

# Editorial

## Y de la atención comunitaria, ¿qué se hace?

**Autora:**

Emilia Bailón Muñoz. Vicepresidenta de la semFYC

**A PESAR DEL AUMENTO INCESANTE DEL COSTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS, LAS CONDICIONES DE SALUD NO SÓLO NO HAN MEJORADO, SINO QUE EN ALGUNOS CASOS PODRÍAN ESTAR EMPEORANDO**

En la *Memoria del Centro de Salud de Cartuja*, publicada en el año 1984, se inicia el capítulo referido a la comunidad con la siguiente frase: «A pesar del aumento incesante del coste de los servicios de salud en los países desarrollados, las condiciones de salud no sólo no han mejorado, sino que en algunos casos podrían estar empeorando», 26 años después este párrafo no ha perdido actualidad y, sin embargo, en estas casi tres décadas sí han ocurrido cambios en el sistema sanitario español que en algo deberían haber incidido. En la década de 1980 se aprueba la Ley General de Sanidad, se inicia la reforma de la Atención Primaria (AP) y empiezan a trabajar las primeras promociones de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. En estos primeros años, los médicos de familia de los centros de salud que se ponen en marcha, realizan el diagnóstico de salud de la población del área de referencia y establecen objetivos

partiendo del nivel de salud y sus determinantes sociales y ambientales. Pero en la década de 1990 este enfoque comunitario se ve desplazado por un modelo de producción/consumo de servicios, donde los objetivos que se plasman en contratos-programa no se apoyan en las necesidades de salud surgidas del «diagnóstico de salud» de la población. La consecución de objetivos se relaciona con «los servicios» producidos y el «adecuado consumo» de los mismos. La atención a la comunidad no es uno de los «productos» incluidos en la cartera de servicios de los centros de salud, de la mayoría de las 17 comunidades autónomas, pero debería estar, ya que aporta herramientas para trabajar sobre algunos de los determinantes socioambientales de la salud.

En las tres últimas décadas, el devenir del modelo inicial de la AP ha llevado a relegar la participación comunitaria a experiencias concretas, dignas de reconocimiento por las condiciones poco propicias en las que se está trabajando actualmente en este ámbito de la sanidad.

Este nostálgico párrafo inicial, con saltos de década a década, permite entender la situación de menor desarrollo de la atención comunitaria, a la que se ha llegado en estos 30 años, con respecto a otros aspectos más biomédicos de la Medicina Familiar y Comunitaria. No obstante, se han dado pasos significativos para integrar la atención comunitaria en la práctica del médico de familia, entre ellos la creación del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) en 1995, la edición de esta revista, *Comunidad*, que desde 1998 permite compartir experiencias de atención comunitaria y la publicación del nuevo Programa Nacional de la Especialidad (PNE) en 2005.

Este editorial se va a centrar en el aprendizaje por ser el paso previo a la implementación de buenas prácticas. El PNE recoge que «el buen



► Junta Directiva de la semFYC

médico de familia no puede limitarse a dar respuesta a las demandas de atención clínica que se le presentan, sino que ha de atender también las necesidades de salud del conjunto de la población de su zona básica, aprendiendo que las actividades comunitarias, como estrategia de promoción de la salud, forman parte de sus funciones».

En la publicación en 2005 del nuevo PNE, se reconoce la necesidad de aprendizaje en el área competencial de la atención a la comunidad y, al igual que para las otras cuatro áreas competenciales, se establecen objetivos en conocimientos y habilidades, se describen las tareas y la metodología de aprendizaje. Nos encontramos con el desarrollo de un área competencial que, junto con la atención familiar, dan los apellidos a nuestra especialidad y, sin embargo, en ambas áreas competenciales es difícil el aprendizaje, ya que la formación del médico de familia se realiza fundamentalmente en la consulta del centro de salud de la mano de sus tutores, y el escaso o nulo abordaje de los determinantes psicosociales, tanto a nivel familiar como comunitario por parte de éstos, hace difícil su aprendizaje. Los médicos residentes aprenden lo que ven hacer a sus tutores, como «lo que no está en cartera de servicios difícilmente se hace, en la evaluación de resultados, la atención comunitaria es invisible», por lo que se puede deducir que la atención a la comunidad es invisible o no existe y, por lo tanto, los residentes difícilmente la pueden aprender.

Ante esta situación, la pregunta obligada es: ¿qué motiva esta falta de interés por la atención comunitaria en gran parte de los médicos de familia? Respuestas no van a faltar. Así, unas veces se atribuye a que durante la residencia no se han recibido conceptos y técnicas de abordaje comunitario, o que tampoco fue posible realizar, con posterioridad, formación continuada en esta área de conocimientos. También es posible oír que la atención comunitaria no forma parte del trabajo habitual de un médico de familia, «que de hecho no existe en su cartera de servicios» y, la siempre repetida «falta de tiempo» en la consulta, que sólo permite dar respuesta a las demandas biomédicas.

La formación en atención a la comunidad no es una necesidad sentida, ni en el período de ejercicio profesional ni en el posgrado y,



► Portada del *Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*

mucho menos, en período de pregrado, donde, siguiendo el modelo biologicista, la formación es biomédica y no existe ningún espacio docente que facilite la integración de los problemas de la salud individual y sus determinantes sociales.

Es un objetivo de esta nueva junta directiva de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) potenciar el aprendizaje y el desarrollo profesional en el área de la atención a la comunidad. En el Plan Estratégico 2010-2014 de la semFYC, dentro de las estrategias de mejora en el ámbito social y comunitario, se recoge como objetivo liderar la implantación de la salud comunitaria y el empoderamiento de las personas. Para la consecución de este objetivo, contamos con todos los que estáis trabajando en el PACAP. Tened la seguridad de que disponéis de nuestro apoyo y reconocimiento y que tras las crisis surgen nuevas oportunidades que permiten crecer y avanzar. Con el esfuerzo aunado de todos los que ahora formáis parte del PACAP, vamos a intentar rescatar una parte consustancial de nuestras señas de identidad: el trabajo en la comunidad.

La revista *Comunidad* tiene que seguir en la línea actual, ser el escaparate de las experiencias comunitarias que se están desarrollando en todo el ámbito de la AP y, además, brindar soporte para las actividades de desarrollo profesional.

ES UN OBJETIVO DE ESTA NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA POTENCIAR EL APRENDIZAJE Y EL DESARROLLO PROFESIONAL EN EL ÁREA DE LA ATENCIÓN A LA COMUNIDAD