

¿Se están haciendo actividades comunitarias en diabetes? ¡Necesitamos más recursos!

Francisco Javier García Soidán

Médico de familia. Centro de Salud de Porriño (Pontevedra). Miembro de la Fundación redGDPS

Palabras clave: actividad comunitaria, diabetes, atención primaria.

RESUMEN

La realización de actividades comunitarias en atención primaria es escasa, a pesar de que ha demostrado ser un elemento eficaz en la prevención y el tratamiento de muchas patologías crónicas, como la diabetes. Las causas son múltiples, por lo que también será necesario llevar a cabo múltiples intervenciones con el fin de resolver este problema, comenzando por resolver la falta de convicción por parte de todos los estamentos implicados de que es un elemento efectivo y necesario para mejorar de una manera eficiente la salud de la población.

Sin lugar a dudas, la actividad comunitaria es el punto más débil de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, ya que se le dedican poco tiempo y contenidos durante el período de formación de los residentes, y del mismo modo persiste este déficit posteriormente, durante la actividad asistencial realizada una vez terminada la especialidad, ya que en la mayoría de los centros de atención primaria no se llevan a cabo actividades comunitarias, o tan solo se efectúan de manera testimonial.

En este sentido, lo primero que habría que hacer es reflexionar sobre las posibles causas de este hecho, las cuales, sin duda, son múltiples. Ya desde la universidad comienza el problema, debido a que en el programa curricular de los estudios de la licenciatura en Medicina y Cirugía no se dedica prácticamente ningún contenido a la actividad comunitaria o, si se hace, es meramente testimonial, por lo que la mayoría de los recién licenciados desconocen estas actividades y carecen de interés y motivación para aprenderlas y aplicarlas en un futuro.

El problema continúa durante la formación de los médicos residentes en Medicina Familiar y Comunitaria, ya que en la mayoría de los centros y unidades docentes se dedica poco tiempo y relevancia a la formación en actividades comunitarias, salvo contadas excepciones en algunos centros en los que hay algún médico o enfermera entusiastas, que conocen la importancia de estas actividades y les dedican una parte importante de su tiempo, en muchas ocasiones más allá de la jornada laboral.

Desde la administración sanitaria ocurre algo parecido, ya que en la mayoría de las áreas sanitarias se fomenta sobre todo la actividad asistencial directa centrada en el paciente, sin proponer ningún objetivo de actividad comunitaria y sin dar el reconocimiento que se merecen aquellos profesionales que las realizan dedicándole mucho tiempo y esfuerzo, incluso fuera del horario laboral y sin recibir ninguna compensación a cambio.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, podemos comprender un poco mejor por qué hemos llegado a esta situación; pero quizás en el fondo muchos de nosotros podemos estar pensando que, en parte, todo lo que ocurre es lógico, debido a que la actividad comunitaria no es un elemento útil en cuanto a la consecución de una mejoría en la salud de la población o, en nuestro caso, en la prevención y tratamiento de la diabetes. Esto es un grave error, puesto que existen suficientes experiencias y evidencias que han demostrado que la inversión en actividades comunitarias es mucho más rentable en términos de salud poblacional que la inversión en recursos asistenciales. En este sentido, quiero destacar la experiencia pionera llevada a cabo en Karelia del Norte (Finlandia) en la década de los setenta, donde, a través de una intervención participativa sobre estilos de vida en el ámbito comunitario, se consiguió una importante mejoría en los factores de riesgo cardiovascular y (como consecuencia) de la morbimortalidad y calidad de vida de la población¹.

Experiencias similares se han llevado a cabo en otras naciones como Inglaterra y Gales², Suecia³, Turquía⁴, Portugal⁵

y EE. UU.⁶, en las que se han realizado actuaciones en el ámbito de la prevención primaria sobre los factores de riesgo cardiovascular de la población mediante el fomento de un estilo de vida saludable que han logrado reducir la morbi-mortalidad cardiovascular.

Otra experiencia más próxima y reciente es la realizada dentro del proyecto Cien Mil Motivos de Peso, que es una actividad colectiva encaminada a la pérdida de un kilogramo de peso por cada uno de los habitantes de la localidad de Naron (La Coruña) y que ha recibido varios premios nacionales e internacionales debido a su impacto tan positivo sobre la salud de la población⁷.

Por lo tanto, parece claro que las actividades comunitarias se presentan como un elemento clave de cara al futuro en la promoción, prevención y tratamiento de una gran cantidad de enfermedades crónicas, tales como la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, cuya prevalencia está en constante aumento y para las que todavía no hemos encontrado una solución en el actual modelo sanitario. Por ello, sería imprescindible llevar a cabo una serie de actuaciones a múltiples niveles encaminadas a poner en marcha y fortalecer las actividades comunitarias en salud, entre las que se encuentran:

- Mejora de la formación en actividades comunitarias de los profesionales sanitarios que trabajamos en atención primaria: comenzando, durante los estudios universitarios, por incluir en el programa curricular las actividades comunitarias e incorporar entre el profesorado a profesionales de atención primaria con experiencia en este campo y siguiendo por potenciar durante el período de formación del médico

interno residente y la enfermera interna residente los contenidos y actividades comunitarios. Esto, además, debería reforzarse mediante la formación continuada a lo largo de toda la vida laboral de los profesionales, elaborando un programa con los contenidos básicos e imprescindibles que deberíamos conocer y poner en práctica en todos los centros de salud.

- Apoyo desde la administración sanitaria a las actividades comunitarias en salud: mediante su inclusión dentro de los objetivos que deben conseguir los equipos de atención primaria y también a través del reconocimiento del tiempo dedicado a estas actividades, al mismo nivel que el resto de la actividad asistencial, fomentando la formación en este campo y con una dotación de recursos suficiente.
- Colaboración con los agentes sociales del área, ya que son un elemento imprescindible y fundamental en este tipo de actividades, para la que es necesaria su participación desde las fases iniciales de elaboración de los proyectos hasta la ejecución y evaluación de estos. En este sentido, debemos integrar, entre otros agentes, a las asociaciones vecinales, concejalías de salud, escuelas, asociaciones de padres, asociaciones de comerciantes, servicios sociales y voluntariado de la zona.

En consecuencia, podemos concluir que necesitamos más recursos organizativos, humanos, formativos y económicos para llevar a cabo esta importante misión, pero sobre todo hace falta una clara convicción por parte de todos los estamentos implicados de que es un elemento efectivo y necesario para mejorar de una manera eficiente la salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jousilahti P, Laatikainen T, Peltonen M, Borodulin K, Männistö S, Jula A, et al. Primary prevention and risk factor reduction in coronary heart disease mortality among working aged men and women in eastern Finland over 40 years: population based observational study. *BMJ*. 2016;352:i721.
2. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation*. 2004;109:1101-7.
3. Björck L, Capewell S, O'Flaherty M, Lappas G, Bennett K, Rosengren A. Decline in coronary mortality in Sweden between 1986 and 2002: comparing contributions from primary and secondary prevention. *PLoS One*. 2015;10:e0124769.
4. Unal B, Sözmen K, Arık H, Gerçeklioğlu G, Altun DU, Şimşek H, et al. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Turkey between 1995 and 2008. *BMC Public Health*. 2013;13:1135.
5. Pereira M, Azevedo A, Lunet N, Carreira H, O'Flaherty M, Capewell S, et al. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Portugal between 1995 and 2008. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013;6:634-42.
6. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med*. 2007;356:2388-98.
7. Piñeiro Díaz C. Cien motivos de peso. Disponible en: URL: <https://www.cienmilmotivosdepeso.com/> [último acceso: 6 de septiembre de 2020].