

Retos en la formación en salud comunitaria a los médicos y enfermeras residentes de unidades docentes multiprofesionales

Sofía Berlanga-Fernández^{a,*}, M.^a Jesús García-Jordán^b y Rosa Villafáfila-Ferrero^c

^aPresidenta de la Subcomisión de Enfermería. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Costa de Ponent. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^bCoordinadora de la Unidad de Metodología, Calidad y Evaluación Asistencial. Dirección de Atención Primaria Costa de Ponent. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^cJefa de Estudios. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Costa de Ponent. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

*Correo electrónico: Sofiaberlangaud@gmail.com

Cuestiones polémicas

- La coordinación de todos los profesionales implicados en la formación especializada ha de garantizar la adquisición de competencias del programa oficial de la especialidad correspondiente con criterios de equidad.
- Tanto en el centro de salud como en la unidad docente se han de promover estrategias que generen un aprendizaje común y un enriquecimiento mutuo de las especialidades que forma.
- La legislación vigente aboga por una estrategia que refuerce la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención en atención primaria de salud, pero aun así no acaba de desarrollarse.
- Existe variabilidad en los tipos y formas de aplicación de las actividades comunitarias, así como en el desarrollo y evaluación de dichas actividades.
- Las unidades docentes multiprofesionales de atención familiar y comunitaria pueden ser un refuerzo para el desarrollo e implementación de la atención familiar y comunitaria en los diferentes equipos en los que se forman sus especialistas.

Palabras clave: Enfermería en salud comunitaria • Enfermería en atención primaria • Medicina familiar y comunitaria • Medicina comunitaria • Atención primaria de salud.

La adquisición de competencias en la formación sanitaria especializada con criterios de equidad

La formación sanitaria especializada viene definida por la legislación vigente¹, así como por los programas formativos de las especialidades^{2,3}, que instan a la formación de profesionales con criterios de calidad docente, a través de proce-

dimientos de acreditación que garantizan los procesos formativos¹.

En las unidades docentes multiprofesionales se establece que son las comisiones de docencia a quienes corresponde organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos previstos en los programas formativos de las distintas especialidades. También corresponde a la comisión de docencia la integración de las actividades formativas de residentes con la actividad asistencial y ordinaria del centro. De la misma manera, los

órganos de dirección de los distintos centros, los responsables de los dispositivos en los que se imparta la formación y las comisiones de docencia estarán obligados a informarse mutuamente sobre las actividades laborales y formativas de los residentes, con la finalidad de decidir su integración con la actividad asistencial del centro o dispositivo de que se trate¹.

En esta línea, se realiza una guía o itinerario formativo en los que se garantice el cumplimiento de los objetivos y contenidos del programa formativo, adaptado a las características específicas del centro o unidad⁴, y es aquí cuando el/la tutor/a ha de velar por ello. Durante la realización del programa formativo, coordinadores/as docentes, tutores/as y colaboradores/as docentes participan en la asunción de competencias de residentes. No obstante, cuando intervienen diversos actores en los procesos formativos, se plantean diferentes cuestiones: ¿es fácil esta coordinación e interrelación?, ¿todas las competencias a adquirir tienen la misma relevancia para todos/as los/as implicados/as?, las realidades territoriales ¿permiten garantizar la formación con criterios de equidad, teniendo en cuenta las particularidades y posibilidades de formación en cada territorio? La respuesta a todas estas preguntas permitirá analizar aquellas competencias que deben ser mejoradas o aquellas que deben ser reforzadas, resultando el/la tutor/a el/la principal responsable del proceso y recayendo en la comisión de docencia y en la unidad docente su aprobación final.

La promoción de estrategias de aprendizaje común

Las unidades docentes de carácter multiprofesional, como las de atención familiar y comunitaria (AFyC), forman a médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria (MFyC) y enfermeros/as especialistas en enfermería familiar y comunitaria (EFyC), cuya duración de los programas formativos es de 4 años en el caso de medicina² y de 2 años en el caso de enfermería³.

La enfermera especialista en EFyC, en el transcurso de su formación ha de adquirir una serie de competencias avanzadas además de las que son prioritarias. Entre las primeras, se encuentran las vinculadas a la salud pública y comunitaria y las relativas al diseño de programas de educación para la salud, así como a la vigilancia medioambiental. Entre las segundas, se identifican las necesidades de salud de la población y la correcta respuesta de cuidados a los/las ciudadanos/as en cualquier ámbito de actuación (centro de atención, domicilio, escuela, lugar de trabajo, etc.) por parte de los servicios de salud. También son competencias prioritarias desarrollar indicadores de actividad y de criterios de calidad de los cuidados en el ámbito familiar y comunitario, así como diseñar y desarrollar estrategias de intervención y

participación comunitaria, en el contexto de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad³.

En el caso de la especialidad de MFyC, se indica que el/la buen/a médico/a de familia no puede limitarse a abordar en la consulta las demandas que se le presentan, sino que ha de atender las necesidades de salud del conjunto de la población a la que da servicio, aprendiendo de las actividades comunitarias como estrategia de promoción de la salud. Por lo tanto, desde la consulta, el/la médico/a residente valorará el contexto comunitario de pacientes, tanto en el análisis de sus problemas como en las posibles intervenciones, reconociendo las limitaciones de sus actuaciones en la consulta y los recursos comunitarios que pudieran ser eficaces. Así, es importante que el/la residente de esta especialidad adquiera una actitud favorecedora y de colaboración con las organizaciones y recursos comunitarios, encaminada a procurar el empoderamiento de ciudadanos/as y sus organizaciones, haciéndoles partícipes y protagonistas en el cuidado y promoción de su salud².

En síntesis, se podría afirmar que ambos programas formativos se reiteran en competencias prioritarias relacionadas con el diseño y desarrollo de estrategias de intervención y participación comunitaria, centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que analizan la situación de salud de la comunidad y planifican y desarrollan programas de promoción de la salud y de educación para la salud^{2,3}. No obstante, surge la pregunta: ¿qué momentos de confluencia existen en el transcurso de los programas formativos que permitan los encuentros de estos residentes para generar estrategias comunes de aprendizaje, ya sea en el centro de salud asignado o en la unidad docente?

En este sentido, es importante que tutores/as que intervienen en los programas de formación basados en competencias se pregunten tanto por lo que tienen que aprender sus residentes, en cuanto a contenidos disciplinares, como por las intenciones educativas que guíen su praxis docente, consiguiendo de esta manera que los/las residentes utilicen y mejoren sus capacidades comunicativas, analíticas y reflexivas⁵ aunando en estrategias comunes relacionadas con la atención comunitaria. A pesar de las dificultades de encuentro, tutores/as, equipo de atención primaria (EAP) y unidad docente deben ofrecer momentos para el diseño, la planificación y la ejecución de actividades conjuntas en ambas disciplinas, enriqueciendo los procesos formativos y las diferentes miradas hacia un mismo fenómeno.

La legislación y la atención primaria y comunitaria

En esta legislatura, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ha considerado urgente impulsar la actualización de la atención primaria y comunitaria de salud del

Sistema Nacional de Salud. Para ello se ha elaborado un Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, que incluye 6 líneas estratégicas. La estrategia “D” recoge el refuerzo de la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención en atención primaria de salud (APS)⁶. Así mismo, se encuentran estrategias autonómicas que pretenden impulsar un nuevo modelo de atención primaria y salud comunitaria⁷.

En esta línea, la Estrategia Nacional de la Atención Primaria y Salud Comunitaria (ENAPISC) tiene como objetivo principal fortalecer la atención primaria y la salud comunitaria y consolidarla como eje vertebrador del sistema sanitario público. Entre los principios clave de la estrategia está potenciar la orientación comunitaria como generadora de salud y de lucha contra las desigualdades en salud. Además, pretende garantizar un modelo biopsicosocial en el centro del cual encontramos a la persona; dar respuesta a los cambios demográficos, así como al aumento de la multimorbilidad; garantizar la calidad y la seguridad; abordar las desigualdades manteniendo la equidad, así como la sostenibilidad del sistema público⁷.

La atención comunitaria resulta como elemento clave del trabajo del EAP para abordar las causas de las causas, con actividades de promoción de la salud y prevención con enfoque de determinantes, reduciendo la brecha de desigualdades, incidiendo en la identificación y capacitación de los grupos vulnerables, y mejorando el gradiente de distribución de los indicadores de salud⁶. En el ámbito profesional se da importancia a disponer de sistemas de información clínico-asistenciales que permitan la evaluación de los resultados de las intervenciones realizadas en la calidad de vida de las personas, promoviendo las relaciones con la comunidad de calidad, coordinando los niveles de asistencia, entre APS, salud pública, entidades locales y con otros sectores y facilitando la toma de decisiones⁶.

La formación especializada encuentra su lugar al considerarse como objetivo incluir y consolidar la competencia comunitaria y la competencia de equidad, en especialidades vinculadas a la APS⁶.

Pero, ¿es solo necesario un refuerzo legislativo para que se desarrolle la actividad comunitaria en los EAP y en la formación especializada?, ¿qué aspectos facilitan o dificultan los procesos de desarrollo comunitario en este tipo de formación? La reflexión de estas preguntas permitirá analizar cómo las políticas estatales, las comunidades autónomas, las gerencias, las unidades docentes, las comisiones de docencia, la dirección de los centros de salud, el equipo de salud, el/la tutor/a y el/la propio/a residente, es decir, entorno macro-meso-micro, influye en la formación de nuestros/as especialistas. En este sentido, en el caso de Cataluña, se identifican acciones dentro del contrato de compra de servicios sanitarios a los EAP; por parte de CatSalut se establecen objetivos relacionados con la atención comunitaria vinculados

a la contraprestación de resultados, o planes de salud vigentes donde uno de sus objetivos es implantar la salud comunitaria a través del trabajo colaborativo y el conjunto de APS y la salud pública con las entidades locales y otros agentes comunitarios^{8,9}.

Desarrollo de actividades comunitarias

En los inicios de la reforma de la atención primaria, los EAP tenían la responsabilidad de llevar a cabo intervenciones comunitarias de promoción de la salud. Un reto fue la búsqueda de consensos en la definición de “actividad comunitaria”^{10,11}. Otro fue la orientación comunitaria de la atención primaria, al ser uno de los aspectos más olvidados. Es por este motivo por el que actualmente la realización de actividades comunitarias de promoción de la salud no está tan extendida como se esperaba¹⁰, encontrándose heterogeneidad, entre las comunidades autónomas, en el desarrollo e implicación de estas actividades: algunos inexistentes, otros orientados en la población que demanda, hasta los implicados en proyectos comunitarios en concepto de proyecto de equipo¹⁰.

El origen de esta desigualdad radica en aspectos que facilitan o dificultan el enfoque en la atención comunitaria, su desarrollo, y en propuestas de solución.

Son aspectos que facilitan dicho enfoque: el marco legal, la actualización en la formación de los profesionales y sus programas formativos, la conciencia política y social en relación con la participación y el apoyo de los sistemas sanitarios públicos e institucionales, las transiciones sanitarias que requieran cambios en el modelo de atención, la mayor competencia profesional, las redes de actividades comunitarias, la estructura de los centros, la multidisciplinariedad de los equipos, la atención continuada, la cartera de servicios, el asesoramiento metodológico¹², el ser centro docente¹³, la implicación del equipo, la motivación, la capacidad de organización y tener conocimiento de la comunidad y diversidad cultural¹⁴.

Son aspectos que lo dificultan: los contextos políticos, institucional, social, la complejidad de la comunidad, así como la hegemonía del modelo biomédico. Otras dificultades que encontramos son la deficiente formación y experiencia previa de los profesionales, la desmotivación, los miedos y resistencias, la organización del propio centro, la lejanía con respecto a la comunidad por su falta de participación activa¹⁰⁻¹², la falta de soporte de la dirección¹⁴, la falta de reconocimiento recibido, las actividades realizadas fuera del horario laboral; así como la inestabilidad y precariedad laboral y la presión asistencial^{8-10,15}, falta de apoyo metodológico externo y la percepción del trabajo ineficiente por resultados obtenidos a largo plazo¹³.

Y a todo esto: ¿cómo se encuentra el equilibrio?, ¿se tratará de dejar de hacer cosas para hacer otras?, ¿desinversión sanitaria o reinversión?, ¿motivación y actitud profesional? ¿La conversión en unidad docente multiprofesional es una oportunidad?, ¿están todos los/las tutores/as y residentes motivados/as en el abordaje de la atención comunitaria?, ¿reciben los/las residentes el apoyo del equipo multidisciplinar en la realización de la atención comunitaria?

En la búsqueda de soluciones, para que la atención comunitaria sea valorada es necesario incluirla en objetivos de los equipos, cartera de servicios de los centros, así como presentar avances y resultados al propio equipo para ser reconocidos¹⁰. En esta línea se encuentran experiencias como las de ComSalut¹⁶ o contratos con objetivos vinculados a la contraprestación por resultados, relacionados con la atención comunitaria⁹. A esto se debe añadir el apoyo directivo de los EAP y de las organizaciones otorgando reconocimiento profesional y fomentando la participación de la comunidad y la colaboración intersectorial^{13,14}. Esta es la base para que los/las profesionales implicados/as no caigan en el voluntarismo y el buen hacer personal. Si el equipo integra este abordaje como necesario y prioritario, los/as tutores/as y los/as residentes también lo harán y aquí es cuando la unidad docente puede reforzar esta visión, adquiriendo importancia la formación¹⁴.

La importancia de la unidad docente multiprofesional de AFyC en el abordaje de la atención comunitaria

La resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria⁷, pretende impulsar la salud comunitaria desde la atención primaria a la vez que refuerza la importancia de adquirir esta competencia en los programas formativos de los especialistas formados en APS.

Esto puede contribuir a desarrollar competencias incluidas en programas formativos, consideradas como muy novedosas, complejas y transversales, difíciles de conseguir en unidades docentes pequeñas incluso dentro del sistema sanitario; entre ellas encontramos las relativas a la investigación, salud pública, intervención comunitaria y gestión. El reto es adquirirlas en el poco tiempo disponible en el programa formativo de EFyC³, aunque esta dificultad también puede trasladarse en una oportunidad de desarrollo para la atención primaria en general y en enfermería comunitaria en particular¹⁷. Nos podríamos preguntar si en el caso de MFyC también es percibida esta valoración.

Pero la realidad encontrada en relación con la organización de la docencia, en algunos EAP, es que se hace escasa

intervención comunitaria. Es por este motivo por el que surgen diferentes iniciativas formativas relacionadas con la salud comunitaria que pretenden dar respuesta a dichos déficits, como formación específica y jornadas de intercambio de experiencias¹⁴.

La salud comunitaria está presente en los programas formativos de ambas especialidades. No obstante, las unidades docentes suelen tener dificultades para encontrar y establecer entornos de aprendizaje adecuados en la adquisición de esta competencia¹⁵. Entonces, llegados a este punto: ¿qué debe hacer la unidad docente? Entre las propuestas se situaría analizar esta competencia, de su formación teórico-práctica y de su metodología de aprendizaje, así como de su despliegue en los equipos, y las diferencias encontradas en los equipos docentes de un mismo territorio, además de la detección de las posibles causas que las producen. La formación de estos profesionales ha de incluir valores y actitudes que contemplen la diversidad, teniendo en cuenta principios éticos para dar respuesta a los cambios sociales. Una formación que permita desarrollar competencias en comunicación y gestión del conocimiento. Una formación que permita la reorientación de la atención primaria a nivel individual (desde la consulta), colectivo (desde los grupos) y comunitario. Las unidades docentes han de transmitir a sus residentes las distintas realidades en el desarrollo de estas actividades en su propio territorio; la identificación de programas estratégicos comunes y aquellos más específicos, así como la utilización de herramientas^{18,19} que permitan tener conocimiento de la comunidad a la que atienden. Las metodologías que requieran una participación activa permitirán, a partir del aprendizaje experiencial, consolidar su formación y desarrollar capacidades críticas y reflexivas. No debe perderse de vista que la formación ha de revisar los roles comunitarios de cada profesional viendo la repartición de responsabilidades y la forma en que se organiza el trabajo, por lo que es necesario identificar las carencias del trabajo multidisciplinario y las acciones en consecuencia.

Este abordaje, aboga por un cambio en la mentalidad y avance en cambios organizativos que generen una APS mejor dotada con motivación, seguridad y capacidad para trabajar con la comunidad, contemplando la intersectorialidad, el trabajo en equipo, la creación de entornos saludables y la equidad.

Bibliografía

1. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado n.º 45 de 21/02/2008.
2. 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 n.º 105, de 3/05/2005.
3. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado n.º 157 de 29/06/2010.

4. Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento del tutor. Boletín Oficial del Estado n.º 56 de 05/03/2018.
5. Ruíz de Gauna P, González Moro V, Morán-Barrios J. 10 Claves Pedagógicas. Educ Med. 2015;16:34-42.
6. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. Boletín Oficial del Estado n.º 109 de 07/05/2019.
7. Departament de Salut. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. 2018 [consultado 6 de junio 2019]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/plans_sectorials/pla_primaria_salut_comunitaria_enapisc/
8. Departament de Salut. Pla de Salut 2016-2020. [consultado 6 de junio 2019]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/
9. Catsalut. Servei Català de la Salut. Contractes 2018 objectius vinculats a la contraprestació per resultats. 2018.
10. March S, Jordán Martín M, Montaner Gomis I, Benedé Azagra CB, Elizalde Soto L, Ramos M. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. Gac Sanit. 2014;28:267-73.
11. March S, Ramos M, Soler M, Ruiz-Jiménez JL, Miller F, Domínguez J. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. Aten Primaria. 2011;43:289-96.
12. Ruiz-Giménez Aguilar JL, Domínguez Bidagor J. Reflexiones sobre "lo comunitario" en nuestro sistema sanitario. Aten Primaria. 2006;38:421-4.
13. Torrent EL, Vega CF, Miller F, Pasarin Rua MI, Gil GF. Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña. Aten Primaria. 2010;42:218-25.
14. Nebot Adell C, Pasarin Rua M, Canela Soler J, Sala Álvarez C, Escosa Farga A. La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección. Aten Primaria. 2016;48:642-8.
15. Valls Pérez B, Calderón Larrañaga S, March Cerdà JC, Oltra Rodríguez E. Training in community health: challenges, threats and opportunities. SESPAS Report 2018. Gac Sanit. 2018;32:82-5.
16. Fornells J, González A, Lacasa C, Martín-Zurro A, Martínez E, Mena I, et al. PROJECTE COMSALUT (Comunitat i Salut: Atenció Primària i Comunitària). 2015 [consultado 6 de junio 2019]. Disponible en: <https://comsalut.files.wordpress.com/2015/12/comsalut-document-base.pdf>
17. Oltra-Rodríguez E, Martínez-Riera JR, Mármol-López MI, Pastor-Gallardo FJ, Gras-Nieto E, Holgado-Fernández A. La formación de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria según las responsables de las unidades docentes. Enferm Clin. 2017;27:179-85.
18. Indicadores de salud comunitaria. Observatorio del sistema de Salud en Catalunya. Generalitat de Catalunya [consultado 6 de junio 2019]. Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/es/indicadors_i_publicacions/indicadors_comunitaria/19. Actius i salut. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). [consultado 6 de junio 2019]. Disponible en: http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/