

Editorial

La formación de grado y posgrado en el campo de la orientación comunitaria

Pablo Bonal Pitz
Médico de Familia. Comisión Nacional
de la Especialidad de MFyC

A pesar de los grandes esfuerzos de numerosos colectivos e instituciones para que se cumpliera el objetivo de “Salud para todos en el año 2000”, la realidad que percibimos muchos profesionales de la salud es que la medicina clínica durante la segunda mitad del siglo xx se ha caracterizado por: la orientación al abordaje individual de los problemas de salud; el esfuerzo en la búsqueda de tratamientos para enfermedades con impacto en los medios de comunicación, a la par que su abordaje sea económicamente congruente con un modelo de economía de mercado en el que las empresas de tecnología sanitaria tengan importantes beneficios económicos. Ante este desalentador panorama, la formación de los médicos no ha permanecido ajena a la abrumadora generalización de la biomedicina en los servicios de salud. En pregrado, el entorno de aprendizaje es la Atención Hospitalaria (AH), con una total ausencia de contenidos y aprendizaje en la comunidad. En España la formación ha sido hasta hace muy poco exclusivamente hospitalaria, se le ha transmitido al alumno una visión exclusivamente biomédica de la medicina, el profesorado titular sólo trabaja en el hospital con lo que el modelo médico de los futuros licenciados es exclusivamente hospitalario. Mientras no se produzcan profundos cambios en la formación pregrado, con la incorporación de la Atención Primaria (AP) como entorno de aprendizaje en igualdad a la AH el proceso de formación de los futuros médicos tendrá importantes carencias en todas sus dimensiones esenciales, incluida la comunitaria.

Sin embargo, la formación posgrado de los médicos de familia en España, desde el inicio de la especialidad, siempre ha considerado la orientación comunitaria una de las bases esenciales de su

identidad profesional. De hecho, la especialidad se denomina “Medicina Familiar y Comunitaria”, pero hay que reconocer que el abrumador peso de la biomedicina, tanto en las facultades de medicina como en los servicios de salud, ha retrasado el proceso de identificación de los médicos de familia con su rol de médicos comunitarios.

La herramienta esencial en la formación de especialistas en España son los programas nacionales de cada especialidad, en el caso de la medicina de familia, el programa contempla especialmente la medicina comunitaria. El programa tiene cinco áreas de competencia: esenciales (comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y la bioética), relacionadas con la atención al individuo, con la atención a la familia, con la atención a la comunidad y las que se relacionan con la formación continuada y la investigación.

El programa recoge el reto de conseguir objetivos de salud comunitarios desde la atención clínica. Contempla de manera explícita que “para mejorar la salud y disminuir las desigualdades, el médico de familia debe intervenir sobre los determinantes de la salud que están en un contexto físico y social distinto al del sistema sanitario. La orientación comunitaria del médico de familia comienza a través de su atención al individuo ya que toda su actividad en esta área debe realizarla contextualizada en el entorno de la persona, aprovechando sus recursos y minimizando sus déficit”. Para ello, en su formación posgrado y continuada de adquirir conocimientos y habilidades suficientes para “identificar las necesidades de salud de la población, considerando a la comunidad en su conjunto como sujeto de atención, identificando a los grupos de riesgo que, por razones de clase social, género, etnia, edad, etc., sufren desigualdades en salud, programando e implementando intervenciones para abordar los problemas de salud comunitarios y conseguir el acceso al sistema sanitario de los sujetos más vulnerables”, y realiza lo importante para el residente que es el tomar conciencia de que “un buen médico de familia no puede limitarse a abordar en la consulta las

EL PROGRAMA RECOGE EL RETO DE CONSEGUIR OBJETIVOS DE SALUD COMUNITARIOS DESDE LA ATENCIÓN CLÍNICA

ES IMPORTANTE
QUE LA ATENCIÓN A
LA COMUNIDAD SE
PERCIBA COMO UNA
PARTE INHERENTE A LA
ACTIVIDAD DIARIA DEL
EQUIPO DE ATENCIÓN
PRIMARIA (EAP)

demandas que se le presentan, sino que ha de atender también las necesidades de salud del conjunto de la población a la que atiende aprendiendo que las actividades comunitarias, como estrategia de promoción de la salud, forman parte de sus funciones”.

Siendo realista, en numerosas ocasiones tanto el tutor como el residente comparten el proceso de aprendizaje de la atención comunitaria, en el que se incluyen conocimientos y habilidades, que se desarrollan y comparten simultáneamente en el mismo proceso de la atención individual en la consulta médica. El residente debe reconocer “los nexos de unión entre la atención individual y comunitaria y los puentes que han de establecerse entre ambas, evitando concebirlas como independientes y no relacionadas”. Es importante que la atención a la comunidad se perciba como una parte inherente a la actividad diaria del Equipo de Atención Primaria (EAP), y el médico de familia lo debe realizar tanto en su consulta como en reuniones o en los domicilios de los pacientes, debe evitarse la percepción de que es una actividad ajena al trabajo diario que organizan y realizan “otros” agentes en otros entornos sociosanitarios, aunque se debe contar en estas actividades de intervención y participación comunitaria con los conocimientos y habilidades de colaboradores expertos en la atención comunitaria (AC). Para ello el propio programa establece que “desde la propia consulta médica el residente habrá de valorar el contexto comunitario de los pacientes, tanto en el análisis de sus problemas como para las posibles intervenciones, reconociendo las limitaciones de sus actuaciones en la propia consulta y los recursos comunitarios que pudieran ser eficaces”. El papel de los tutores es muy importante, consecuentemente lo debe ser su formación en estos aspectos ya que deben ser los mejor indicados para implementar la formación de AC.

Los objetivos que plantea el programa en este campo son numerosos, y considera que lo óptimo sería que el residente, al finalizar su período de formación MIR, fuera capaz de: prestar una atención individual en la consulta considerando el contexto social y comunitario de los pacientes, tanto en los condicionantes de los problemas como en las posibles intervenciones, así como la efectividad y eficiencia de las actuaciones individuales sobre el nivel de salud de la comunidad; identificar y priorizar las necesidades y problemas de salud de la comunidad con participación de ésta; identificar los recursos comunitarios disponibles, conocer su utilidad práctica y favorecer su desarrollo; priorizar intervenciones y elaborar

programas comunitarios con participación de la comunidad; desarrollar (implementar) programas comunitarios y evaluarlos con participación de la comunidad; conocer las bases conceptuales de la metodología cualitativa y su aplicación a la práctica de la AP; realizar intervenciones de educación para la salud grupales con metodologías capacitadoras y participativas; participar en una adecuada coordinación intersectorial, especialmente con el sector de servicios sociales; y, finalmente, favorecer y colaborar en actividades de participación real de la comunidad en el cuidado y promoción de la salud, con actitud de escucha activa y de reconocimiento del papel protagonista de los ciudadanos.

El programa es bastante exhaustivo en estos contenidos, pero también es realista al considerar la variabilidad de los entornos docentes y los intereses de desarrollo profesional de los residentes. Por ello, se establecen unos niveles de prioridad, los contenidos del primer nivel se consideran indispensables para tener reconocimiento como especialista, hay un segundo nivel que se considera debe ser adquirido por la mayoría de los residentes, y un tercer nivel de excelencia. A título de ejemplo, se presentan algunos de prioridad I: conocer y tener presente la efectividad y eficiencia de la atención sanitaria individual sobre el nivel de salud de la comunidad (morbimortalidad evitada, etc.); tener presentes el medio social y el contexto comunitario en la atención individual en consulta a cada paciente, identificando los condicionantes sociales y comunitarios de los problemas de salud atendidos; saber identificar las limitaciones de la consulta médica en la atención a los diferentes problemas de salud de cada paciente y utilizar los recursos comunitarios disponibles que puedan ser de utilidad, etc. Son prototipo de actividades docentes de prioridad II: participar activamente en actividades de coordinación intersectorial; participar activamente en actividades de participación comunitaria en un centro de salud con una actitud de escucha activa y de reconocimiento del protagonismo y responsabilidad de los ciudadanos en la promoción y cuidado de su salud; coordinar grupos focales interprofesionales y con ciudadanos, analizando la información obtenida, llegando a conclusiones fiables, etc. En el nivel III las actividades que realizar se corresponden con este nivel de excelencia, como ejemplo encontramos: realizar con metodología cualitativa algún trabajo o proyecto de investigación sobre aspectos relacionados con la salud comunitaria o con la evaluación de los servicios sanitarios desde la perspectiva de la población; diseñar y coordinar intervenciones grupales de educación

La formación de grado y posgrado en el campo de la orientación comunitaria

para la salud grupal, con metodologías capacitadoras y participativas; coordinar un plan para el inicio y desarrollo de un proceso de coordinación intersectorial de la promoción de salud en una comunidad; coordinar un plan para el inicio y desarrollo de un proceso de participación comunitaria continuada en un centro de salud, etc.

Tras la lectura de los ejemplos anteriores, a nadie se le escapa que la versatilidad del nuevo programa de la especialidad es tal que constituye una excelente guía para los residentes, pero además es la mejor guía para la formación continuada de los tutores y los médicos de familia en activo. De hecho, en los trabajos de elaboración de futuras propuestas para el desarrollo profesional continuo de los médicos de familia en España, las bases conceptuales de las mismas son el propio PNE.

Para la aplicación práctica del PNE se recomienda la utilización de estrategias del tipo autoaprendizaje y aprendizaje de campo. Realizándose mediante el estudio y lecturas, comentadas posteriormente con los tutores, realización de entrevistas y actividades grupales y comunitarias supervisadas: presentación de casos clínicos centrados en el paciente, incidiendo especialmente en el contexto social y los condicionantes comunitarios, la utilización de actividades grupales y recursos comunitarios disponibles (grupos de autoayuda, educación grupal, asociaciones ciudadanas, servicios sociales). Consulta y atención coordinada de pacientes con la trabajadora social o servicios sociales. Supervisión de historias clínicas, comprobando si se contempla el contexto social y comunitario y el aprovechamiento de recursos comunitarios disponibles. También se contemplan los trabajos de grupo con entrevistas con ciudadanos informantes clave, reuniones con grupos ciudadanos, observación participante de actividades grupales y comunitarias y de coordinación intersectorial y supervisión posterior de las conclusiones sobre lo observado. Y utilizando igualmente las tradicionales clases y talleres.

El objetivo principal de esta metodología participativa es que el residente perciba la importancia de la capacitación (*empowerment*) y el protagonismo real y activo de los ciudadanos y sus organizaciones en la promoción y cuidado de su salud y el papel del médico de familia como favorecedor de este proceso.

Los entornos de aprendizaje son el centro de salud con el residente integrado en el equipo de AP multidisciplinar (enfermería y trabajo social) y con la comunidad (educación grupal, entrevis-

tas y reuniones con ciudadanos, grupos, asociaciones, consejos de salud, etc.), los servicios sociales, tanto en consultas individuales seleccionadas como principalmente actividades grupales, y otras organizaciones ciudadanas relacionadas con la salud: grupos de autoayuda, asociaciones de enfermedades, otras asociaciones.

La evaluación se basará en la supervisión por parte del tutor de las actividades realizadas por el médico residente en los diferentes entornos de aprendizaje descritos.

A modo de conclusión, la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en 1978, fue un gran avance para la medicina comunitaria, pero la inercia biomédica de los profesionales, la "hospitalización" de la medicina preventiva y salud pública, las limitaciones y carencias "de todo tipo" de la Administración sanitaria, y un pregrado hospitalario y biomédico, han dejado sin un desarrollo adecuado los aspectos comunitarios de la medicina en AP. Los médicos de familia en España, con el nuevo programa de la especialidad de 4 años, quieren intentar recuperar los años perdidos y que éste sea tanto una guía para los residentes, pero sobre todo un referente profesional.

Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. Programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 17 de enero de 2005.

Disponible en: URL:
<http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>

editorial

LA VERSATILIDAD DEL
NUEVO PROGRAMA DE LA
ESPECIALIDAD ES TAL QUE
CONSTITUYE UNA EXCE-
LENTE GUÍA PARA LOS
RESIDENTES, PERO ADE-
MÁS ES LA MEJOR GUÍA
PARA LA FORMACIÓN
CONTINUADA DE LOS
TUTORES Y LOS MÉDICOS
DE FAMILIA EN ACTIVO