

Artículo de revisión



Historial del artículo:

Enviado: 22 | 02 | 2023

Aprobado: 22 | 04 | 2023

Publicado: 25 | 05 | 2023



How to cite

Pérez Báez RE, Correal Muñoz CA, Reinoso Chávez N. Barreras y facilitadores de atención primaria a la comunidad: revisión sistemática exploratoria de experiencias en Latinoamérica. Rev. salud. bosque. 2022;12(2):1-14



Autor de correspondencia:

Rafael Ernesto Pérez Báez
rafaelpeba@unisabana.edu.co



DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v12i2.2261>

Barreras y facilitadores de atención primaria orientada a la comunidad; revisión sistemática exploratoria de experiencias en Latinoamérica

Rafael Ernesto **Pérez Báez**
Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia

Natalia **Reinoso Chávez**
Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia

Camilo Alejandro **Correal Muñoz**
Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia

Resumen

Introducción. La atención primaria orientada en la comunidad surge entre los años 1940 y 1950 en Pholela, Sudáfrica, buscando mejorar las condiciones de vida de las comunidades bajo el modelo de práctica de medicina social. Este concepto fue desarrollado a lo largo de los años hacia lo que se conoce como Atención Primaria de Salud.

Metodología. Se realizó un análisis de las publicaciones desde 1978 hasta 2020 en Latinoamérica por medio de una revisión sistemática, explorando algunos elementos relevantes que la literatura señala como condiciones para la identificación de características que permitan facilitar u obstaculizar el desarrollo de tipologías (APOC). Se gestionaron 232 después de duplicados, 46 revisados e incluidos 28 que cumplieron con los criterios de inclusión, al ser realizados en poblaciones Latinoamericanas, que hicieran alusión a la APOC entre los años 1978 y 2020.

Resultados. Se identifican facilitadores de la APOC en la literatura como participación comunitaria, entorno académico, atención basada en necesidades, cobertura en todas las fases de la enfermedad, responsabilidad de salud en población definida y la articulación con el entorno académico emergió como un facilitador preponderante en la revisión sistemática exploratoria. Dentro de las barreras se encontró falta de voluntad política, uso irracional de recursos y fragmentación de los servicios de salud.

Discusión. La integración entre salud pública y atención primaria es primordial para lograr cambios en la salud de la comunidad, la APOC logra ese objetivo de integrarlas. La comunidad es receptiva a la APOC cuando se trata de resolver sus problemas.

Conclusión. Se requiere implementar tipologías APOC en países cuya normativa fomenta el desarrollo de sistemas basados en el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) y apoyar la investigación desde la academia para lograr la participación de todos los actores del sistema sanitario de cada región.

Palabras clave: Atención Primaria en Salud (APS); participación comunitaria; fragmentación, atención médica, atención al enfermo, responsabilidad, política pública, servicios de salud para la comunidad, servicios de salud comunitaria, necesidades sociales, asistencia pública, planificación en salud, administración de los servicios de salud, recursos de salud.

Barriers and Facilitators of Community Oriented Primary Care; Exploratory Systematic Review of Experiences in Latin America.

Abstract

Introduction. Community-oriented primary care arose between the 1940s and 1950s in Pholela, South Africa, seeking to improve the living conditions of communities under the social medicine practice model. This concept was developed over the years into what is known as Primary Health Care.

Methodology. An analysis of the publications from 1978 to 2020 in Latin America was carried out through a systematic review, exploring some relevant elements that the literature indicates as conditions for the identification of characteristics that facilitate or hinder the development of typologies (APOC). 232 were managed after duplicates, 46 reviewed and included 28 that met the inclusion criteria, being carried out in Latin American populations, which alluded to COPC between the years 1978 and 2020.

Results. Facilitators of COPC are identified in the literature such as community participation, academic environment, care based on needs, coverage in all phases of the disease, health responsibility in a defined population and the articulation with the academic environment emerged as a preponderant facilitator in the exploratory systematic review. Among the barriers was a lack of political will, irrational use of resources and fragmentation of health services.

Discussion. The integration between public health and primary care is essential to achieve changes in the health of the community, APOC achieves that objective of integrating them. The community is receptive to COPC when it comes to solving their problems.

Conclusion. It is necessary to implement APOC typologies in countries whose regulations promote the development of systems based on the Primary Health Care (PHC) model and support research from academia to achieve the participation of all the actors of the health system in each region.

Key words. Primary Health Care, citizen science, community medicine, public health personnel, medical care, care of the sick, community health services

Barreiras e facilitadores da Atenção Básica Orientada para a Comunidade Revisão Sistemática Exploratória de experiências na América Latina

Introdução. A atenção primária orientada para a comunidade surgiu entre as décadas de 1940 e 1950 em Pholela, África do Sul, buscando melhorar as condições de vida das comunidades sob o modelo de prática da medicina social. Este conceito foi desenvolvido ao longo dos anos no que é conhecido como Atenção Primária à Saúde.

Metodologia. Foi realizada uma análise das publicações de 1978 a 2020 na América Latina por meio de uma revisão sistemática, explorando alguns elementos relevantes que a literatura indica como condições para a identificação de características que facilitam ou dificultam o desenvolvimento de tipologias (APOC). 232 foram gerenciados após duplicatas, 46 revisados e incluídos 28 que atenderam aos critérios de inclusão, sendo realizados em populações latino-americanas, que faziam alusão ao COPC entre os anos de 1978 e 2020.

Resultados. São identificados na literatura facilitadores do COPC como a participação comunitária, o ambiente acadêmico, o cuidado baseado nas necessidades, a cobertura em todas as fases da doença, a responsabilidade pela saúde numa população definida e a articulação com o meio acadêmico emergiu como um facilitador preponderante na investigação exploratória revisão sistemática. Entre as barreiras estava a falta de vontade política, o uso irracional de recursos e a fragmentação dos serviços de saúde.

Discussão. A integração entre a saúde pública e a atenção básica é essencial para alcançar mudanças na saúde da comunidade, o APOC atinge esse objetivo de integrá-los. A comunidade é receptiva ao COPC quando se trata de resolver seus problemas.

Conclusão. É necessário implementar tipologias de APOC em países cuja regulamentação promova o desenvolvimento de sistemas baseados no modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) e apoie a pesquisa da academia para conseguir a participação de todos os atores do sistema de saúde de cada região.

Palavras-chave. Atenção Primária à Saúde, Participação da Comunidade, Política de Saúde.

Introducción

La Atención Primaria Orientada en la Comunidad (APOC) surge entre los años 1940 y 1950 como extensión de la medicina familiar en una zona rural de Pholela Sudáfrica, buscando mejorar las condiciones de vida de las comunidades bajo el modelo de práctica de medicina social. Este concepto fue desarrollado a lo largo de los años hacia lo que se conoce como Atención Primaria en Salud y denominada por algunos autores como «práctica de la medicina social» (1,2).

La motivación del surgimiento de la APOC es la integración planificada de las acciones de salud pública, orientada a las necesidades de salud de una comunidad practicando la atención primaria. En la revisión realizada en Latinoamérica, cronológicamente se evidencia la primera publicación de ésta tipología en 1987 por Braveman y Mora para los países de México, Nicaragua y Costa Rica (3) y se define como una de las aplicaciones posibles de la Atención Primaria de Salud (APS) según la OPS, resaltada como un precursor importante de la concepción de APS de Alma Ata y una forma efectiva de implementarla(4).

Esta es un tipología APS que permite a las poblaciones hacer frente a las contingencias que pueden llegar a presentar los individuos de una comunidad en los estilos de vida, afectaciones del medio ambiente, condiciones propias de la biología humana, o deficiencias en la cantidad, calidad y cobertura en sus servicios de salud, buscando evitar pérdidas en la calidad de vida en estas comunidades (5).

Las experiencias mundiales en países como España, Israel, Sudáfrica, Benín, Camboya, Moldavia y Estados Unidos han evidenciado en la APOC una estrategia eficiente para superar algunos de estos desafíos, logrando mecanismos de fortalecimiento en la participación de las comunidades (5).

El objetivo general de esta revisión sistemática exploratoria fue identificar las barreras y los facilitadores de las experiencias APOC encontradas en Latinoamérica, así como las experiencias exitosas de APOC y sus características publicadas en la región Latinoamericana.

Materiales y métodos

La Revisión Sistemática Exploratoria (RSE) es la metodología escogida porque se configura como el enfoque de elección cuando se busca evaluar, explorar y sintetizar la evidencia científica sobre un tema particular, permitiendo abordar preguntas amplias que proporcionan una visión general de la evidencia (6). Bajo este enfoque metodológico planteado, se aplican las cinco fases descritas por Arksey y O'Malley (7).

Elaboración de la pregunta

¿Cuáles son las barreras y facilitadores de las experiencias APOC reportadas en la literatura científica, empírica o teórica en Latinoamérica entre 1978 y 2020?

Establecimiento de los criterios de inclusión y búsqueda sistemática

El primer componente de la estrategia de búsqueda utilizada fue Community Oriented Primary Care y sus siglas en español e inglés cuando se requirió. Como segundo componente de la estrategia se usaron los términos estandarizados para las categorías preestablecidas en la literatura catalogadas por algunos autores como principios de la APOC: participación comunitaria, fragmentación, responsabilidad de salud en población, cobertura, atención basada en necesidades y uso irracional de recursos, adicionando como último componente los países de Latinoamérica. Se incluyeron todas aquellas publicaciones entre 1978 y 2020 que hicieron referencia directa de APOC excluyendo todo aquello que no cumpliera con lo anteriormente descrito.

Revisión y selección de estudios

Con los resultados previos se elaboró un listado de registros sobre el que se adelantó la revisión pareada examinando el título, resumen y año, disponibles en las referencias. Las publicaciones seleccionadas fueron procesadas de acuerdo con los criterios de inclusión y en los casos en que no hubo acuerdo entre los pares, un tercer par resolvió si era pertinente su inclusión.

Extracción de datos

Se identificaron 282 documentos en las búsquedas y nueve de otras fuentes. Los documentos duplicados fueron identificados y eliminados por los pares obteniendo 232 registros. Se excluyeron 186 documentos por tener texto incompleto, hacer alusión tangencial a la APOC y no haber sido escritos en Latinoamérica, obteniendo 46 documentos en texto completo. De estos se sacaron 18 por no cumplir los criterios de inclusión: 6 no fueron estudios realizados para Latinoamérica y 12 no hacían referencia directa a la APOC. El resultado fueron 28 documentos para incluir en la revisión: 21 correspondieron a artículos, tres a capítulos de libros, tres a tesis de postgrados (dos de maestría y uno de doctorado) y memorias de congreso, obteniendo el siguiente diagrama de flujo:

Figura 1. Diagrama de Flujo adaptado (8). Criterios de inclusión: alusión directa APOC, en Latinoamérica entre los años 1978 y 2020. Fuente construcción propia.

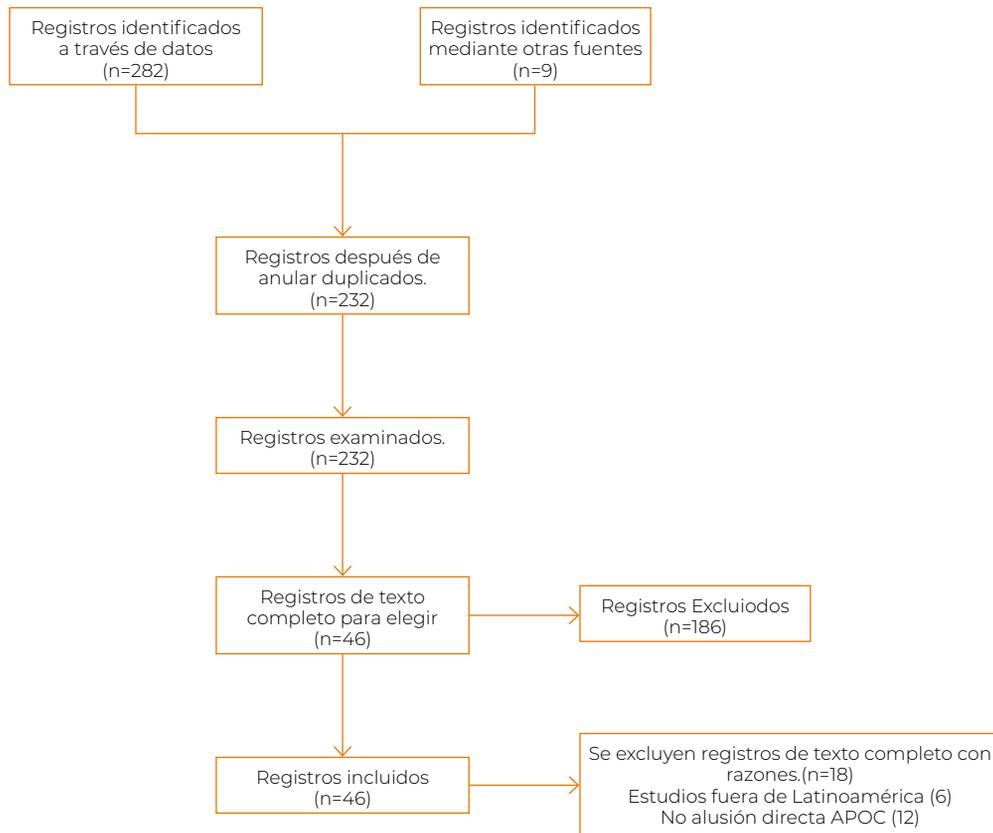
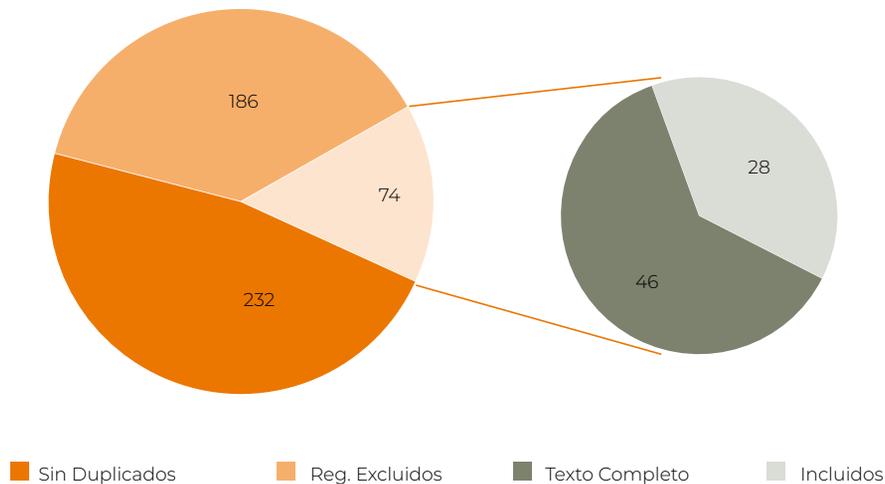


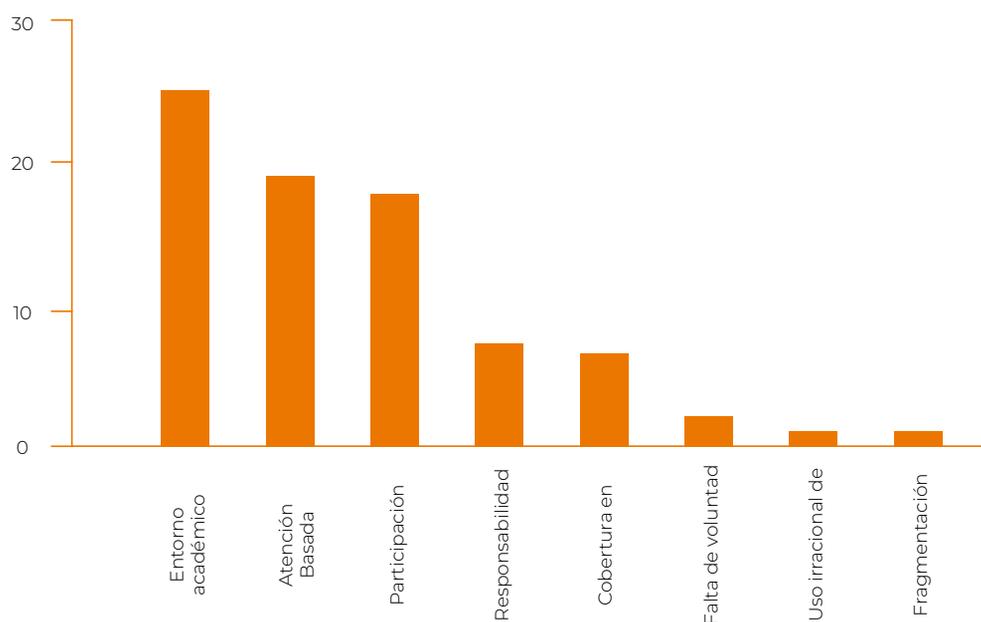
Figura 1a. Esquema diagrama de flujo, 28 artículos cumplen con criterios de inclusión. Fuente construcción propia.



Resultados

Se realizó el análisis temático deductivo (9) de los artículos para organizar la información orientado por categorías teóricas a priori sobre las barreras y facilitadores para la tipología APOC en Latinoamérica. La codificación de los artículos fue hecha línea por línea, categorizándolos en relación con las categorías mencionadas y permitiendo la creación de nuevas. Las categorías a priori seleccionadas fueron: participación comunitaria, responsabilidad de salud, cobertura en todas las fases del continuo salud enfermedad, priorización, atención basada en necesidades, fragmentación y uso irracional de los recursos. Se adicionaron dos emergentes: entorno académico como facilitador y falta de voluntad política como barrera. Este análisis temático contó con revisión por pares en la codificación y en la construcción de temas.

De los 28 artículos incluidos se obtuvieron un total de 75 hallazgos en la literatura, constituyendo el 100% de la densidad codificada. El papel de los entornos académicos en las experiencias APOC emerge con un 35,71%, en donde más de la mitad de los documentos analizados hacen referencia a esta categoría; la siguiente categoría con mayor densidad de codificación es la atención basada en necesidades con un 25,71%, seguida por la participación comunitaria en un 24,29%, la responsabilidad de salud en población definida tuvo un 8,57% , la cobertura en todas las fases de enfermedad un 2,86%, el uso irracional de recursos y la falta de voluntad política junto a la fragmentación con un 1,43% en el último lugar de la densidad de la codificación.

Figura 2. Resumen de hallazgos (n=75) en 28 documentos de la RSE. Fuente construcción propia.

A continuación, se describen los documentos de acuerdo con lo planteado en la metodología, ordenados cronológicamente y detallando el país donde se describe la experiencia APOC en el idioma en que fueron publicados.

Tabla 1. Detalle cronológico de documentos incluidos en la RSE

No	Título del documento – Base/Fuente	Autor	País	Año
1	Training Physicians for Community-Oriented Primary Care in Latin America: Model Programs in Mexico, Nicaragua, and Costa Rica (3).– Scopus.	Braveman & Mora	México, Nicaragua, Costa Rica.	1987
2	Programa de atención primaria orientada a la comunidad: Una experiencia docente asistencial en la Universidad Javeriana (10). Describe la experiencia de incluir en el curriculum médico de la Universidad Javeriana en seis centros de salud. - Lilacs.	Klevens J	Colombia.	1988
3	Family Medicine Training in Venezuela (11). - Scopus.	Thompson et al.	Venezuela.	1992
4	Teaching community Oriented Primary Care in a Traditional Medical School: A Two-Year Progress Report (12). – Scopus.	Klevens et al.	Colombia.	1992
5	Integrated Local Health Systems in Central America (13). – Scopus.	Barrett	Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica.	1996

No	Título del documento – Base/Fuente	Autor	País	Año
6	Teaching and Research in Community-Oriented Primary Care: the Experience of Two Spanish Residents in Argentina (14). - Pubmed.	Gavilán-Moral et al.	Argentina	2006
7	Community-Oriented Primary care: A Public Health Model in Primary Care [Atención primaria orientada a la comunidad: Un modelo de salud pública en la atención primaria] (2). – Lilacs.	Gofin & Gofin	Uruguay, Costa Rica, México, Nicaragua, Colombia, Cuba, Bolivia.	2007
8	Promoting the Health of Marginalized Populations in Ecuador Through International Collaboration and Educational Innovations (15)- Medline Ebsco.	Parkes et al.	Ecuador	2009
9	Use of Community-Based Participatory Research to Disseminate Baseline Results From a Cardiovascular Disease Randomized Community Trial for Mexican Americans Living in a U.S.-Mexico Border Community (16) - Medline Ebsco.	Balcazar et al.	México.	2009
10	Campamento universitario multidisciplinario de investigación y servicio (Cumis) como estrategia de intervención comunitaria (17) - Google Académico.	Mondragón-Cardona et al.	Colombia.	2011
11	Diálogo entre os conceitos de abordagem ecossistêmica à saúde humana e de vigilância a saúde no Brasil (18).- Google Academico.	Lawinsky ML	Brasil.	2012
12	Primary Care and Public Health Services Integration in Brazil's Unified Health System (19) (n = 262. -Medline Ebsco.	Pinto et al.	Brasil.	2012
13	Movimiento de Municipios Saludables en Nocaima, Cundinamarca, Colombia: colaboración académico-comunitaria en acción (20). – Libro Salud Comunitaria Global.	Alvarado R	Colombia.	2012
14	Atención primaria orientada a la comunidad (APOC) en el Sistema Integrado de Salud de Uruguay (21).-Libro Salud Comunitaria Global.	Draper et al	Uruguay.	2012
15	Importancia de la atención primaria en salud (22) - Biomedcentral.	Alvarado R.	Colombia.	2012
16	Venezuela's Medical Revolution: Can the Cuban Medical Model be Applied in Other Countries? (23). -Lilacs.	Walker Ch.	Venezuela.	2013
17	A Health Care System Launched in a Program Focused on Health Promotion and Prevention [Gestión de problemas prevalentes de salud: La experiencia SANUS] (24).- Lilacs.	Cacace et al.	Argentina.	2014

No	Título del documento – Base/Fuente	Autor	País	Año
18	Construcción de entornos saludables en el marco de la Atención Primaria en Salud: El caso de la enseñanza de Salud Comunitaria en el programa de medicina de la Universidad de La Sabana (25) Biomedcentral.	Lamus-Lemus et al.	Colombia.	2015
19	Aproximación a evaluación de impacto del programa Territorios Saludables para un Buen Vivir en Bogotá DC, 2008-2015 (26). - Google Académico.	Giraldo-Sánchez JM.	Colombia.	2016
20	Atención Primaria en Salud en Colombia Basada en la comunidad: Enfoque Territorial (27). - Biomedcentral.	Hernández-Rincón EH.	Colombia.	2016
21	Self-Report of Gingival Problems and Periodontitis in Indigenous and Non-Indigenous Populations in Chiapas, Mexico (28).- Scopus.	García-Pérez, Á et al.	México.	2016
22	Aproximación metodológica para la evaluación de sistemas de información en la atención primaria en salud (29). – Biomedcentral.	Castrillón & Rendón.	Colombia.	2017
23	Building Community Capacity in Leadership for Primary Health Care in Colombia (30). – Google Académico.	Hernández-Rincón et al.	Colombia.	2017
24	Physical Activity From Primary Care Oriented to the Community for Preschool Children in a Colombian Municipality (31). – Google Académico.	Hernández-Rincón et al..	Colombia.	2018
25	Contrasting Current Challenges From the Brazilian and Canadian National Health Systems: The Besrou Papers: A Series on the State of Family Medicine in Canada and Brazil (32). Medline Ebsco.	Ponka et al	Brasil.	2019
26	Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad (1). - Scopus.	Di Fabio et al.	Cuba.	2020
27	Community Intervention Projects as a Strategy to Integrate Essential Public Health Functions (EPHF) With Clinical Knowledge Into the Curriculum of Medicine (33). – Scopus.	Sosa, M.	Colombia.	2020
28	Planificación de actividades de enseñanza en un currículo integrado: el riesgo de la «desintegración» (34). – Lilacs.	Saulino et al.	Argentina.	2020

Fuente: Construcción propia.

Discusión

Se observaron inicialmente en la RSE cuatro facilitadores y dos barreras; posterior a este ejercicio se consolidaron cinco facilitadores y tres barreras para el desarrollo de ésta tipologías APOC en Latinoamérica.

La mayoría de los autores resaltan en sus publicaciones la necesidad de establecer APS en las comunidades de la región para lograr disminuir las brechas existentes en la prestación de los servicios de salud, en línea con la declaración de Alma Ata que estimula a los países miembros a ejercer la voluntad política para desarrollar sistemas basados en APS movilizando recursos para su desarrollo (35).

De acuerdo con el informe sobre la salud en el mundo, la responsabilidad de generar acciones para reformar y configurar mejores sistemas de salud incumbe a los gobiernos (OMS, 2008). A pesar de esta invitación, aún se observa falta de esa voluntad política configurándose como uno de los factores causantes del retraso en los logros planteados por la OMS, y constituyéndose en una barrera para el desarrollo de APOC en algunos países de la región (18).

En contraste, el informe de la OMS en 2008, afirma que la atención primaria de salud más necesaria que nunca, y que pese a los problemas existentes, cada vez hay países que muestran indicios de instaurar reformas ambiciosas como Brasil y Chile, demostrando que es posible conseguir credibilidad y peso político por medio de un compromiso con las fuerzas económicas y políticas (36).

La discusión se desarrolla a continuación en el mismo orden de frecuencia observada en las categorías:

Entorno académico

Desde el inicio de la revisión sistemática exploratoria, se observó el papel preponderante que la academia ha jugado en la difusión y desarrollo de la tipología APOC. Es así como los autores reconocen el concepto de la tipología APOC y su asocio con los cambios introducidos en los currículos médicos en América Latina, analizando los procesos cambiantes de la educación fundamentales para el desarrollo de esta en países como Costa Rica, México y Nicaragua (2).

Las características de atención hospitalaria llevan una visión fragmentada del individuo (10). Un estudio mostró como los cambios curriculares en medicina permitieron reconocer y desarrollar mejor las tipologías APOC (12). Muchas universidades y programas de residencia adoptan ésta tipología APOC en el aprendizaje de la medicina (18).

En algunas universidades hoy día los currículos médicos son adaptados para vivir la experiencia APOC como se identifica en lo narrado en el Hospital de Buenos Aires, Argentina, donde se construye un cronograma de actividades para los estudios basados en Aprendizaje basado en problemas y un encuentro APOC (34). La integración de la tipología APOC a sus currículos es catalogada como una innovación educativa - como se refiere en el caso de Ecuador - donde se informa que su plan de estudios se encuentra enfocado fuertemente en la APOC (15). De forma similar, países como México, Nicaragua y Costa Rica construyen tipologías APOC para la formación de sus médicos, enfatizando la necesidad que el plan de estudios tenga fundamento con algunos de los principios constitutivos de su modelo: aplicación de herramientas epidemiológicas, administración y planificación de la atención de salud localmente, participación comunitaria, interacción con otros sectores para la concreción de habilidades relevantes como la resolución de problemas en equipo a los futuros médicos a través de métodos pedagógicos innovadores (3).

En la revisión se identificó la tipología APOC articulando docencia, investigación e impacto social como fue descrito en los artículos de: SANUS en Argentina con la universidad McGill de Canadá (24), Sabaneta, Antioquia (Colombia) con la Universidad de San Martín (33), Nocaima, Cundinamarca (Colombia) con la Universidad del Rosario (5), Bogotá, Territorio Saludable de la Universidad de los Andes (26) y el proyecto de ciudadanía por ambientes saludables con la Universidad de la Sabana, también en Colombia (37).

Atención basada en necesidades

El cuidado integral y la integración efectiva de los problemas de salud de una comunidad a partir de sus determinantes se logra por medio de la APOC basándose en la apreciación de las necesidades de salud de la población, logrando el mejoramiento de la salud y utilizando como herramienta la epidemiología (1)

La atención basada en necesidades permite hacer intervenciones más resolutivas de cara a la comunidad, utilizando métodos cualitativos y cuantitativos permitiendo priorizar sus problemas y participar activamente en su resolución. La participación de la academia ha sido fundamental en el desarrollo de estos esquemas comunitarios, en donde se establece una relación gana – gana, el estudiante afianza sus conocimientos, la universidad investiga, la comunidad participa y soluciona, el sistema de salud se articula para lograr mejores resultados en los objetivos de salud.

Participación comunitaria

La participación comunitaria a partir de la integración entre la atención primaria y la salud pública, junto a la acción de los servicios de salud son pilares de la APOC. La participación de la comunidad se realiza junto a varios actores públicos y organizaciones ciudadanas (1) mediante acuerdos formales entre organizaciones, ciudadanos, autoridades y la participación intersectorial(20).

Responsabilidad de salud en población definida

La tipología APOC se sustenta en la responsabilidad de salud en una población definida (5), circunscribiendo sus servicios a un área geográfica determinada (1), delimitando el concepto de población a cargo (14).

Cobertura en todas las fases del continuo salud enfermedad

La APOC permite a los sistemas de salud que la adoptan centrar las atenciones en los individuos, familias y la comunidad, logrando cobertura universal(1), lo que contribuye a aumentar la cobertura de atención en población definida(2), cubriendo en todas las fases de la historia natural de la enfermedad(1).

Falta de voluntad política

Los hallazgos analizados permiten identificar este tema emergente, que llama la atención acerca de la falta de voluntad política como barrera para la integración de ésta tipología en los sistemas de salud existentes(2), con excepción de Cuba(18).

Uso irracional de recursos

Una publicación hace referencia a la importancia del uso adecuado de los recursos, evitando la corrupción y la desviación de los mismos, enfatizando en que la APOC propone racionalizar los recursos para atender las necesidades de la población (17).

Fragmentación

Solamente uno de los documentos encontrados hace referencia a la fragmentación afirmando que la APOC permite desarrollar sistemas de atención primaria integrados y no fragmentados(1).

Características de la participación comunitaria en Latinoamérica

La literatura mundial identifica la participación comunitaria como un pilar en el desarrollo de APOC, en contraste, los hallazgos en Latinoamérica no definen un concepto claro de participación comunitaria y los estudios que relacionan esta participación no describen el fenómeno a profundidad. A pesar de ser una característica preponderante desde sus inicios, la participación comunitaria identificada en la revisión está limitada por factores sociopolíticos, el desconocimiento, y la ausencia de espacios en que se desarrollen estos conceptos participativos.

Una particularidad identificada en la revisión sistemática exploratoria es la falta de voluntad política para desarrollarla, lo cual se configuró como una barrera en la difusión de la tipología APOC, y el condicionamiento que puede existir en los cambios de gobierno que pueden llegar a darles continuidad o discontinuar los procesos APOC como fue lo visualizado en Colombia para Bogotá Territorios saludables y Nocaima, Cundinamarca en el proyecto de municipio saludable. El uso irracional de los recursos por falta de planificación en los mismos podría ser consecuencia de la ausencia de políticas gubernamentales continuadas que permitan hacer seguimiento a los resultados en el tiempo, este también se constituye en otra barrera.

Un hallazgo relevante es la participación activa de la comunidad cuando logra ser capacitada y es escuchada en la priorización de sus problemas. Finalmente, lograr que los gobiernos hagan parte de estos procesos permiten mejores resultados en los objetivos.

Experiencias Exitosas APOC

Existen experiencias exitosas en Latinoamérica de instauración de tipologías APOC. El grado integración entre las políticas de gobierno, la participación comunitaria y los servicios de salud, definido en las publicaciones revisadas, denota como la instauración del modelo con la participación activa de todos los actores, mejora el desarrollo y difusión de los programas de salud que repercute positivamente en la salud de las poblaciones. La cobertura del continuo salud enfermedad del sistema de salud cubano, que le permite un 80% de manejo de los problemas de salud de sus ciudadanos en los consultorios de primer contacto, resalta el nivel de soluciones que este sistema basado en APOC proporciona a sus usuarios. Es de anotar que este país no tiene un sistema democrático de gobierno como si lo tienen la mayoría de los países en Latinoamérica, lo que representaría un sesgo en el hallazgo dada las condiciones particulares existentes que impiden la comparación con otros países.

En Uruguay se evidenció el caso exitoso de Villa Aeroparque, donde se instauraron programas materno-infantiles con la tipología APOC. En Colombia las experiencias exitosas fueron múltiples y en su mayoría acompañadas por la academia, como fue descrito en el acápite de entorno académico.

Limitaciones

La heterogeneidad en las publicaciones y la baja evidencia por el tipo de estudios publicados que no corresponden a estudios más sólidos como ensayos, revisiones sistemáticas, cohortes, constituyen una de las limitaciones observadas. La ausencia de términos estandarizados en la literatura fue otra limitación relevante en el proceso de realización de la presente revisión sistemática. La extracción de datos por parte de un solo investigador configuró otra limitación en el proceso planteado.

Conclusiones

La tipología APOC, es el esbozo original de lo que se consolida hoy como el modelo de Atención Primaria en Salud. Los facilitadores identificados para el desarrollo de tipologías APOC en Latinoamérica fueron: participación comunitaria, entorno académico, atención basada en necesidades, cobertura en todas las fases de la enfermedad, responsabilidad de salud en población definida. Las barreras identificadas en la revisión fueron el uso irracional de recursos, la falta de voluntad política y la fragmentación.

Se requiere implementar más tipologías APOC en países que busquen desarrollar sistemas basados en el modelo APS para lograr la participación de todos los actores del sistema sanitario en los gobiernos locales. El desarrollo de la participación comunitaria es un elemento clave de éxito en la implementación de las tipologías APOC en Latinoamérica.

La falta de voluntad política, la fragmentación y el uso irracional de los recursos deben ser contrarrestados por los diferentes actores de un sistema de salud. La tipología APOC es una herramienta que promueve la integración entre la salud pública y la medicina comunitaria, permitiendo superar esas barreras, con el propósito de lograr poner en acción conceptos de los facilitadores para el beneficio de la comunidad.

La investigación debe avanzar desde el entorno académico, integrando estas tipologías a los currículos médicos y de las carreras afines a la salud, buscando lograr que las futuras generaciones entiendan mejor el papel de la APOC en el desarrollo de sistemas de salud integrales en Latinoamérica y el mundo.

Financiación

Se utilizaron recursos propios para la realización del presente trabajo y no fueron recibidos fondos o patrocinios externos durante su ejecución.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés

Referencias

1. Di Fabio JL, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. *Rev Cuba Salud Pública* 2020; 46(2): e2193
2. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21(2-3):177-85.
3. Braveman PA, Mora F. Training physicians for community-oriented primary care in Latin America: model programs in Mexico, Nicaragua, and Costa Rica. *Am J Public Health*. 1987;77(4):485-90.
DOI: 10.2105/ajph.77.4.485.
4. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. SERIE La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas -Nº1. Washington DC: OPS; 2008.NLM WA 546.1
5. Gofin J, Gofin R. Salud comunitaria global: principios, métodos y programas en el mundo. Barcelona: Elsevier España; 2012.
6. Fernández- Sanchez H, King K, Enríquez-Hernández CB. Revisiones Sistemáticas Exploratorias como metodología para la síntesis del conocimiento científico. *Enferm. Univ*. 2020;17(1):87-94.
DOI: https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.697
7. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int. J. Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.
DOI: https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

8. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garrity C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018; 169(7):467-73.
DOI: 10.7326/M18-0850.
9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77–101.
DOI:10.1191/1478088706qp063oa
10. Klevens J. Programa de atención primaria orientada a la comunidad: Una experiencia docente asistencial en la Universidad Javeriana. En: *Memorias: primer congreso colombiano de salud familiar.* s.l, CAFAM, sept. 1988. Bogotá DC: CAFAM; Colombia. Instituto de Ciencias de la Salud. CES; OPS; Colombia. Ministerio de Salud; 1988. (277-87)
11. Thompson R, Gruber F, Marcano G. Family medicine training in Venezuela. *Fam Med.* 1992;24(3):188-90
12. Klevens J, Valderrama C, Restrepo O, Vargas P, Casasbuenas M, Avella MM. Teaching community Oriented Primary Care in a traditional medical school: A two year progress report. *J Community Health.* 1992;17(4):231–45.
DOI: 10.1007/BF01321655
13. Barrett B. Integrated local health systems in Central America. *Soc Sci Med.* 1996;43(1):71-82.
DOI: 10.1016/0277-9536(95)00336-3.
14. Gavilán-Moral E, Jiménez-de Gracia L, Javier-Olivero F. Docencia e investigación en atención primaria orientada a la comunidad: la experiencia de dos residentes españoles en Argentina- Aten Primaria. 2006; 37(9):514-6.
DOI: 10.1157/13089095.
15. Parkes MW, Spiegel J, Breilh J, Cabarcas F, Huish R, Yassi A. Promoting the health of marginalized populations in Ecuador through international collaboration and educational innovations. *Bull World Health Organ.* 2009; 87(4):312-9.
DOI: 10.2471/blt.07.045393.
16. Balcazar H, Rosenthal L, De Heer H, Aguirre M, Flores L, Vasquez E, Duarte M, Schulz L. Use of community-based participatory research to disseminate baseline results from a cardiovascular disease randomized community trial for Mexican Americans living in a U.S.-Mexico border community. *Educ Health (Abingdon).* 2009; 22(3):279.
17. Mondragón-Cardona Á, Campo-Betancourt C, Tobón-García D, Jiménez-Canizalez C, Álzate-Carvajal V, Martínez JW. Campamento universitario multidisciplinario de investigación y servicio (CUMIS) como estrategia de intervención comunitaria. *Investig Andin.* 2011;13(23):353–62.
18. Lawinsky ML de J. Diálogo entre os conceitos de abordagem ecossistêmica à saúde humana e de vigilância à saúde no Brasil [disertación]. Brasília: Mestrado em Desenvolvimento Sustentável - Universidade de Brasília 2012.
19. Pinto RM, Wall M, Yu G, Penido C, Schmidt C. Primary care and public health services integration in Brazil's unified health system. *Am J Public Health.* 2012;102(11): e69-76.
DOI: 10.2105/AJPH.2012.300972.
20. Alvarado R. Movimiento de municipios saludables en Nocaima, Cundinamarca, Colombia: colaboración académico comunitaria en acción. En: Gofin J, Gofin R eds. *Salud Comunitaria Global Principios, métodos y programas en el Mundo.* Barcelona (España): Elsevier Masson, 2012. p. 235–40.
21. Draper R, Alonso S, Sosa K, Rambao P, Acosta N, Lpez C, et al. Atención primaria orientada a la comunidad (APOC) en el Sistema Integrado de Salud de Uruguay. En: Gofin J, Gofin R eds. *Salud Comunitaria Global Principios, métodos y programas en el Mundo.* Barcelona (España): Elsevier Masson, 2012. p. 241–7.

22. Alvarado R. Importancia de la atención primaria en salud. En: Quintero GA, editor. Educación médica diseño e implementación de un currículo basado en resultados de aprendizaje. Bogotá D.C.: Editorial Universidad del Rosario; 2012. p. 87–104.
23. Walker Ch. Venezuela's medical revolution: Can the Cuban medical model be applied in other countries? [dissertation] Halifax, Nova Scotia: Master of Arts- Dalhousie University Halifax; 2013.
24. Cacace PJ, Aymat AC, Argent PM. Gestión de problemas prevalentes de salud: La experiencia SANUS. Prensa Med Argent. 2014;100(5).
25. Lamus-Lemus F, Correal-Muñoz C, Hernández-Rincón EH. Construcción de entornos saludables en el marco de la Atención Primaria en Salud: el caso de la enseñanza de Salud Comunitaria en el Programa de Medicina de la Universidad de La Sabana. Salud Uninorte. 2015; 31(2):424–34.
26. Giraldo-Sánchez JM. Aproximación a evaluación de impacto del programa Territorios Saludables para un buen vivir en Bogotá D.C. 2008-2015 [trabajo de grado]. Bogotá D.C.:Maestría en Salud Publica- Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo- Universidad de los Andes; 2016.
27. Hernández-Rincón EH. Atención primaria en salud en Colombia basada en la comunidad: enfoque territorial. FML. 2016;20(14):5p.
28. García-Pérez Á, Borges-Yáñez SA, Jiménez-Corona A, Jiménez-Corona ME, Ponce-de-León S. Self-report of gingival problems and periodontitis in indigenous and non-indigenous populations in Chiapas, Mexico. Int Dent J. 2016;66(2):105-12.
DOI: 10.1111/idj.12213.
29. Castrillón-Cobo HY. Aproximación metodológica para la evaluación de Sistemas de Información en Atención Primaria en Salud [Tesis]. Popayán: Programa de Doctorado en Ingeniería Telemática-Universidad del Cauca; 2017.
30. Hernández-Rincón EH, Lamus-Lemus F, Carratalá-Munuera C, Orozco-Beltran D, Jaramillo- Hoyos CL, Robles-Hernández G. Building community capacity in leadership for primary health care in Colombia lessons from the field. MEDICC Rev. 2017; 19(2-3):65–70.
31. Hernández-Rincón EH, Arias-Villate SC, Gómez-López MT, León-Pachón LE, Martínez-Ceballos MA, Chaar-Hernández AJ, Severiche-Bueno D. Actividad física en preescolares desde atención primaria orientada a la comunidad, en un municipio de Colombia. Rev Cubana Pediatr. 2018;90(2): 201–12.
32. Ponka D, Pinto LF, Whalen-Browne M, Meuser A, Prado JC Jr, Michaelides O, Rouleau K. Contrasting current challenges from the Brazilian and Canadian national health systems: The Besrour Papers: a series on the state of family medicine in Canada and Brazil. Can Fam Physician. 2019;65(12):890-6.
33. Sosa M. Community intervention projects as a strategy to integrate essential public health functions (EPHF) with clinical knowledge into the curriculum of medicine. Educ Health (Abingdon). 2020; 33(2):51-4.
DOI: 10.4103/efh.EfH_245_20
34. Saulino JC, Sánchez MN, Busaniche JN, Durante E, Schwartzman G. Planificación de actividades de enseñanza en un currículo integrado: el riesgo de la “desintegración”. Rev Hosp Ital B Aires. 2020;40(3):132–9.
35. Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978.
36. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
37. Hernández-Rincón EH, Lamus-Lemus F, Carratalá-Munuera C, Orozco-Beltran D. Diálogo de saberes: Propuesta para identificar, comprender y abordar temas críticos de la salud de la población. Salud Uninorte. 2017;33(2):242–51.