

La atención comunitaria en Castilla-La Mancha: una propuesta formativa

María Teresa Sáez Rodríguez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Actividades Preventivas y Comunitarias de SCAMFYC. Centro de Salud Zona 3. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.

Como bien indica el apellido de nuestra especialidad, la Medicina Comunitaria debería ser parte esencial de nuestra labor asistencial. Los determinantes sociales de la Salud tienen un peso mayor que los estilos de vida en la morbimortalidad¹, y esto es algo que deberíamos tener siempre en cuenta. Sobradamente conocemos que el “código postal” condiciona nuestra salud; el aspecto positivo es que los médicos de familia podemos influir y colaborar en la disminución de esa desigualdad.

Lo que en su día se postuló al crear la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria cobra especial protagonismo en el momento actual, cuando la información disponible permite la capacitación (o empoderamiento) del paciente, y sobre todo del grupo de pacientes, gracias a los importantes avances en comunicación. El objetivo a conseguir sería huir del paternalismo médico que sobrecarga nuestras consultas, y que el paciente asumiera el control del manejo de su salud, trasladando el protagonismo a los ciudadanos y funcionando el Centro de Salud como catalizador y coordinador de los recursos². Habitualmente la (escasa) labor de atención a la comunidad que se realiza en los Centros de Salud queda exclusivamente a cargo de los profesionales de enfermería; en el modelo actual, la labor de los médicos se centra cada vez más en atender la consulta a demanda según la necesidad de salud que identifican los propios pacientes; pero el médico de familia no puede olvidarse de aquellos pacientes de su cupo que no acuden a consulta, y que según la ley de cuidados inversos son muchas veces los más necesitados de atención. La perspectiva poblacional es fundamental en nuestra labor asistencial, y si nos limitamos a los pacientes que acuden a nuestra consulta colaboramos en aumentar las inequidades en salud; los pacientes de clases sociales más bajas ya encuentran más dificultades en el acceso a los servicios sanitarios, pero además cuando acuden a consulta en muchos casos reciben un trato desigual, con una entrevista más dirigida que no tiene en cuenta factores sociales, facilitando menor cantidad de información y teniendo en cuenta en menor grado la opinión del paciente a la hora de diseñar un plan de cuidados.

Aunque las actividades para promoción de la salud y salutogénesis se hacen de forma habitual en nuestras

consultas de manera individual, no está tan generalizada la atención a la salud de la comunidad. De hecho, en la mayoría de los Centros de Salud no existe una actividad estructurada como tal, puesto que ésta siempre implica la participación activa y el protagonismo de los ciudadanos en la elaboración y puesta en marcha de los distintos programas, lo que no suele suceder. Una de las posibles causas estaría en la falta de interés político en este enfoque de la salud, con la ausencia de reconocimiento de esta labor, que en muchas ocasiones se realiza de forma voluntaria e incluso fuera de la jornada laboral.

Sin embargo, en el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria³ se especifican con claridad los contenidos formativos del área docente de competencias con relación a la comunidad. Se indica además que los tutores deben implicarse activamente en dicha formación, independientemente de la colaboración específica de otros profesionales. Lógicamente, no es necesario ser tutor para tomar la iniciativa de comenzar un programa de atención a la comunidad; en muchos centros partiremos de cero y este comienzo puede resultar realmente desalentador si nos centramos en la enormidad de los objetivos a largo plazo; creemos que hay que empezar desde planes concretos pero partiendo de una base sólida; es por ello que un proyecto de formación que pretenda fomentar las actividades comunitarias alcanza también a los demás miembros del Equipo de Atención Primaria (médicos no tutores, pero también enfermería, personal administrativo, trabajadores sociales...) ya que si en algún aspecto es fundamental el trabajo en equipo es en la atención comunitaria. Para sentar esas bases nos parecen muy útiles los cursos ofrecidos por las diferentes sociedades, como por ejemplo el curso de Introducción a la mirada comunitaria de la SAMFYC o el curso de Atención comunitaria ofertado por la semFYC; se trata en ambos casos de cursos *online*, de en torno a 40 horas, que tienen como objetivos comunes el cambio a un enfoque biopsicosocial de la atención, identificar determinantes y desigualdades en salud, conocer el modelo de activos en salud, planificar y posteriormente evaluar una intervención comunitaria, entre otros.

Los objetivos formativos ya están determinados en el programa de nuestra especialidad; en la mayoría de los

casos, al menos en Castilla-La Mancha, no se están cumpliendo, por lo que creemos que si realmente se quieren sentar bases sólidas deberían ser tenidos en cuenta a

partir de ahora. A continuación, hacemos un repaso de dicho contenido formativo (tablas).

ACTIVIDADES DOCENTES PRIORIDAD I / NIVEL DE RESPONSABILIDAD PRIMARIO

Conocer el nivel de salud de la Comunidad
Tener presente el medio social y el contexto comunitario en la atención individual
Utilizar los recursos comunitarios disponibles
Identificar y priorizar los problemas de salud comunitarios
Estudiar los determinantes de una necesidad de salud
Conocer las bases de investigación cualitativa, especialmente entrevistas con ciudadanos y técnicas grupales
Implementar y evaluar intervenciones comunitarias
Realizar un análisis crítico de un programa de salud existente y proponer alternativas de mejora
Participar activamente en actividades de algún programa de salud existente
Participar activamente en intervenciones grupales de educación para la salud en colaboración con otros profesionales no médicos
Participar activamente en actividades de coordinación con los Servicios Sociales
Actitud de escucha activa hacia los ciudadanos y organizaciones sociales favoreciendo su capacitación, protagonismo y participación activa en el cuidado y mantenimiento de su salud
Reconocer las diferentes posibilidades de actuación comunitaria según el entorno social.

ACTIVIDADES DOCENTES PRIORIDAD II / NIVEL DE RESPONSABILIDAD PRIMARIO-SECUNDARIO

Participar en la realización de una aproximación al estado de salud de una comunidad, con participación activa de ésta (informadores clave, representantes de asociaciones ciudadanas, profesionales de otras instituciones) con un enfoque realista y eficiente
Coordinar grupos focales interprofesionales y con ciudadanos, analizando la información obtenida
Elaborar un programa de salud comunitario o mejorar uno ya elaborado
Evaluación de un programa de salud con conclusiones prácticas y propuestas concretas de mejora
Aplicar alguna técnica grupal de investigación cualitativa
Participar en actividades de coordinación
Participar activamente en actividades de salud comunitaria en un Centro de salud

ACTIVIDADES DOCENTES PRIORIDAD III / NIVEL DE RESPONSABILIDAD SECUNDARIO

Diseñar y coordinar la realización de una aproximación al estado de una comunidad
Realizar algún trabajo o proyecto de investigación sobre aspectos relacionados con salud comunitaria
Diseñar y coordinar intervenciones grupales de educación para la salud grupal, con metodologías capacitadoras y participativas
Coordinar un plan para el inicio y desarrollo de un proceso de coordinación intersectorial para la promoción de salud en una comunidad
Coordinar un plan para la participación comunitaria continuada en un Centro de Salud

Teniendo en cuenta la escasez de actividades específicas de atención a la comunidad en la mayoría de los Centros de Salud acreditados, se hace necesario coordinar los recursos disponibles para garantizar la formación. Por otro lado, la formación de los residentes y sus tutores supone la oportunidad para iniciar un proceso de intervención comunitaria desde el Centro de Salud; al respecto resulta muy útil la Guía de Recomendaciones PACAP⁴. En ella, tras una introducción inicial con los fundamentos de salud comunitaria, se determinan las tres fases para llevar a cabo la intervención: una primera fase de trabajo interno en el equipo de salud, con la constitución de un grupo de trabajo y la obtención de un consenso interno; una segunda fase de salida a la comunidad; una tercera fase en la que ya se llevan a cabo las primeras intervenciones y finalmente la intervención normalizada.

En nuestra opinión, el primer paso a realizar es la realización de un mapeo de activos⁵, que por otra parte supone la toma de contacto con las asociaciones de pacientes y ciudadanos necesaria para impulsar la salud comunitaria. Para la toma de contacto inicial resulta de gran utilidad la convocatoria de un Consejo de Salud por parte de las autoridades administrativas locales. Además, existen guías específicas para la población general^{6,7} que pueden facilitar la implantación de actividades comunitarias.

Si el Centro de Salud ya tuviera un plan de salud comunitaria estructurado, el profesional en formación puede ir asumiendo de forma progresiva actividades docentes de prioridad II o III en función de sus posibilidades. Lo realmente necesario es asumir que la atención a la comunidad es parte de nuestra labor asistencial y conseguir la implicación progresiva de distintos profesionales.

Como parte de la metodología docente recomendada se encuentra el autoaprendizaje y aprendizaje de campo (lecturas⁸, entrevistas y actividades grupales y comunitarias supervisadas, casos clínicos y utilización de recursos disponibles, coordinación con los servicios sociales, supervisión de historias clínicas); también hay que hacer referencia al trabajo grupal y cursos o talleres teórico-prácticos.

Del primer al tercer año de residencia se recomienda básicamente formación teórico-práctica de 30 horas como mínimo; es a lo largo del último año de residencia cuando se realizará la formación práctica mediante el aprendizaje de campo en actividades concretas, oscilando entre un mínimo obligado de 22 actividades de media jornada y un óptimo de 44 actividades de media jornada (una cada semana y 24 días de dedicación total).

Las actividades formativas se pueden realizar en el Centro de Salud (tanto en el centro donde el residente esté

asignado como en otros centros donde se desarrollen actividades concretas, siempre incluyendo alguna actividad en la que participen profesionales no médicos); otros lugares de aprendizaje recomendados son puntos de reunión de asociaciones ciudadanas y consejos de salud y centros de asuntos sociales.

Para terminar, la evaluación debe incluir la supervisión de la consulta del médico en formación, documentos elaborados (necesidades de salud, programas de salud y su evaluación, diseño de intervenciones), conclusiones e intervenciones, y sobre todo actitudes favorecedoras de la participación ciudadana.

En conclusión, aunque las políticas sanitarias deberían tener en cuenta los determinantes sociales y económicos de la salud, no siempre es así, y menos aún con la situación política actual. Los médicos de familia estamos sobrecargados con tareas administrativas y consulta a demanda de sólo una parte de la población, y muchos médicos rechazan el asumir además otras tareas diferentes. Pero creemos que incluir en agenda la atención comunitaria es parte fundamental de nuestra tarea como agentes de salud, sobre todo teniendo en cuenta que, aunque los resultados serán obvios a medio plazo, mejoraremos la calidad de vida de todos nuestros pacientes, no sólo del grupo que acude a consulta. Cambiando el modelo de atención participamos en disminuir las inequidades en salud, además de que solucionaremos, al menos en parte, la frustración que nos supone el no poder ofrecer ninguna ayuda a parte de nuestros pacientes.

¿Por dónde empezar entonces? Aunque la atención comunitaria es parte del programa formativo de docencia del médico interno residente, muchos de nosotros no hemos recibido ninguna formación al respecto. La propuesta del Grupo de Trabajo de Actividades Preventivas y Comunitarias de SCAMFYC es vencer el vértigo de abordar semejante tarea con algún curso que, aunque puede ser completamente *online*, suponga iniciar algún proyecto de atención comunitaria práctico en nuestro entorno. Esta toma de contacto puede suponer la semilla de la que germinen futuros programas, convenciendo a los escépticos y anulando a los boicoteadores.

BIBLIOGRAFIA

1. Wilkinson R, Marmot M, eds. Social determinants of health. The solid facts. 2nd ed. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization; 2003.
2. Hernán-García M, García Blanco D, Cubillo Llanes J, Cofiño R. Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. FMC. 2019; 26 (Extr. 2): 1-9.
3. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del

Estado, nº 105 (3 de mayo de 2005)

4. Astray Coloma L, coord. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un Centro de Salud? De la reflexión a las primeras intervenciones [Internet]. Alcobendas: semFYC; [Revisado octubre 2019]; Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2012/11/recomendaciones-pacap.pdf>
5. Cubillo Llanes J, García Blanco D, Cofiño R, Hernán-García M. Técnicas de identificación de activos para la salud. Aplicable a cada centro de salud. FMC. 2019; 26 (Extr. 2): 10-7.
6. Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social –Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018. 65 p.
7. Participar para ganar salud. Versión para todos los públicos de la Guía Participación Comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Madrid: MSCBS-IACS-FEMP-RECS; 2019
8. López S, Suárez O, Cofiño R, coord. Guía ampliada para la recomendación de activos (“prescripción social”) en el sistema sanitario [Internet]. Oviedo: Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad; [Revisado 2018, citado diciembre 2019]. Disponible en: https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/guia_ampliada_af.pdf



Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).