

Programa de medicina comunitaria en la formación de los residentes

Ana Delgado Sánchez. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Técnica de Salud de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Granada.

Dirección para correspondencia: *Carmenes de San Miguel. Alquería, 66. 18010 Granada*

“Porque en lo imposible es donde está la realidad”

(Clarice Lispector)

En el último Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), que ya cuenta con 7 años de experiencia, se formulan todos los contenidos de aprendizaje para los residentes de la especialidad en términos de tareas. Con ese cambio sobre el programa anterior, la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) pretendió adaptar los contenidos docentes y la metodología de aprendizaje al desempeño real de los médicos de familia (MF) en los centros de salud (CS). De tal forma que en el programa se identifican 8 tareas de orientación comunitaria del MF.

Este conjunto de tareas de medicina comunitaria (MC) se plantea bajo dos premisas claves en la práctica de la medicina comunitaria. La primera es que los MF, en colaboración con los demás profesionales del equipo de atención primaria (EAP), tienen la responsabilidad sobre toda la población, no solo de las personas que consultan, porque el imperativo de la AP es que los servicios lleguen a quienes más lo necesitan que son los que menos demandan. El segundo pilar es que la comunidad cuenta con sus propios conocimientos, recursos y redes para enfrentar los problemas relacionados con la salud, y que los profesionales de AP pueden cooperar con los individuos y los grupos de esa comunidad para producir mejor salud.

Cómo hemos enseñado medicina comunitaria

En los inicios de la formación de residentes en MC, planteábamos como objetivo el aprendizaje de todo el proceso de un *Diagnostico de Salud y Programación*, con un enfoque, en el proceso y las técnicas, procedente de la salud pública. Los residentes realizaban todos los pasos del diagnostico de salud global de una población definida; el informe resultante de ese trabajo solía ser de cierta utilidad, dado que se llevaba a cabo en el momento en que se empezaba a implantar la reforma de AP en una zona básica urbana o rural. Pero también contaba con otros beneficios en la formación, algunos no buscados explícitamente, porque impregnaba la cultura de los residentes de un componente comunitario. Los residentes que compartían la experiencia de recoger información de registros, de personas de la comunidad y

de profesionales, y posteriormente reflexionaban para identificar los problemas y necesidades de salud, obtenían un bagaje y una identidad que, con los cambios que hemos ido introduciendo más tarde, no logran.

El rodaje de los CS y otra serie de factores más complejos, además de las propias limitaciones de la metodología que utilizábamos, convirtieron las partes centrales del programa en obsoletas, y las reflexiones iniciales sobre las limitaciones de esa forma de trabajar se señalaron pronto (1).

Superada esta etapa, entramos en otra en la que se ha intentado adaptar la formación de los residentes a las tareas del MF (realidad en los CS), y en la que a mi juicio, las unidades docentes (UsDs) nos hemos dejamos arrastrar por el peso de esa realidad. Los EAP de los CS docentes, en su mayoría, están consolidados y cuentan con programas de salud en funcionamiento (sobre todo en Andalucía, donde la cartera de servicios de AP no excluye a ningún grupo poblacional), lo que permite a esos EAP utilizar una metodología de evaluación, identificación de nuevas necesidades y reprogramación de cambios incardinada en la práctica diaria del CS. En este contexto, la formación de los residentes en las UsDs de Andalucía se basa en el desarrollo teórico de las tareas del programa, con una carga horaria muy variable, y, para algunas de estas tareas, se añade un componente práctico. En algunas UsDs la etapa de identificación de necesidades se limita a unas pocas horas teóricas, y, en algunos casos, los residentes aprenden estas tareas mediante la resolución de problemas en el aula con supuestos simulados. Es más frecuente, al menos en Andalucía, que, con o sin la fase previa, los residentes diseñen un programa comunitario y/o de educación para la salud para enfrentar un problema. En las UsDs la distribución de estas tareas a lo largo de los 3 años es también muy heterogénea.

Durante el segundo y tercer año, los residentes se integran en la realización de todos los programas de salud, aprendiendo de sus tutores a manejar niños, ancianos, mujeres, y situaciones especiales, y participan en la evaluación de todas estas actividades. Si esta parece ser la forma ideal de aprendizaje, no podemos obviar su limitación, a saber, ¿qué aprende un residente cuyo CS no realiza actividades regladas de evaluación y replanificación de cambios para mejorar la atención de cada programa?.

Mi percepción personal es que este proceso de evaluación periódica se ha deteriorado fuertemente en los CS docentes. La introducción de los contrato-programa y posteriormente de los acuerdos de gestión clínica, impulsados desde niveles superiores a los EAP, plantea objetivos de actividad mas que de calidad, y claramente cuantitativos o de coberturas. Las condiciones de este marco, añadidas a la presión asistencial insostenible en muchos CS, ha

hecho que los profesionales desvíen su atención hacia estos objetivos, que son los que sustentan los incentivos posteriores. De este modo la practica de la evaluación ha cambiado, y con ello las oportunidades para la formación de los residentes de MF.

Al margen de la evaluación quedan un numero variable de actividades que realizan, sobre todo, enfermeras y trabajadoras sociales. Se trata de aquellas experiencias de participación social que implican a diversos sectores relacionados con la salud, a través del trabajo con grupos comunitarios. Parte de estas experiencias se recogen en diversas publicaciones, como la sección de Contactos en la revista Comunidad de la semFYC (2), o la Red de Actividades de Promoción de Salud, de la Escuela Andaluza de Salud Pública (3). El desarrollo de estas experiencias tiene un lugar marginal en los CS, y los profesionales que las realizan alcanzan generalmente poco reconocimiento de sus compañeros médicos y no médicos, a pesar de constituir un importante capital en el seno de la AP. Cuando se evalúan los resultados de estas experiencias podemos comprobar su impacto en la salud de los grupos a los que van dirigidas (4), se modifican algunos factores de riesgo en el grupo de estudio (versus grupo control) tales como el déficit en vacunación, el deterioro en la higiene de los niños o el uso de métodos anticonceptivos.

Es preciso implicar a los residentes en estas actividades que tienen un elevado potencial formativo, aunque sus tutores tengan poca o ninguna participación activa en las mismas.

Sin embargo, los tutores de MF están ocupados en problemas reales (tiempo de consulta) y /o deseosos de incorporar habilidades puramente técnicas a su quehacer clínico, y permanecen mayoritariamente ajenos a las actividades comunitarias que se producen dentro de sus equipos. No olvidemos el fuerte impacto que están teniendo, en la práctica de los CS y, consecuentemente en la formación de los residentes, algunas innovaciones como la cirugía menor, las infiltraciones, el control de sintrón o las ecografías.

Todas ellas son eso, puras habilidades fáciles de aprender para los MF, y coherentes con el modelo biomédico, por lo que no obligan a replantearse el marco de referencia. Además tienen pocas implicaciones emocionales y conllevan una elevada gratificación en la atención inmediata al paciente, por todo ello los MF se adhieren a ellas con éxito. No se puede decir lo mismo de las actividades comunitarias. El quehacer comunitario es también científico y técnico, pero supone aceptar la complejidad del trabajo en AP, saber y creer que la salud depende de las propias personas y de su medio, ceder espacios de decisión a otros actores y cooperar con ellos según sus propias necesidades. Por estas razones, la medicina comunitaria implica un cambio profundo frente al cual los MF se arman defensivamente con argumentos de tiempo y competencia, y se atrincheran en las formas de

intervención conocidas y seguras para el profesional. Sin embargo, muchos tutores, sin ser conscientes de sus connotaciones comunitarias, han incorporado en su práctica un primer cambio significativo, el de considerar los elementos psicosociales de la enfermedad de cada paciente atendido en su consulta, viendo a este en su contexto familiar y social.

Realidades y cambios

Trabajar con pacientes individuales y trabajar con grupos comunitarios no son opciones antagónicas o que entren necesariamente en conflicto. En la realidad son prácticas con las mismas personas y en el mismo tiempo y espacio.

Diferentes autores señalan que toda intervención individual tiene connotaciones y resonancias comunitarias cuando el MF busca, a través de la relación médico-paciente, capacitar a la persona para que enfrente sus problemas maximizando su autonomía (empowerment). En este contexto el MF está haciendo medicina comunitaria (5).

Por otro lado, la integralidad de la AP en sistemas en que el MF es la puerta de entrada, requiere que en este nivel se identifiquen adecuadamente las necesidades de la población, de forma que se oferten medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria a todos los que lo necesitan; la integralidad de la AP solo se garantiza si los servicios cubren las necesidades de salud (6).

La MF es la única especialidad que posibilita cuidar a las personas en su contexto familiar, grupal, laboral y ambiental, actuando desde la consulta a demanda hasta la cooperación con grupos implicados en resolver necesidades de salud comunitarias.

Hay que mostrar a los residentes, con realidades tangibles y eficaces, este tránsito de lo individual a lo comunitario y de lo grupal a lo personal. Y las UsDs tienen la obligación de proporcionar a los residentes encuadres adecuados que les permitan aprender a trabajar, no solo con personas, sino también con los grupos y la comunidad.

Algunas propuestas para mejorar la formación:

1. Las UsDs deben proporcionar, en su oferta docente a los residentes, encuadres que permitan el aprendizaje de las tareas de MC. Cuando el discurso teórico sobre la importancia de la MC no se acompaña de una decisión práctica sobre el tiempo y los recursos necesarios dedicados a la materia, los residentes lo perciben como una impostura. Podemos observar como la priorización que se hace actualmente en algunas UsDs, dota de mayores recursos, y sobre todo, de más tiempo, a aspectos tales como cursos de emergencias, de cirugía menor o de otras habilidades técnicas que el residente tiene la

oportunidad de aprender en las rotaciones hospitalarias y en las numerosas guardias que realiza a lo largo de 3 años, mientras el dimensionamiento de las tareas de MC es ínfimo. Por lo tanto, esta disociación entre lo que decimos (programa CNE y declaraciones de principios), y lo que hacemos, esta dando como producto un especialista en MFyC exclusivamente clínico.

En congruencia con el mensaje implícito que supone la priorización operativa que se hace en las UsDs, es frecuente que los residentes evalúen un seminario práctico de educación para la salud de "poco útil", mientras evalúan como "muy útil" actividades docentes sobre diagnóstico y tratamiento, que generalmente resultan redundantes.

2. Es necesario redefinir las tareas de MC en el programa de la CNE y adaptarlas a metodologías y prácticas más actuales en relación con:

- La identificación de necesidades, incorporando métodos que se adapten al contexto real de la AP (7-8), considerando que la valoración es un proceso iterativo y que puede utilizar un *enfoque centrado* en una enfermedad, un grupo de pacientes, una minoría, una actividad, etc. En el Reino Unido la técnica de valoración conocida como *rapid appraisal* (valoración rápida) (9) ha mostrado su utilidad e idoneidad en atención primaria a pesar de tener limitaciones. El rigor y la validez del método se basan en la triangulación de la información procedente de: entrevistas con informadores clave y en grupos focales, registros previos, y observación de los hogares o del vecindario. Se hace énfasis en la información cualitativa, que podrá también complementar los datos cuantitativos, y en la flexibilidad del método.
- La programación de acciones encaminadas a resolver las necesidades existentes y no cubiertas. La evaluación rigurosa y periódica de la calidad de los servicios del CS puede ser la principal herramienta para planificar. La evaluación permite a los EAP detectar lagunas no cubiertas por el mismo, planificar los cambios estratégicos necesarios y establecer los acuerdos organizativos pertinentes en el equipo. La observación atenta de lo que ocurre en el medio, a través del trabajo en las consultas, los programas, las visitas domiciliarias y otras actividades diarias, es una fuente fundamental de información para identificar necesidades potenciales descubiertas y grupos sometidos a situaciones de desigualdad.
- El aprendizaje de los residentes en metodologías cualitativas sencillas y con un gran potencial en la planificación.

- La educación para la salud, potenciando el aprendizaje de la educación en grupos, aprovechando las experiencias existentes en los CS y promoviendo otras. Si pensamos que el trabajo de AP tiene más sentido cuando se realiza en equipo, las UsDs tenemos que incorporar a otros profesionales no médicos a la formación de los residentes; estos profesionales, además, se sienten gratificados por ello. La dinámica de aprendizaje en los grupos conlleva la resolución de dificultades entre iguales y produce los cambios subsecuentes que inducen en los integrantes una adaptación activa a su medio, lo que equivale a mejor salud. Los beneficios de trabajar con un grupo multiplican a los obtenidos en el trabajo individual, pero la mayoría de los tutores de MF no tienen esa experiencia profesional. Partir de la premisa de que el trabajo con grupos solo puede darse al margen de la práctica del MF, bajo cualquier argumento teórico o práctico, es ignorar que los problemas de salud afectan a muchas personas de la comunidad, que requieren la colaboración de varios actores para ser resueltos y que los cambios mantenidos en los hábitos y en las conductas, y por tanto eficaces para mejorar la salud, se consiguen más fácilmente mediante la participación de la familia y de los grupos, que con el método más frecuente de hablar con las personas sobre lo que les conviene hacer. Razones por las que la educación grupal supera en eficiencia a la individual. Pero de nuevo se adopta un discurso teórico que elude su aplicación práctica.
 - La participación comunitaria con un enfoque instrumental (10). Este tipo de participación se produce con una finalidad determinada y explícita, y responde a dos tipos de situaciones, bien alcanzar los objetivos de un programa de salud implicando a los grupos afectados, bien responder a las demandas concretas de individuos y/o colectivos externos al EAP. La colaboración con grupos de ayuda mutua, con los centros educativos, con asociaciones de mujeres, de enfermos crónicos, de educación de adultos, y un largo etcétera de grupos que constituyen una red de relaciones en todo CS, son mecanismos realistas y pragmáticos de participación. Como señala Irigoyen, se trata de conseguir un *capital relacional* con este conjunto de actores y establecer con ellos relaciones informales de intercambio. Algo con lo que, en mayor o menor medida, cuentan todos los CS.
 - Los sistemas de registro informatizados y su potencialidad en MC
3. Las UsDS tienen que rentabilizar para la formación de los residentes en MC todas las actividades del CS que tengan algún componente comunitario, independientemente de los

profesionales del equipo que las lleven a cabo. Para ello hay que implicar a los residentes en el desarrollo y evaluación de estas actividades.

4. La semFYC y sus sociedades federadas, como principal organización profesional de los MF, tienen la obligación moral de potenciar el desarrollo de la MC. El Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) es una buena herramienta para ello, pero insuficiente. Debería darse más presencia a los aspectos comunitarios en foros de máxima difusión entre los MF, como congresos nacionales y autonómicos, Escuela de Verano, documentos, publicaciones y actividades de formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Revilla Ahumada, L; Delgado Sánchez, A; López Fernández, LA. Atención primaria orientada a la comunidad. En: Marín Zurro, A; Cano Pérez, JF. Manual de atención primaria. Organización en la consulta. Doyma 2ª Ed. Barcelona. 1989.
2. Comunidad. SemFYC. Nº 3. 2000. Pág. 9-84
3. Red de Actividades de Promoción de Salud. EASP. Nº 6: Drogas y Salud. 1999.
4. Puerta Rodríguez, F; Otazu Martínez, J. Intervención con familias en desventaja social: proyecto de investigación-acción. Asociación Socio Cultural Adultos Cartuja. Granada. 1998.
5. Turabian, JL; Pérez Franco, B. Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria. Ed. Díaz de Santos. Madrid. 2001.
6. Starfield. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Ed. Masson. Barcelona. 2000.
7. Stevens, A; Gillam, S; Health needs assessment: needs assessment: from theory to practice. BMJ 1998; 316: 1448-1452.
8. Wilkinson, JR; Murray, SA. Health needs assessment: Assessment in primary care: practical issues and possible approaches. BMJ 1998; 316: 1524-1528.
9. Murray, SA. Experiences with “rapid appraisal” in primary care: involving the public in assessing health needs, orientating staff, and educating medical students. BMJ 1999; 318: 440-444.
10. Irigoyen, J. La participación comunitaria en salud: una reformulación necesaria. En: Aranda Regules, JM (Editor). Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata. Ed. Díaz de Santos. Madrid. 1993.

TABLA 1

<i>Tareas comunitarias del médico de familia</i>
Tarea 1: recopilar y presentar datos existentes sobre la comunidad
Tarea 2: identificar los problemas de salud comunitarios
Tarea 3: priorizar las actuaciones del equipo
Tarea 4: estudiar la distribución y determinantes de una necesidad de salud en la comunidad
Tarea 5: diseñar un programa comunitario
Tarea 6: desarrollar actividades en atención primaria de los programas de salud comunitaria específicos
Tarea 7: mejorar la salud de la comunidad mediante la educación y la participación comunitaria
Tarea 8: diseñar y manejar un sistema de registro para la toma de decisiones en atención primaria de salud

TABLA 2

<i>Propuestas para mejorar la formación de los residentes en medicina comunitaria</i>
1. Dedicar tiempo y recursos suficientes para el aprendizaje de los residentes
2. Redefinir las tareas del programa de la Comisión Nacional de la Especialidad para: <ul style="list-style-type: none"> • Incorporar métodos de identificación de necesidades adecuados a la especificidad de la AP • Adaptar tareas de programación a las prácticas existentes y viables en los CS • Aumentar la formación en metodologías cualitativas • Potenciar el aprendizaje de métodos en educación grupal • Mostrar metodologías de participación comunitaria basadas en la experiencia de los CS • Adaptar la formación sobre sistemas de registro a la situación actual de los CS
3. Rentabilizar las experiencias comunitarias que existen en los CS docentes para la formación de los residentes
4. Impulsar las actividades comunitarias desde las sociedades científicas de la especialidad