Localizador web
Artículo 114.362

Docencia e investigación en atención primaria orientada a la comunidad: la experiencia de dos residentes españoles en Argentina

Enrique Gavilán Moral[a], Laura Jiménez de Gracia[b], Fernando Javier Olivero[c]

Introducción

Recientemente, WONCA ha remarcado la necesidad de integrar metodologías de trabajo basadas en la participación de la comunidad como una medida para el desarrollo de la investigación en atención primaria (AP)[1]. Por otra parte, la relevancia de la práctica comunitaria dentro de la labor del médico de familia (MF) ha quedado reflejada en numerosos documentos y declaraciones nacionales e internacionales[2-5]. El aprendizaje de los aspectos propios de esta área debe comenzar ya desde el período de formación en medicina familiar y comunitaria (MFyC). Así lo contempla el nuevo programa de la especialidad, que señala el papel de las actividades comunitarias como estrategia de promoción de la salud[6]. No obstante, en numerosas ocasiones la formación en este campo no es la adecuada, haciéndose necesario complementarla mediante rotaciones específicas[7,8].

En el año 2004, dos residentes españoles realizamos una rotación externa en el Equipo Interdisciplinario de Salud Familiar de Alta Gracia, Córdoba, Argentina, con el fin de conocer su metodología de trabajo y desarrollo práctico.

Equipo interdisciplinario de salud familiar (EISF): componentes, funcionamiento y actividades

El sistema de residencia en salud familiar surgió como experiencia piloto en la provincia de Córdoba en el 2001; actualmente se está expandiendo a otros lugares del país. En 3 años ha logrado controlar el grado de desnutrición y disminuir las cifras de mortalidad infantil[9].

Está compuesto por instructores y residentes de psicología, trabajo social, medicina familiar, enfermería, odontología y nutrición. La formación dura 3-4 años, obteniéndose el título de especialista en salud familiar. El programa, común para todas las residencias, abarca las áreas de salud comunitaria y familiar, además de materias específicas de cada disciplina. Se estructura en unidades de atención familiar (UAF) y de proyección comunitaria (UPC), encargadas de los programas de atención, prevención y promoción de la salud y de las actividades comunitarias[10].

El EISF realiza sesiones interdisciplinarias periódicas para la discusión de casos que precisen intervención multilateral. El objetivo es crear un espacio de trabajo en equipo para la resolución de problemas de salud mediante un plan integral de actuación adaptado al problema de base. Además, mantiene reuniones de articulación para planificar actividades asistenciales, docentes y de investigación comunes, programas de salud y proyectos de actividades preventivas y de participación comunitaria.

La filosofía del EISF se basa en 4 principios: abordaje familiar y comunitario, promoción de salud, atención continua e integral y trabajo interdisciplinario e intersectorial[10]. Así, el equipo realiza actividades de vigilancia epidemiológica, seguimiento de grupos de riesgo, abordaje de problemas sociosanitarios prevalentes y vacunación. Además, desarrolla campañas específicas, como capacitación sobre huerta familiar, alimentación saludable, cuidados del niño, sexualidad en adolescentes, etc.[10], siempre teniendo en cuenta los recursos locales disponibles y las acciones ya iniciadas por la propia comunidad.

Población a cargo: qué es y qué implicaciones tiene

«Población a cargo» es un concepto que implica responsabilidad. El EISF debe velar por la salud no sólo de los que demandan asistencia, sino de toda la población. Esto supone mayor acercamiento a personas, familias y organizaciones e instituciones que forman el tejido social local. Y dentro de esta compleja red, el médico de familia, gracias a su accesibilidad, ocupa un lugar privilegiado.

Esta visión es cualitativamente distinta de la nuestra de «población diana» o de «cupo». Nuestra actividad se centra en el individuo que consulta, lo que conlleva prescindir de la integración en la estructura social local y de la participación de la comunidad en la programación sanitaria.

Pero ¿por qué trabajar sobre la comunidad y no sobre el individuo? ¿Y por qué interdisciplinariamente? Los determinantes del proceso de enfermedad (hábitos, conductas socioculturales y factores medioambientales) difícilmente se modifican por actuaciones dirigidas exclusivamente al individuo; más bien precisan de colaboración intersectorial e interdisciplinaria. No es posible, por tanto, la promoción

[a]Unidad Docente MFyC de Córdoba. Nodo COGRAMA de la RedIAPP. Córdoba. España.

[b]Área de Capacitación en Servicio (ACES) del Programa de Salud Familiar. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Córdoba. Argentina.

Palabras clave: Rotación externa. Atención primaria orientada a la comunidad (APOC). Trabajo interdisciplinario.

Parcialmente presentado como póster en el XXIV Congreso de la semFYC, 8-11 de diciembre de 2004.

TABLA 1 **Etapas y fases de una investigación-acción participativa (IAP)**

Etapa	Objetivos	Fases y actividades
I. Etapa de preinvestigación	Planteamiento de la investigación	Detección de la demanda de investigación que precisa de una intervención Delimitación del objeto de la investigación, elaboración del proyecto
II. Primera etapa: diagnóstico	Conocimiento contextual del territorio y acercamiento a la problemática a partir de documentación existente y de entrevista a representantes institucionales y asociativos	Recogida y procesamiento de la información Constitución de una comisión de seguimiento Constitución del grupo de IAP Introducción de elementos analizadores Inicio del trabajo de campo Entrega y discusión del primer informe
III. Segunda etapa: programación	Proceso de apertura a todos los conocimientos y puntos de vista existentes, utilizando métodos cualitativos y participativos	Trabajo de campo Análisis de textos y discursos Entrega y discusión del segundo informe Realización de talleres
IV. Tercera etapa: conclusiones y propuestas	Negociación y elaboración de propuestas concretas	Análisis y reflexión colectiva sobre el proceso, los resultados y su impacto Construcción del Programa de Acción Integral (PAI) Elaboración y entrega del informe final Difusión de la experiencia
V. Etapa postinvestigación	Puesta en práctica del programa del PAI y evaluación continua	Desarrollo del PAI

Adaptado de OPS/OMS[11], Ander Egg[13] y Rodríguez Villasante et al[14].

de la salud sin la participación comunitaria. Además, debemos considerar el derecho de la comunidad a participar en la identificación y priorización de sus problemas y la programación de las actuaciones oportunas.

Programación local participativa (PLP): qué es y cómo se desarrolla

La estrategia de intervención del EISF es la PLP, aplicando una metodología de investigación-acción. Parte del concepto multicausal de la salud, considerándola como un producto del bienestar y desarrollo social y la calidad de vida[11]. Constituye un proceso continuo de diagnóstico de salud de la población, valoración y priorización de recursos, desarrollo y evaluación de los programas[11].

Su objetivo primordial es que la población adquiera autonomía y capacidad para tomar decisiones y utilizar las habilidades necesarias para alcanzar su propia salud[12]. La integración de la experiencia y los intereses de la comunidad en este proceso consigue mayor satisfacción en los participantes, y responde mejor a sus expectativas y necesidades, logrando con ello mejor eficiencia.

Investigación-acción participativa (IAP): conocer y actuar

El trabajo del EISF se fundamenta en la IAP. Es una metodología cuyo objeto (lo que se estudia) se decide a partir de lo que interesa a un colectivo, con el fin de cambiar la situación de las personas involucradas. Es decir, tiene una finalidad de acción: «es conocer para actuar transformadoramente»[13].

Integra dos dimensiones: la investigación o diagnóstico participativo (conocimiento de la realidad, sus causas y factores asociados, identificando aquellos susceptibles de intervención), y la acción o intervención participativa (planificación y ejecución de las actuaciones concretas)[11,13,14]. Ambas dimensiones interaccionan estrechamente, sin una separación rígida entre ellas[13]. Además, promueve la integración del conocimiento científico y del saber popular, a partir de las vivencias colectivas y de las aportaciones de las ciencias sociales y naturales[11].

Las fases de un proyecto de IAP se detallan en la tabla 1.

Conclusiones

Experiencias como la rotación por el EISF permiten complementar la formación del residente de medicina familiar y comunitaria en promoción de la salud, valoración sociofamiliar de los problemas sanitarios e investigación comunitaria. Además, el intercambio de experiencias e ideas con compañeros en contextos distintos del nuestro proporciona una enriquecedora visión de la atención primaria y de sus posibilidades, tanto asistenciales mediante el trabajo interdisciplinario, como investigadoras, mediante proyectos participativos.

La reflexión surge al preguntarnos: ¿son estos proyectos factibles en nuestro medio? Las experiencias del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP)[15] parecen demostrar que sí. Es cierto que a veces es difícil conseguir la participación de la comunidad y del equipo de salud. Además, los grupos que participan no siempre son representativos, lo cual supone un importante sesgo[16]. Sin embargo, aporta grandes ventajas: mayor validez externa y menores pérdidas en el seguimiento, mayor satisfacción e intercambio de conocimientos y experiencias, fomentando el empoderamiento individual y comunitario[16].

Puntos clave

- El aprendizaje de los conocimientos y habilidades propios del área comunitaria debe comenzar ya desde el período de formación del residente de medicina familiar y comunitaria.
- El EISF se fundamenta en 4 principios: abordaje familiar y comunitario, promoción de salud, atención continua e integral y trabajo interdisciplinario e intersectorial.
- No es posible la promoción de la salud sin la participación comunitaria. Debemos considerar el derecho de la comunidad a participar en la identificación de sus problemas y la programación de las actuaciones oportunas.
- El objetivo primordial es que la población adquiera autonomía y capacidad para tomar decisiones necesarias para alcanzar su propia salud.
- La rotación por el EISF permite complementar la formación del médico de familia en promoción de la salud, valoración sociofamiliar de los problemas sanitarios e investigación comunitaria.

Más allá de esto, ¿consiguen mejorar la salud y la calidad de vida de la población? La evidencia al respecto es muy limitada. Muchos de los estudios disponibles no son participativos, o se centran en grupos específicos[17] o en problemas concretos[18]. Pero el aspecto más descuidado es la evaluación y el control de los resultados, que nos daría una idea del impacto sobre la salud de la población[19]. Conocer la efectividad de estos proyectos es un reto en el que el médico de familia tiene un papel decisivo.

Una mayor motivación y formación de los profesionales favorecería el desarrollo de la investigación en este campo[20]. Experiencias como la que presentamos pueden proporcionar una actitud favorable hacia la realización de este tipo de actividades en nuestro ámbito.

Con la participación comunitaria en los programas de salud se crean puentes entre el médico-investigador y la población, además de compartir conocimiento mutuo y responsabilidad. Superaremos así el modelo reduccionista biomédico, centrándonos en un marco en el que el foco de la formación, la investigación y la práctica profesional del médico de familia se oriente más a lo biopsicosocial y a lo grupal.

Agradecimientos

A los compañeros del EISF de Alta Gracia. A Mary y Agustín.

Bibliografía

1. Van Weel C, Rosser WW. Improving health care globally: a critical review of the necessity of Family Medicine research and recommendations to build research capacity. Ann Fam Med. 2004;2 Suppl 2:S5-16.
2. Declaración de Alma Ata. Geneve: OMS; 1978.
3. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Geneve: OMS; 1986.
4. Declaración de Yakarta sobre la Conducción de la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI. Geneve: OMS; 1997.
5. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. I Recomendaciones PACAP. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2003.
6. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Aprobado el 22 de noviembre de 2002. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo. BOE 105 del 3-5-2005; 15182-225.
7. Directrices generales para la tramitación de Rotaciones Externas (Comisiones de Servicio). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia.
8. SemFYC, OPS/OMS, Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. Declaración de Sevilla. Comprometidos con la salud de la población. I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Sevilla; 2002.
9. Boletín Informativo. Córdoba. Ministerio de Salud; 2004; p. 11:5-7.
10. Juré H. Salud Familiar en el ámbito rural. 6.ª WONCA World Rural Health Conference; 2003 sept 24-27; Santiago de Compostela, Spain.
11. OPS/OMS. Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 1999. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud: 41.
12. OMS. Promoción de la Salud: Glosario. Geneve: OMS; 1998.
13. Ander-Egg E. Repensando la Investigación-Acción Participativa. Buenos Aires: Lumen; 2003.
14. Rodríguez Villasante T, Montañés M, Martí J. La investigación social participativa: construyendo ciudadanía, 2.ª ed. Madrid: El Viejo Topo; 2002.
15. Actividades de la Red de Actividades Comunitarias. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en: www.pacap.net
16. Viswanathan M, Ammerman A, Eng E, et al. Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence. Evid Rep Technol Assess. 2004;(99):1-8.
17. Sowden A, Arblaster L, Stead L. Intervenciones en la comunidad para la prevención del hábito de fumar en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.
18. Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, et al. Intervenciones comunitarias para reducir el tabaquismo en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.
19. Baker NJ, Harper PG, Reif CJ. Use of clinical indicators to evaluate COPC projects. J Am Board Fam Pract. 2002;15:355-60.
20. Steiner BD, Pathman DE, Jones B, et al. Primary care physicians' training and their community involvement. Fam Med. 1999;31:257-62.