

Informe SESPAS 2018

# Formación en salud comunitaria: retos, amenazas y oportunidades. Informe SESPAS 2018

Blanca Valls Pérez<sup>a,b,\*</sup>, Sara Calderón Larrañaga<sup>b,c</sup>, Joan Carles March Cerdà<sup>d,e,f</sup>  
y Enrique Oltra Rodríguez<sup>g</sup><sup>a</sup> Consultorio de Beas de Granada, Unidad de Gestión Clínica Albayzín, Granada, España<sup>b</sup> La Cabecera, Granada, España<sup>c</sup> St Andrews Health Centre, National Health Service, Reino Unido<sup>d</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España<sup>e</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España<sup>f</sup> Instituto de Investigación Biosanitaria, Granada, España<sup>g</sup> Facultad de Enfermería de Gijón, Gijón, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 24 de enero de 2018

Aceptado el 9 de julio de 2018

On-line el xxx

### Palabras clave:

Salud comunitaria

Atención primaria

Enseñanza

Enfermería en salud comunitaria

Residencia médica

### Keywords:

Community health

Primary health care

Teaching

Community health nursing

Internship and residency

## R E S U M E N

La incorporación de contenidos docentes relativos a la salud comunitaria en los programas formativos de enfermería y medicina contribuye a acrecentar la calidad, el rigor y la sostenibilidad de las intervenciones comunitarias. En este artículo dialogamos sobre cómo la medicina familiar y comunitaria y la atención primaria siguen sin ser consideradas disciplinas nucleares y transversales en las facultades de medicina españolas. Durante la formación especializada médica y enfermera existe una gran variabilidad en el aprendizaje sobre salud comunitaria, dependiendo de la capacitación, las prioridades y la motivación de los profesionales de atención primaria, las unidades docentes y sus residentes. La creciente inestabilidad laboral y los actuales sistemas de contratación dificultan la puesta en práctica de las competencias adquiridas, el desarrollo de actividades comunitarias y la consolidación de espacios y redes para la formación. A pesar de las adversidades, existen iniciativas que potencian con ilusión una formación de calidad en salud comunitaria, y que merecen ser impulsadas y visibilizadas.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Training in community health: challenges, threats and opportunities. SESPAS Report 2018

### A B S T R A C T

Incorporating community health teaching in the undergraduate nursing and medicine curriculum and postgraduate training programmes contributes to enhance the quality, rigour and sustainability of health-promoting community interventions. In this article, we discuss the failure of Spanish Medical Universities to include family and community medicine and primary health care as integrated and cross-cutting disciplines on the undergraduate curriculum. During specialized medical and nursing training, community health teaching varies widely depending on the qualification, priorities and motivation of the primary health care workers, teaching units and trainees. Growing job instability and current nurse and medical recruitment systems, are hindering learning being put into practice, as well as the development of health-promoting community activities and the strengthening of training networks and facilities. Amid such adversity, there are initiatives that provide quality training on community health and should, accordingly, be fostered and acknowledged.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción. ¿Por qué formarse en salud comunitaria?

La salud comunitaria es uno de los pilares sobre los que debería fundamentarse la organización y el trabajo de los equipos de atención primaria, creados bajo la idea de interdisciplinariedad para

poder abordar de manera integral las principales necesidades y demandas sanitarias de los pacientes y de las comunidades. Así, la orientación comunitaria de la atención primaria no solo contempla los determinantes de la salud con una perspectiva intersectorial, sino que promueve procesos de participación que han demostrado ser eficaces en la promoción de la salud y la disminución de las inequidades<sup>1,2</sup>.

Sin embargo, aunque los aspectos organizativos, clínico-asistenciales y preventivos de la atención primaria han tenido un

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [bvalls2@hotmail.com](mailto:bvalls2@hotmail.com) (B. Valls Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.007>

0213-9111/© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Puntos clave

- Incluir, reconocer y fomentar la salud comunitaria en las políticas sanitarias relativas a la atención primaria.
- Potenciar la formación continuada en salud comunitaria entre los profesionales que actualmente trabajan en atención primaria.
- Incluir la formación en salud comunitaria como materia específica y transversal en la formación universitaria, especialmente en el grado de medicina.
- Promover la formación en salud comunitaria en las unidades docentes multiprofesionales, estableciendo escenarios docentes de calidad tanto dentro como fuera del sistema sanitario, garantizando así el cumplimiento del programa oficial de ambas especialidades.
- Incorporar los especialistas en enfermería familiar y comunitaria a puestos de trabajo vinculados a la atención primaria, donde poder desarrollar las competencias en salud comunitaria.
- Reconsiderar y reformular las propuestas comprendidas en el borrador inicial del proyecto de troncalidad, con el fin de abordar la salud comunitaria como materia formativa específica y transversal de la especialidad de medicina familiar y comunitaria.

gran desarrollo y consolidación<sup>3</sup> desde la reforma en 1984, la promoción de las actividades comunitarias en este mismo periodo ha sido escasa y casi siempre sujeta a la voluntariedad de sus profesionales.

Las carencias (in)formativas en salud comunitaria contribuyen, en parte, a explicar dichas insuficiencias. Como señalan Rubio-Valera et al.<sup>4</sup>, es necesario promover la transmisión y la divulgación del conocimiento científico relativo a la salud comunitaria entre los profesionales de atención primaria, para así incidir en sus percepciones, actitudes y motivaciones.

Así mismo, el aprendizaje de las habilidades y de las competencias necesarias para la realización de actividades comunitarias a través de su incorporación en los programas formativos contribuye a acrecentar la calidad y el rigor de las intervenciones, así como su sostenibilidad a medio-largo plazo<sup>4</sup>. Estas competencias deben ser adquiridas, y no darse por supuestas.

### Formación universitaria en salud comunitaria

- *Enrique (E)*: La intervención comunitaria y la formación necesaria para capacitarse en ella es algo inherente a la profesión enfermera ya desde los inicios de su etapa moderna en el siglo XIX (ver anexo). En España hay referencias de ello desde los años 1930. Cuando en 1977 la enfermería española se integró en la universidad, el primer plan de estudios contempló y abordó la formación en salud pública en dos asignaturas anuales<sup>5</sup>, y aunque en 1990 los planes de estudio de la diplomatura sufrieron modificaciones se siguió promoviendo «un conocimiento adecuado de las relaciones existentes entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano»<sup>6</sup>.
- *Sara (S)*: ¿Y con la reciente adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior?
- *E*: La normativa que regula la titulación de Grado en Enfermería sigue estableciendo competencias específicas en enfermería comunitaria, y su adquisición ocupa una parte importante, tanto teórica como práctica, de los créditos de formación, con dos asignaturas de carácter obligatorio<sup>7</sup>.

- *Joan Carles (JC)*: ¿Y qué pasa en Medicina?

- *S*: En este caso, la implantación del Plan Bolonia y la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior han permitido la inclusión de una asignatura de medicina familiar y comunitaria como disciplina obligatoria en el currículo académico, así como un *practicum* en atención primaria. Sin embargo, la asignación de créditos según el European Credit Transfer System a dicha asignatura es todavía insuficiente (en torno a 3 de un total de 360), y la atención primaria sigue sin contemplarse como una disciplina nuclear, transversal e integrada a lo largo del grado<sup>8</sup>.

- *Blanca (B)*: Es que el modelo actual de la formación médica universitaria no deja de ser reflejo y refuerzo de la sociedad que compartimos, centrada en la tecnología, el prestigio y la competitividad, que desatiende las principales necesidades y demandas de nuestra sociedad y del sistema sanitario<sup>9</sup>. En este contexto, el aprendizaje y la reflexión en torno a la equidad, la participación ciudadana, la salud comunitaria y la atención primaria como garante, quedan excluidos de los currículos formativos.

- *S*: Sin embargo, durante el curso académico 2017-2018, un grupo de residentes de medicina familiar y comunitaria organizaron e impartieron un seminario sobre salud comunitaria<sup>10</sup> a estudiantes de medicina de la Universidad de Granada, introduciendo y fomentando el debate en torno a la atención domiciliaria, la promoción de la salud y la salud comunitaria basada en activos. Hay motivos para la esperanza.

- *E*: ¿Y qué opinan los estudiantes?

- *S*: El estudio realizado por el Grupo de Investigación Universidad y Medicina de Familia revela que el 87% de los estudiantes considera necesaria y obligatoria la formación en atención primaria. No obstante, si bien la perciben como un ámbito esencial del sistema sanitario y de ejercicio profesional, le conceden escaso reconocimiento y poco atractivo científico-técnico<sup>11</sup>.

- *JC*: Si se quiere mejorar la importancia de la atención primaria y la salud comunitaria, así como su consideración como opción profesional y académica, debería estimularse su desarrollo en las facultades de enfermería y medicina, pues no se ama lo que no se conoce.

- *B*: Además, deberían mejorarse las condiciones de su práctica en el sistema sanitario, proporcionando espacios y recursos no solo para la asistencia, sino también para la docencia y la investigación.

### Formación especializada en enfermería y medicina familiar y comunitaria

- *S*: Los programas de formación especializada creados por las comisiones nacionales en medicina y enfermería familiar y comunitaria impulsadas bajo los Reales Decretos 127/1984 y 183/2008 han supuesto una oportunidad de desarrollo para la atención primaria y la salud comunitaria, pues promueven entre sus residentes competencias profesionales relacionadas con la promoción de la salud y el trabajo intersectorial y comunitario, entre otras.

- *E*: Es cierto, la salud comunitaria impregna la totalidad del programa formativo de la enfermería familiar y comunitaria<sup>12</sup>, y está presente en los programas oficiales del resto de las especialidades enfermeras actualmente desarrolladas. Sin embargo, las unidades docentes suelen tener dificultades para encontrar y establecer entornos de aprendizaje adecuados para la adquisición de competencias en salud comunitaria.

- *JC*: Para que los especialistas se formen en salud comunitaria, entre otros requisitos, son necesarias la participación y la colaboración de otros sectores de la sociedad, como los servicios sociales y municipales, las asociaciones vecinales y las organizaciones no gubernamentales, y eso no siempre es sencillo.
- *B*: Todo esto en un contexto de creciente inestabilidad y precariedad laboral, que impide ofrecer una atención integral y continuada a los pacientes y a las comunidades<sup>13</sup>.
- *S*: Además, la presión asistencial, con frecuencia, dificulta que los profesionales de atención primaria puedan participar y desarrollar actividades comunitarias.
- *E*: Habrá que dejar de hacer cosas para hacer otras más importantes, lo que algunos autores han venido a denominar desinversión sanitaria o reinversión<sup>14</sup>.
- *S*: Sin embargo, tal como indican March et al.<sup>15</sup>, la carga de trabajo no parece influir en la mayor o menor realización de actividades comunitarias, y son la actitud y la motivación del profesional los principales factores predisponentes.
- *E*: Por otra parte, se suma el hecho de que las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria, al transformarse en unidades docentes multiprofesionales, han continuado con una inercia en la que la formación en salud comunitaria apenas estaba presente. Esta realidad afecta también al enfoque de los proyectos de investigación que los residentes deben diseñar. Las unidades docentes multiprofesionales, lejos de integrar las aportaciones de la especialidad enfermera como una oportunidad, las han desaprovechado.
- *S*: Existe también una gran variabilidad en la formación, dependiendo de la capacitación, las prioridades y las motivaciones de las unidades docentes multiprofesionales, de los tutores, los profesionales de atención primaria y los residentes.
- *E*: De todas maneras, las enfermeras, tanto generalistas como especialistas con una conceptualización y capacitación en salud comunitaria, cuando se integran en el mundo laboral se encuentran con un sistema que apenas contempla el abordaje comunitario. La distribución de tiempos y recursos, y el aprendizaje vicario, hacen que lo aprendido sea desechado como modelo de intervención. Además, actualmente se produce una tímida o nula incorporación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria al sistema sanitario, y no lo hacen a puestos específicos vinculados a la atención primaria, lo cual dificulta aún más la puesta en práctica de las competencias adquiridas y el consiguiente desarrollo de actividades comunitarias.
- *B*: En el caso de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, destacaríamos la constante amenaza del proyecto de troncalidad<sup>3,16</sup>. De retomarse el borrador inicial del proyecto, la formación en salud comunitaria se vería gravemente afectada, ya que se reduciría el periodo de formación en el centro de salud, reforzándose aún más la actividad y la formación hospitalarias.
- *S*: Así, el residente dejaría de identificarse desde el inicio con su centro y carecería de tiempo para analizar y comprender las particularidades de su barrio. Por si fuera poco, las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria no estarían representadas durante los primeros años, configurándose como una nueva unidad docente de tronco, común al resto de las especialidades médicas. Esto les restaría capacidad para atender las necesidades y las demandas formativas particulares de la especialidad de medicina familiar y comunitaria.
- *E*: De momento, estamos a tiempo de realizar propuestas para fomentar una formación universitaria y especializada de calidad.
- *JC*: Y con ello contribuir a mejorar la salud de la población y reducir las inequidades.

### Conclusiones

- La salud comunitaria es uno de los pilares para el desarrollo y el fortalecimiento de la atención primaria, pues permite un abordaje integral de las necesidades de la población, promueve la salutogénesis y favorece la disminución de las inequidades.
- La incorporación de contenidos docentes relativos a la salud comunitaria en los programas formativos de enfermería y medicina contribuye a acrecentar la calidad, el rigor y la sostenibilidad de las intervenciones comunitarias.
- La creciente inestabilidad y la precariedad laboral de los profesionales de atención primaria dificultan el desarrollo de actividades comunitarias y la consolidación de espacios y redes para la formación en salud comunitaria.
- La falta de incorporación de especialistas en enfermería familiar y comunitaria a puestos de trabajo específicos vinculados a la atención primaria dificulta la puesta en práctica de las competencias adquiridas y el consiguiente desarrollo de actividades comunitarias.
- La medicina familiar y comunitaria, y la atención primaria, aunque presentes en las facultades de medicina, siguen sin contemplarse como disciplinas nucleares, transversales e integradas. Si se aprobara el borrador de proyecto de troncalidad actual, la formación en salud comunitaria de los residentes se vería perjudicada.
- Hay iniciativas en universidades, centros de salud y unidades docentes que potencian con ilusión una formación de calidad en salud comunitaria a pesar de las adversidades. Impulsar y visibilizar estas experiencias contribuye también a fortalecer la salud comunitaria.

### Contribuciones de autoría

Todos/as los/as autores/as que suscriben el presente trabajo cumplen los requisitos de autoría. Todos/as participaron en la elección de los temas que se quería tratar en el texto y desarrollaron el orden y la intervención de las personas participantes. B. Valls Pérez, S. Calderón Larrañaga y E. Oltra Rodríguez redactaron un primer borrador del manuscrito, efectuaron su revisión crítica y contribuyeron en la elaboración de sucesivos borradores. Todos/as han contribuido en la elaboración de la versión final de este documento y aceptan el contenido de la versión enviada.

### Agradecimientos

A quienes con su competencia, apoyo, compromiso, perseverancia y profesionalidad se esfuerzan en conseguir que la salud comunitaria tenga, tanto en el periodo universitario de estudiantes de medicina y enfermería como durante la formación especializada, un papel protagonista.

### Financiación

Ninguna.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2018.07.007](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.007).

## Bibliografía

1. Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, et al. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitaria? *Aten Primaria*. 2005;35:478–83.
2. March S, Torres E, Ramos M, et al. Adult community health-promoting interventions in primary healthcare: a systematic review. *Prev Med*. 2015;76(Suppl):94–104.
3. Casado Vicente V. La historia de la medicina de familia en España (1978–2018). *AMF*. 2018;14:133–44.
4. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, et al. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One*. 2014;9:e89554.
5. Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 31 de octubre de 1977, por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. BOE núm. 283, de 26 de noviembre de 1977.
6. Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel. BOE núm. 278, de 20 de noviembre de 1990.
7. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero. BOE núm. 174, de 19 de julio de 2008.
8. Casado Vicente V, Bonal Pitz P, Culacón Arenal JM, et al. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(Supl 1):69–75.
9. Valiente González M. Facultades lejanas. *AMF*. 2018;14:122–3.
10. La Cabecera: Experiencia docente como residentes de medicina de familia en la Universidad de Granada. (Consultado el 8/5/2018.) Disponible en: <http://lacabecera.org/experiencia-docente-como-residentes-de-medicina-de-familia-en-la-universidad-de-granada>
11. Martín Zurro A, Jiménez Villa J, Monreal Hajar A, et al. Los estudiantes de medicina españoles y la medicina de familia. Datos de las dos fases de una encuesta estatal. *Aten Primaria*. 2013;45:38–45.
12. Orden SAS/1729/2010, de 17 de julio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE núm. 157, de 29 de junio de 2010.
13. Serrano Fernández E. Precariedad laboral en atención primaria, femenino plural. *AMF*. 2015;11:432–3.
14. Campillo Artero C, Bernal Delgado E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit.* 2013;27:175–9.
15. March S, Ripoll J, Jordan Martin M, et al. Factors related to the development of health-promoting community activities in Spanish primary healthcare: two case-control studies. *BMJ Open*. 2017;7:e015934.
16. La Cabecera: Troncalidad, una historia que no acaba. (Consultado el 8/5/2018.) Disponible en: <http://lacabecera.org/troncalidad-una-historia-que-no-acaba/>.