

### LA ATENCIÓN A LA COMUNIDAD EN EL PROGRAMA DE RESIDENCIA DE MFYC

**N**uestra especialidad se denomina Medicina Familiar y Comunitaria desde su creación en 1978. En la mayoría de los países es Medicina de Familia (o Medicina Familiar en Iberoamérica), pero este segundo apellido que se le puso a la especialidad en España imprime carácter y, en mi opinión, es oportuno mantenerlo y desarrollarlo.

Al principio se dio mucha importancia a la vertiente comunitaria y se gastaron muchas energías en hacer exhaustivos «diagnósticos de salud» con muy buena voluntad y calidad, pero que luego se utilizaron poco, por lo que, al cabo de los años, por estas experiencias iniciales, por la presión asistencial y por los cambios en la sociedad (menos participativa en general), esta área está bastante poco desarrollada.

También es consecuencia de la confusión entre Salud Pública y Medicina Comunitaria. Los médicos de familia tenemos que manejar fundamentalmente la segunda, que trabaja con poblaciones más pequeñas, donde la información relevante es muchas veces de tipo cualitativo y los registros clínicos se solapan con los de tipo comunitario.

Es el momento de plantearse la importancia que tiene la Medicina Comunitaria y adaptarlo a las necesidades actuales.

¿Qué dice el Programa de la Especialidad? En el apartado de **perfil**

**profesional** se relacionan las responsabilidades del médico de familia y una de ellas es **la orientación hacia la salud de la comunidad**, desarrollada de la siguiente manera:

1. Se sentirá responsable del proceso salud-enfermedad de su comunidad, a lo largo de toda la historia material de éste, y tanto en los individuos como en la colectividad.

Por lo tanto, se ocupará, además de atender a las demandas que se le formulen, de identificar y actuar sobre los factores de riesgo que existan en su comunidad, lo que supone un cambio, desde una actitud de espera, a una búsqueda activa y continua.

2. La accesibilidad adecuada de toda la población al sistema de salud, premisa indispensable para la cobertura universal que se propone, reclama del profesional el conocimiento de su comunidad y de los problemas de todo tipo: legal, cultural, geográfico, económico, etc., que la obstaculicen, así como de las acciones encaminadas a superarlas.
3. La necesidad de participación de la comunidad, que debe actuar como sujeto de su atención de salud, implica que los profesionales sanitarios adopten una posición positiva hacia éste, rompiendo con la tradicional situación que coloca los conocimientos científicos como saber sólo para iniciados, y enfrenta con hostilidad los intentos de socialización de los mismos.



El aprender Medicina Comunitaria es fundamental en la formación del residente de Medicina Familiar y Comunitaria, pero para que el residente adquiera los conocimientos, habilidades y actitudes deseables es imprescindible que su tutor del centro de salud lo lleve a cabo, pues si no será una formación teórica.

Una de las causas de que en los centros de salud no se hagan actividades comunitarias en la cuantía precisa es la elevada presión asistencial que soportamos, como ha sido reivindicado desde múltiples instancias. Es necesario mejorar las condiciones de trabajo para poder impulsar este tipo de actividades.

El aspecto comunitario es importante porque aporta una visión menos medicalizada de nuestra población. Los gestores cada vez tienen menos claro la figura del trabajador social en los Equipos de Atención Primaria (EAP) y eso va en contra de desarrollar lo comunitario, ya que estos profesionales tienen un punto de vista menos sanitario y pueden influir positivamente en el resto de profesionales de los EAP.

Estamos en un momento decisivo para la evolución futura: por un lado se está replanteando el modelo de Atención Primaria por la introducción de nuevas formas de gestión, se va a producir las transferencias a las 10 Comunidades Autónomas que todavía no tienen la gestión de la provisión de servicios (las comprendidas en el Insalud), y además estamos revisando el Programa de la Especialidad de MFyC para adaptarlo a los cambios de los últimos años y ampliarlo a 4 años.

En cuanto a los aspectos de gestión tenemos que influir como sociedades científicas en mantener los valores fundamentales de la Atención Primaria e impulsar nuestro papel dentro del sistema. Para esto es importante el desarrollar de verdad el apellido «Comunitario» de la especialidad y no quedar relegados a ser los médicos asistenciales de 5, 6 ó 7 horas.

En relación a los cambios en el Programa, deben integrar mejor lo clínico y lo comunitario, y

nuestro reto es estimular esta área durante el tiempo que se tarde en aprobar el nuevo Programa, que puede ser en 1 ó 2 años, para que los centros de salud puedan transmitir a los residentes lo que hacen, no lo que deberían hacer.

El perfil profesional que desglosa el Programa de la Especialidad, y que coincide con el realizado por otros documentos (Manual del Residente de MFyC, Documento semFYC...), es francamente atractivo e incentivador. Ya hemos conseguido mejorar mucho la atención clínica en los centros de salud, en la medida que nos dejan la presión asistencial y la posibilidad de acceder a pruebas complementarias, así como se ha dado un aumento muy significativo de la calidad de la docencia, por lo que nos falta desarrollar la atención a la familia y a la comunidad (los apellidos de la especialidad precisamente) y realizar más investigación, para acercarnos a ese perfil profesional ambicioso pero adecuado al nivel que tiene que tener nuestro trabajo como médicos de familia.

Termino con lo relatado por una residente de Medicina Familiar de República Dominicana, Dra. Francisca Laureano, al acabar su primer año y su rotación por uno de los barrios más pobres de Santo Domingo, el Capotillo, por parecerme un documento impresionante por su contenido y por su riqueza de lenguaje y como ejemplo de percepción comunitaria: *«Pasó el tiempo; no hubo huracán ni circunstancias políticas, ni siquiera la miseria cambió su esencia; y continúan en la misma pendiente sembrando en cada hijo una esperanza, sin miedo a perder porque ya perdieron; son la continuidad, el reflejo ignorante envuelto de ilusiones que se escapan con la llegada de otra aurora, despierta de derecho, pretendiendo dignidad, gritando escuelas, canchas, cine, bibliotecas, dispensarios médicos, espacios donde introducir los niños en la calle, buscando del futuro la paz que le ultrajaron».*

Tomás Gómez Gascón

Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria