sólo que lo vemos tan obvio que lo damos por supuesto y nos concentramos más en los instrumentos.

Otro elemento que hemos percibido también como crítica, es una pretendida dureza de las metodologías de trabajo derivadas del uso riguroso de la epidemiología y de otros instrumentos de trabajo como la necesidad de disponer de evidencias sobre la eficacia de las intervenciones propuestas o un diseño cuidadoso de la vigilancia y de la evaluación. Es cierto que, para nosotros, el rigor nos parece una dimensión incuestionable que nunca hay que sacrificar. Entre otras cosas porque no sería científico y porque no hay ninguna necesidad de hacerlo. Pero este rigor no está reñido con el uso de técnicas, pretendidamente blandas, como son las cualitativas en determinadas fases del proceso.

A este respecto conviene destacar que, para nosotros, las técnicas cualitativas son exactamente tan rigurosas como la cuantitativas, nos parecen complementarias y necesarias. Ambas deben de ser desarrolladas con rigor y conjuntamente, no como alternativas o intercambiables, sino como reveladoras de las múltiples facetas de los problemas de salud.

En este sentido decía antes que la incorporación al PACAP nos parecía un reto. Probablemente allí íbamos a encontrar, como así ha sido, estímulos al desarrollo de áreas del proceso que nos plantean nuevas exigencias en nuestro proceso de trabajo. Específicamente aquellas que tiene que ver con los

aspectos más vivenciales del proceso de la implicación de la comunidad, muy evidente en la mayoría de las experiencias del conjunto de actividades que se incluyen en el PACAP. Esto está significando, no una adopción automática de estas dimensiones del trabajo comunitario, sino elementos para el análisis y, eventualmente, su desarrollo.

En este sentido los aspectos que tienen que ver con la participación comunitaria nos han parecido los más provechosos, ya que hemos ido incorporando muchos elementos que proceden de los aportes que el PACAP, a través de la reflexión conceptual, ha ido realizando.

Finalmente, quería comentar la dimensión del riesgo que anunciaba al principio. Me refiero a esto porque al principio tuvimos dudas sobre si aceptar el compromiso de participar en el PACAP y fue motivo también de reflexión para nosotros. Creo que la decisión fue acertada. Integrarnos al PACAP ha constituido la posibilidad de exponernos al riesgo de aprender y de mejorar, del mismo modo que lo es la posibilidad de exponer nuestra visión y de aportar todo lo que podamos tener.

En este sentido la posición del grupo es clara, nosotros no somos portadores de nada definitivo ni mucho menos dogmático. Trabajamos con un instrumento, que ha demostrado su eficacia y que creemos mejora mucho las actitudes y aptitudes de los equipos de salud para hacer posible una orientación realmente comunitaria. Pero no tenemos el instrumento. Todo lo que decimos está expuesto a la crítica y a la revisión, pero en igual modo que cualquier otra visión.

Si en algo estamos particularmente agradecidos es por estar teniendo la oportunidad de trabajar en el comité permanente del PACAP. Este trabajo grupal y con cada uno de sus miembros, a los que hay que reconocer una gran valía personal y profesional, muestra la capacidad de admitir la diversidad, una de los valores más notables del PACAP, y la capacidad de integrar sin anular.

Josep Lluís de Peray
Miembro del Grupo APOC
Miembro del Comité Permanente del PACAP

¹ Kark SL, Kark E, Abramson JH, Gofin J. Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Ed. Doyma. Barcelona, 1994