

MESA PACAP

El médico de familia y los malestares sociales: una encrucijada

Moderador:

M. Soler Torroja

Médico de Familia. Centro de Salud. Profesor Jesús Marín, Molina de Segura (Murcia). Tutor de Residentes de la UD de MFyC de Murcia. Ex coordinador del PACAP.

Ponentes:

A. Talarn Caparrós

Doctor en Psicología. Profesor Titular de Psicopatología en la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona. Psicoterapeuta Psicoanalítico.

E. Aguiló Pastrana

Médico de Familia. Centro de Salud Párroco Julio Morate, Área 11, Madrid. Comité Permanente del PACAP. Equipo Docente del Centro de Desarrollo de Salud Comunitaria Marie Langer.

M. Soler Torroja

Médico de Familia. Centro de Salud Profesor Jesús Marín, Molina de Segura, Murcia. Tutor de Residentes de la UD de MFyC de Murcia. Ex coordinador del PACAP.

Presentación

M. Soler Torroja

Los médicos de familia seguimos agobiados, quizás cada día más, con la excesiva presión asistencial y con la frecuencia con la que los pacientes nos consultan por mareos, ansiedad, tristeza, cansancio, dolor crónico, y otros muchos “signos y síntomas mal definidos”. Pacientes que frecuentemente etiquetamos de “hiperfrecuentadores” y que nos generan desazón y un importante desgaste profesional, pacientes que cuando contamos con tiempo y nos sentimos con ánimo para indagar sobre sus verdaderos problemas (“estar mal”) y sus causas, nos sentimos impotentes para abordarlos eficazmente y recurrimos a aquello que mejor sabemos hacer, que es estudiar al paciente con pruebas físicas (exploraciones y pruebas complementarias) y diagnosticar desde un enfoque biologicista, biomédico. Diagnosticamos de dolor crónico, fibromialgia, depresión, ansiedad, somatización, insomnio y finalmente prescribimos analgésicos, antiinflamatorios, ansiolíticos, antidepressivos, sin conseguir habitualmente mejoras significativas ni duraderas en el paciente, que continúa frecuentando nuestras consultas. Los pacientes no encuentran alternativas diferentes a la de acudir a su médico de familia, describiendo síntomas y signos que legitimen una demanda, que en realidad es expresión de malestares sociales crecientes en nuestra sociedad del bienestar. Son muchos los determinantes que influyen en que la situación no cambie; nuestra propia formación, los intereses de la industria farmacéutica, la exigencia del paciente a una solución de su problema que sea fácil, rápida en individual (una receta). Justificados y meritorios esfuerzos por mejorar la atención que los médicos de familia prestamos a nuestros pacientes, aumentando el tiempo de atención (“10 minutos por paciente, ¡qué menos!”), luchando por la desburocratización, mejorando la gestión de las agendas, proponiendo estrategias de abordaje psicosocial y contextualizado, no parecen tampoco dar respuesta eficaz a los malestares sociales por los que se demanda nuestra atención. Y muchos médicos de familia se preguntan si es nuestra misión intentar dar respuesta a todo ello.

El Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) es el instrumento de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria para promover actividades de intervención y participación comunitaria como estrategia de promoción de salud. Se entiende por promoción de salud el “empoderamiento” de los ciudadanos para influir sobre los determinantes de su salud y con ello poder mejorarla. Promoción es procurar la mayor autonomía de los ciudadanos, organizados socialmente, en el cuidado y promoción de su salud, evitando la dependencia creciente de los servicios sanitarios. El PACAP propone otros instrumentos y estrategias de intervención alejados del enfoque biomédico, en las que se busca la cooperación intersectorial y se procura que el ciudadano y sus organizaciones tengan un papel protagonista y responsable en el abordaje de los problemas que les afectan.

La mesa del PACAP busca la reflexión compartida sobre los malestares sociales, tan presentes en las consultas médicas, sus causas, sus manifestaciones y el papel de los médicos de familia. No busca dar recetas ni promete soluciones pero sí propone analizar la encrucijada en la que nos encontramos en su abordaje e invita a buscar alternativas que resulten más eficaces, proponiendo cuestionarse los paradigmas predominantes.

El malestar en la sociedad del bienestar

A. Talarn Caparrós

Una “radiografía” de la sociedad actual

Somos cada día más ricos y es obvio que la sociedad del bienestar ha avanzado considerablemente en los últimos decenios. No obstante, y a pesar de las encuestas que nos muestran a una población bastante satisfecha con su vida, los diversos tipos de malestares físicos, psicológicos y sociales no cesan de aumentar.

Dado el mayor confort material y de servicios sería esperable que los malestares remitieran hasta un cierto nivel casi residual, acotado, quizás, a los márgenes de la sociedad rica. Al parecer, y no voy a fatigarlos con estudios epidemiológicos, esto no sucede. De ahí que médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, educadores y demás profesionales nos veamos ante la tesitura de atender cada día a mas personas que se quejan de ciertos malestares que quizás tengan más que ver con “estar mal” que con auténticas enfermedades.

La lista podría ser interminable: crisis de ansiedad, depresiones, distimias, duelos, hiperactividades, fatigas y algias variadas, hipocondrías, disfunciones sexuales, alteraciones de la personalidad, adicciones de todo tipo, anorexias y bulimias, vigorexias, dismorfofobias, ereutofobias, aislamientos e inhibiciones sociales, embarazos no deseados, adolescentes problemáticos, malos tratos varios, etc.

Si esto es así, y así parece que es, según nos dicen los estudios de todo tipo, explicar el porque no será fácil. Ahora y aquí esbozaremos sólo algunas ideas para comprender este fenómeno al que podríamos denominar como “patologización de la existencia”.

La búsqueda de la felicidad

En la sociedad opulenta en las que nos hallamos hay una premisa básica e ineludible para la mayoría de nosotros: la búsqueda de la felicidad. Superada la sociedad de las escasez y del ahorro hemos entrado en una cotidianidad donde lo que buscamos con más ahínco es la calidad de vida. Calidad en el trabajo, en las relaciones, en la identidad, en los estudios, en el ocio, en los servicios que recibimos.

Damos por conquistada la calidad –y por supuesto la cantidad– de los objetos materiales. Lo que nos sucede hoy día, en mi opinión y la de muchos otros, es que hemos traspasado este modelo de calidad/garantía objetiva a las cuestiones de índole personal. No es ninguna aberración y es muy comprensible. Despreocupados ya de las cuestiones materiales nos atreamos en las espirituales.

Pero en el trasvase de búsqueda de felicidad de lo material a lo personal surgen varios problemas:

1. En lo personal no hay garantía que valga (en lo material si la hay).
2. En lo personal cuesta mas de aceptar el límite (en lo material se comprende mejor).
3. Lo personal se construye en contacto con los otros, no depende sólo de uno mismo (lo material nos viene dado y, si se puede, se compra).
4. Lo personal es cada día más individual y menos colectivo (fin de las ideologías sostenedoras: clase, religión, política, etc.).

Es por ello que los sociólogos hablan de la sociedad de la decepción o bien de la felicidad paradójica. En términos más sencillos y resumidos diríamos que nos sentimos infelices porque perseguimos la felicidad absoluta. Aunque nadie se cree eso de que el dinero compra la felicidad sí que estamos funcionando como si así hubiera de ser.

Para una parte importante de la población estas insatisfacciones personales no dejan de ser un acicate para seguir en la lucha en pos de la utopía. Pero para otra parte, más desprotegida, incluso en lo material, las frustraciones se acaban convirtiendo en malestares y “estar con males”.

El problema no es la búsqueda de la felicidad puesto que esto siempre ha sido así y así será. El problema radica en los caminos por los que transitamos para conseguirla.

¿Como buscamos la felicidad hoy día? ¿Que caminos tomamos? Si damos con la clave del cómo y el porqué llegaremos a comprender mejor los malestares y decepciones:

- Hay un camino que pasa por lo material. El consumo es su medio.
- Otro pasa por el bienestar y la seguridad de toda índole (sanitaria, alimentaria, del entorno, etc.). La tecnociencia es su sostén.
- Y, por último, el camino más importante: la vía de la afectividad y el desarrollo personal, muy mediatizada por la sociedad de los individuos en la que vivimos.

Hemos de hablar pues de 3 grandes fenómenos que, de modo entrelazado, usamos para conseguir la felicidad y, a veces, son causa de desencanto:

1. El consumo.
2. Los avances técnico-científicos.
3. La primacía del individuo, el individualismo.

Consumo, ciencia e individualismo se comportan de modo paradójico: ofrecen enormes cotas de bienestar y, simultáneamente, grandes dosis de malestar.

Analizaremos seguidamente algunas de estas paradojas, y haremos una breve crónica de los malestares sociales modernos. Un recorrido que nos lleve a contrastar los cambios sociales que se han dado en los últimos 50 años en aspectos tales como la familia, las etapas de la vida, el trabajo, el consumo, la tecnociencia y demás para acabar contemplando como la sociedad en la que vivimos influye, y no poco, en las muchas de las demandas de ayuda médica que Uds. reciben.

Bibliografía

- Giddens A. (1999). Un mundo desbocado. Madrid: Taurus, 2000.
 Kapuscinski R. El mundo de hoy. Barcelona: Anagrama. 2004.
 Lipovetsky G. Los tiempos hipermodernos. Barcelona: Anagrama. 2004.
 Lipovetsky G. La felicidad paradójica. Barcelona: Anagrama. 2006.
 Lipovetsky G. La sociedad de la decepción. Barcelona: Anagrama. 2006.
 Talam A. Globalización y salud mental. Barcelona: Herder. 2007.
 Verdú V. El estilo del mundo. La vida en el capitalismo de ficción. Barcelona: Anagrama. 2003.
 Verdú, V. Yo y tú, objetos de lujo. El personismo: la primera revolución del siglo XXI. Barcelona: Debate. 2005.

La consulta de atención primaria y los malestares cotidianos

E. Aguiló Pastrana

Todos los factores mencionados en la exposición anterior sobre la sociedad de hoy influyen y determinan nuestra realidad cotidiana en atención primaria. Y todos sufrimos las consecuencias.

Hay malestar e insatisfacción; se diría que son crecientes. Afectan a la población y también a los profesionales. Los pacientes suelen manifestarse

en las encuestas de satisfacción como satisfechos con la atención recibida en los centros de salud por los profesionales que les atienden. La satisfacción que proporciona la AP es percibida como superior a otras instituciones, educativas y sociales. Pero la situación no es percibida como buena: cuantitativamente, la demanda de la población en los centros de salud está signada por un aumento las consultas por paciente y año, y aparecen en ella modificaciones cualitativas que los médicos plantean en los espacios disponibles para la reflexión sobre su práctica.

El síndrome del profesional quemado (*burnout*) es cada vez más citado, descrito y analizado en la literatura médica¹⁻⁴. Se cita como cada vez más frecuente, se diseñan y validan cuestionarios para su detección, se apuntan rasgos de personalidad del médico que los favoreciesen. Son más escasas en la bibliografía las reflexiones sobre cuales serían unas “expectativas adecuadas”, y sobre la interrelación entre cuestiones de lo personal con lo profesional^{5,6} del médico. Sin embargo, el desgaste profesional se señala de modo unánime como un grave problema de nuestro sistema de AP.

La interpretación generalizada del creciente desgaste profesional de los médicos de familia, se hace desde posiciones disociadas. Se habla del médico quemado, o del paciente difícil. Pero no se trata de casos aislados, sino de tendencias apreciables y muy significativas, con causas y consecuencias determinables sobre las que queremos reflexionar aquí hoy, respecto de los malestares cotidianos en la consulta de AP.

Cito una frase de un compañero resumiendo como percibía su trabajo cotidiano, generador de malestar: “Demanda creciente, urgencia continua”. Parece que aumenta la frecuentación sin que mejoren los niveles ni la percepción de salud. Los profesionales recibimos una demanda sobredimensionada por parte de la población: una dependencia creciente que parece haberse generado y repercute de forma perversa sobre la eficacia de la acción profesional. No se ve salida. En los talleres titulados “La consulta de AP y los malestares de la vida cotidiana” sobre los malestares en el rol del médico de familia, en los Congresos Nacionales semFYC, desde 2001 hasta ahora, se ponen de manifiesto de forma creciente estas percepciones por parte de muchos médicos de familia.

Muchos de estos malestares son, en parte, secundarios a la frustración de comprobar que hoy nuestra preparación profesional y nuestros esfuerzos en el trabajo asistencial no son suficientes para enfrentar los problemas de salud más importantes y habituales que vemos en las consultas.

Problemas como los riesgos y problemáticas laborales, las toxicomanías, el consumo excesivo de alcohol, la salud mental, el fracaso escolar, los problemas de la crianza infantil, los accidentes, la prevención del sida, ETS y embarazo precoz, la marginación, la violencia contra las mujeres, la delincuencia, el paro, la inmigración y el riesgo de exclusión, el incremento de personas dependientes y tantos otros sabemos por experiencia diaria que condicionan la salud y la enfermedad de los ciudadanos. Si en nuestras sociedades complejas globalizadas e individualistas continuamos centrándonos en la enfermedad desarrollando cada vez mas servicios curativos la AP actual se enfrenta a un peligroso círculo vicioso de hiperfrecuentación, sobrecarga y desgaste. ¿Por que?

Porque muy a menudo la expresión de necesidades sociales no resueltas aparecen por la consulta de AP, casi como único lugar donde sus portadores pueden expresarlas. Muchas se relacionan con las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer, la crianza, la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza, los problemas laborales, o el desempleo, etc. Todo ello no tiene posibilidad de ser resuelto por los procesos médico-asistenciales⁷⁻⁹.

De hecho, recibir en las consultas estas demandas y tratarlas como hacemos casi siempre como síntomas o enfermedades, con su correlato clínico de anamnesis biomédica, prueba diagnóstica y tratamiento farmacológico contribuyen a saturarlas y a aumentar el círculo de insatisfacción y desgaste. Una señora de edad avanzada que consulta a su médico de familia diciendo “estoy floja”, se le hace una analítica y recibe tratamiento farmacológico por una alteración menor, por ejemplo una hiperuricemia asintomática leve, o un colesterol en rangos de bajo riesgo, como explicación y propuesta ante el malestar demandado, etc. Tal vez el paciente cumpla el tratamiento, tal vez sintamos que nosotros no podemos hacer otra cosa ante esa demanda inespecífica que descartar una enfermedad (bio) grave con una analítica o una anamnesis o una exploración, pero estamos enseñando al paciente a contemplar y a temer la enfermedad como única explicación de los malestares cotidianos, lo que genera mucha más alarma, más consultas, más revisiones y no más salud, sino más dependencia.

Esto lo sabemos, lo percibimos mientras trabajamos. Cuando a los médicos se les pregunta por los aspectos más difíciles de su práctica profesio-

nal, o los pacientes difíciles^{10,11}, suelen indicar las demandas de los pacientes que denominan “no médicas” y que no pueden resolver ni encauzar adecuadamente con sus recursos clínicos habituales¹².

Y es que hay muchos malestares cotidianos que se consideran normales¹³ y no se consulta por ellos sino de forma indirecta. Tienen importantes costos en salud y motivan muchas de las quejas, la insatisfacción que los pacientes traen a las consultas; pero no son propiamente enfermedades y tratarlas como tal sólo conduce a medicalizarlas. Sólo un ejemplo: el malestar que manifiestan muchas mujeres de edad media, que desarrollan una gran capacidad de cuidar a otros y una importante dificultad de ocuparse de sus propias necesidades, lo que les genera gran cantidad de malestares y quejas, y una importante insatisfacción personal y familiar. Como este malestar está considerado como natural e inevitable, no se identifica y tiene mucha facilidad para ser atribuida a otras causas. La menopausia, osteoporosis, fibromialgia, ansiedad, etc. son nombres para manejar estas situaciones en la consulta. Pero más raramente nos ayudan a encauzarlos, ni mucho menos a resolverlos. Más bien al contrario, quedan fijados con la tranquilidad del diagnóstico médico y esperando ser también resueltos por la intervención médica. Y el resultado es a menudo frustrante por ambas partes. Hiperfrecuentadoras, problemáticas, neuróticas o simplemente “pesadas” son los calificativos que los médicos las denominamos, calificativos que son muestras del desencuentro con el profesional, el fracaso en la comprensión del malestar que presentan.

Hay alternativas para la identificación y canalización de estos malestares. Hay experiencias y metodologías para ello. Pero requieren que se abran espacios diferentes de la consulta individual para ellos: La lectura individual de los malestares personales sobrecarga las consultas y las llena de malestares para los que allí no tenemos fácil salida.

Los malestares sociales, son sociales, y necesitan espacios sociales o comunitarios; en la consulta sabemos que solo nos producen impotencia y frustración. Esto es el principio básico de la acción comunitaria. Si quisiera apuntar hacia las causas de muchos de los malestares que se reciben en la consulta de AP, entre la hiperfrecuentación y la presión crecientes y el desgaste y el malestar profesional, se deben al déficit comunitario, social de la implementación de nuestro modelo de AP y a la hipertrofia de los recursos biomédicos para el abordaje de problemas malestares o demandas que no lo son; con un enfoque individual, de uno + uno + uno, que satura nuestras posibilidades y energías. Así sólo se produce más medicalización: más dependencia, menos autonomía en la población y más desgaste y frustración en los profesionales.

Necesitamos mirar la realidad que nos llega a la consulta, en su complejidad, con una visión de los malestares sociales, no para tratarlos nosotros de uno en uno, ni para responsabilizarnos nosotros como sanitarios de una acción comunitaria en solitario, como activistas, fuera de nuestro rol profesional. No es eso. Es necesario que sean abordados en los espacios sociales por sus propios actores y con los recursos sociales que la sociedad instrumenta y los interesados cooperativa o reivindicativamente consigan. Que sean escasos y descoordinados forma parte del problema y de la urgente necesidad de hacer algo al respecto. Y los servicios sanitarios conservan aun un potencial muy elevado de credibilidad para la sociedad, que podemos invertir en una acción coordinada intersectorial, siempre que no caigamos en el error de pensar que es solo cosa nuestra.

Esta es la encrucijada en que nos encontramos.

No soy simplista y en ningún modo estoy diciendo que la situación presente sea “culpa nuestra”. El profesor Talarn nos ha explicado el tono social que impregna toda la sociedad de la que somos parte, que contribuye a generar y perpetuar esta situación. Es fuerte y difícil de mover. Pero hemos de ser conscientes que como médicos contribuimos a mantenerla y que estamos comprometidos en su resolución. Aunque sólo fuera por nuestra propia salud y la pervivencia de nuestras mejores ilusiones y capacidades profesionales.

En el resto de la intervención profundizaremos sobre algunos pasos necesarios para avanzar en esta nueva encrucijada

Bibliografía

- Cebriá J. Distres crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten Primaria*. 2003;31:572-4.
- Saura J. Factores desencadenantes del desgaste profesional. *Dimens Humana*. 2002;6:14-20.
- Gervás J, Starfield B, Minué S, Violan C. Algunas causas y soluciones de la pérdida de prestigio de la medicina general y de familia. *Contra el descrédito del héroe*. *Aten Primaria*. 2007;39:615-8.
- Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, Rodríguez C, et al. Rasgos de personalidad y burn out en médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001;27:459-68.
- Epstein RM. Comunicación, burn out y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Aten Primaria*. 2001;27:511-3.
- Tizón JL. ¿Profesionales quemados, desengañados o profesionales con trastornos psicopatológicos? *Aten Primaria*. 2004;33:326-30.
- Talarn A. El mundo en que vivimos (I-II). Los nuevos retos globales. En *Globalización y Salud Mental*. Talarn A (comp.). Herder Editorial. Barcelona; 2007.
- Talarn A. El cuerpo en la cultura actual. En *Globalización y Salud Mental*. Talarn A (comp.). Herder Editorial. Barcelona; 2007.
- Talarn A. El mercado de la salud. En *Globalización y Salud Mental*. Talarn A (comp.). Herder Editorial. Barcelona; 2007.
- Mas X, Cruz JM, Fañanás N, Allué A, Zamora I, Viñas R. El paciente de trato difícil en Atención Primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria*. 2003;31:214-21.
- Anguera B. ¿Qué hacemos con las (inevitables) pérdidas en el mundo globalizado? En *Globalización y Salud Mental*. Talarn A (comp.). Herder Editorial. Barcelona; 2007.
- Aguiló E. La metodología de los Procesos Correctores Comunitarios en la formación de médicos de familia: experiencias y posibilidades. Congreso Internacional de Grupo Operativo. 2005. disponible en www.area3.org.es.
- Cucco, M. ProCC (Procesos Correctores Comunitarios): Una propuesta de intervención sobre la vida cotidiana. Del desatino social a la precariedad narcisista. Ed Atuel. Buenos Aires; 2006.

¿Hay alternativas para el abordaje de los malestares sociales de los pacientes?

M. Soler Torroja

Los médicos de familia (y el conjunto de la atención primaria) nos encontramos en una encrucijada en el abordaje de los malestares sociales de los ciudadanos. Quizás sin darnos cuenta, mayoritariamente hemos tomado el camino que nos lleva a su medicalización, solicitando pruebas y prescribiendo fármacos. Se han generado en los ciudadanos expectativas sobre la capacidad de los médicos para mejorar el problema, provocando demandas en aumento, cada vez más exigentes y generando una creciente dependencia hacia el médico de familia y los servicios sanitarios, en la búsqueda de una solución individual a sus malestares. Con frecuencia recurrimos a establecer diagnósticos e instaurar tratamientos en la confianza de que todo ello mejore al paciente, cuando las evidencias nos demuestran que no es así. Atribuimos el dolor crónico a la osteoporosis, los mareos inespecíficos a la cervicartrosis, las distimias y problemas de adaptación al medio son diagnosticados y tratados como depresión, ansiedad, insomnio. En muchas ocasiones reconocemos la ausencia de enfermedad orgánica y derivamos al paciente a los servicios mentales, transformando la medicalización de los malestares en su psiquiatización o psicologización.

Son muchos los determinantes que condicionan y explican la medicalización de los malestares sociales. La falta de tiempo en consulta hace al médico de familia recurrir con frecuencia a respuestas rápidas como solicitar una analítica o prescribir un medicamento. La propia demanda del paciente busca también una solución rápida, sencilla e individual a sus malestares. La formación predominante de los médicos de familia, centrada en la concepción biológica de la enfermedad, la influencia de la industria farmacéutica, la propia sociedad individualista que genera la percepción de que la solución a los problemas es también individual y no social ni comunitaria, son también factores que determinan el abordaje biomédico de los malestares sociales.

¿Es función entonces de los médicos de familia abordar los malestares sociales generadores de demandas en las consultas? ¿Hay alguna alternativa? ¿Cuál sería el otro camino de la encrucijada? El primer paso es tomar conciencia de la ineficacia del camino habitualmente elegido y de los posibles riesgos de establecer diagnósticos equivocados y de instaurar tratamientos habitualmente ineficaces. El primer paso sería precisamente desmedicalizar los malestares sociales, no recurrir a interpretar como enfermedad biológica o mental lo que no lo es y no generar en los ciudadanos la errónea percepción de que la solución pasa por el consumo de medicamentos.

Es primordial e imprescindible el abordaje biopsicosocial y familiar en la atención a los pacientes cuya demanda son sus malestares (aún en mayor medida que en el resto de pacientes), así como tener siempre presente sus contextos comunitarios. Conseguirlo será el inicio de un gran cambio de estrategia en la atención a los malestares sociales. Identificar como tales los malestares sociales en la consulta y ayudar al paciente a reconocerlos y a reflexionar sobre sus causas representa un gran paso para su mejor abordaje. En el ámbito de la consulta médica y de forma individual po-

dreemos iniciar la identificación de las causas inmediatas (precariedad laboral, desarraigo social, roles de género, dependencia, relaciones familiares, etc), pero no podremos incidir sobre ellas ni modificarlas y menos aún sobre las causas de las causas. Sería un error creer que la alternativa a la medicalización de los malestares se limita al abordaje psicosocial y contextualizado de los pacientes en la consulta, consolidando con ello la dependencia de los ciudadanos así como la falsa percepción de que su mejora es individual y depende de la atención primaria y de sus médicos de familia. Los médicos de familia y resto de profesionales de atención primaria hemos de reconocer y dar a conocer a la ciudadanía que no está en nuestras manos intervenir sobre las causas de los malestares sociales, lo que sí habrá de hacerse mediante la cooperación intersectorial y la implicación de toda la ciudadanía, políticos y gestores incluidos y, entre todos ellos y como un recurso más, también la atención primaria de salud y los médicos de familia.

En el año 1996, y gracias en buena parte al desarrollo de la medicina de familia y a la cualificación de sus médicos, la atención primaria había alcanzado grandes logros en su capacidad de abordar eficazmente la mayoría de las enfermedades más prevalentes, se estaban extendiendo las actividades preventivas en la consulta, había capacidad investigadora y docente en muchos centros de salud. Llevábamos casi 20 años de una verdadera revolución de la atención primaria, que era ya muy bien valorada por los ciudadanos. Sin embargo, en ese año 1996 éramos muchos médicos de familia y la propia Junta Directiva de semFYC los que detectábamos una importante deficiencia en el desarrollo de la atención primaria de salud y de las propias competencias del médico de familia. Los centros de salud seguían centrados en la asistencia a la enfermedad, olvidando la promoción de salud y la orientación comunitaria de la atención. Ya empezábamos a ver que la frecuentación y la dependencia de los ciudadanos volvían a aumentar. La promoción de salud y la orientación comunitaria no pasaban de estar en el discurso (Alma Ata), salvo algunas significativas experiencias que en muchos casos fracasaron por falta de formación y el apoyo necesario. Es por ello que en 1996 se inicia el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) como el instrumento de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria para promover actividades de intervención y participación comunitaria como estrategia de promoción de salud. La promoción de salud busca la mayor autonomía de los ciudadanos, organizados socialmente, en el cuidado de su salud, evitando la dependencia creciente de los servicios sanitarios. El PACAP propone otros instrumentos y estrategias de intervención alejados del enfoque biomédico, buscando la cooperación intersectorial y promoviendo que el ciudadano y sus organizaciones tengan un papel protagonista y responsable en el abordaje de los problemas que les afectan y sus causas. El PACAP no fue diseñado para dar respuesta a los malestares sociales en atención primaria pero las estrategias e instrumentos que propone a través de las actividades de intervención y participación comunitaria

dan mejor respuesta a los malestares sociales, cuyas causas y las causas de su causas radican en el conjunto de la sociedad y su mejora ha de ser social y comunitaria.

El PACAP trata de tener muy presente que la atención primaria de salud y el conjunto de servicios sanitarios no son el único recurso para mejorar la salud de los ciudadanos y que en el caso de los malestares sociales es incluso un recurso secundario. Es necesario asumir nuestras limitaciones y explicitar que desde la consulta médica es imprescindible abordar correctamente los malestares sociales pero que no podremos mejorarlos sustancialmente, más allá de reconocerlos con el propio paciente, iniciar la identificación de sus causas inmediatas e informar de otros recursos existentes en la comunidad que pueden intervenir más eficazmente. Algunas estrategias propuestas por el PACAP y que se desarrollarán en la mesa son:

- Promover dinámicas grupales capacitadoras, en el propio centro de salud y en otros entornos.
- Promover la cooperación intersectorial y muy especialmente con los servicios sociales y procurar la implicación de las administraciones locales.
- Promover, conocer y fortalecer las redes sociales y asociaciones ciudadanas de la comunidad a la que se atiende.
- Informar y concienciar a políticos y gestores sobre los condicionantes sociales de la salud y la necesidad de su abordaje multisectorial.

El PACAP propone una metodología para iniciar actividades comunitarias desde un centro de salud que ya ha sido aplicada con buenos resultados. Existen muchos ejemplos de actividades y procesos comunitarios con implicación de los centros de salud que demuestran su viabilidad y que pueden ser consultados en la red de actividades comunitarias (RAC) accesible en la página web del PACAP (www.pacap.net).

Bibliografía

- Kark SL, Kark E, Abramson JH, Gofin J (eds.). *Atención Primaria Orientada a la Comunidad*. Barcelona; Ediciones Doyma SA; 1994.
- Marchioni M. *Comunidad, participación y desarrollo*. Madrid: Editorial Popular; 1999.
- Marchioni M. *La acción social en y con la comunidad*. Zaragoza: Editorial Libros Certeza; 2004.
- semFYC. *Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria* (<http://www.pacap.net/>)
- semFYC PACAP. *I Recomendaciones PACAP: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones*. semFYC.
- Soler Torroja M. Promoción de la salud, atención comunitaria y medicina de familia. *Aten Primaria*. 2005;36:355-7.
- Soler Torroja M. Primeros pasos en atención comunitaria. *AMF*. 2005;1:75-85.
- Turabian JL. Conflicto entre la atención individual y la comunitaria: ¿los árboles nos impiden ver el bosque? *Aten Primaria*. 1993;11:161-2.
- Turabián JL, Pérez Franco B. *Actividades Comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria*. Madrid: Díaz de Santos; 2001.