

# Formación en la competencia comunitaria en las Unidades Docentes Multiprofesionales

## Autores:

Elena Aguiló Pastrana, Juan Antonio García Pastor, Catalina Núñez Jiménez, Carmina Poblet Calaf, M.ª José Pérez Jarauta, Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar, coordinador de grupo. Grupo de Formación del PACAP

## Para contactar:

Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar  
jluis@nodo50.org

## Resumen

### Introducción

Las competencias sobre atención a la comunidad son una característica de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y de Enfermería Familiar y Comunitaria que adquieren los residentes en su período de formación (de 4 o de 2 años) en las Unidades Docentes Multiprofesionales de España.

El Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) tiene entre sus objetivos estratégicos, potenciar la formación en «lo comunitario».

### Objetivo

Hacer un análisis de la situación de la formación en esta competencia.

### Material y método

Estudio observacional transversal mediante un cuestionario con 10 preguntas a cumplimentar por las 91 Unidades Docentes (UDD) acreditadas a fecha de junio de 2011.

### Resultados

La tasa de respuesta fue del 65,5%. En el 71% hay docencia comunitaria. En donde no, se considera esencial por ser una característica diferencial del especialista y por la naturaleza y causalidad de los problemas de salud que se abordan en Atención Primaria (AP). La formación se centra en la actividad docente presencial (curso, taller, seminario), con un promedio de 20 horas impartidas por profesionales del sistema sanitario, para la adquisición de habilidades para realizar educación para la salud (EPS) con grupos y de conocimientos básicos sobre metodología de inter-

acción comunitaria. La formación práctica es limitada por la escasa actividad comunitaria en los centros acreditados.

### Discusión

La formación en la competencia es limitada. La falta de motivación y formación de los tutores, la presión asistencial y la orientación prioritaria del servicio sanitario hacia la atención de la enfermedad son factores que determinan la situación actual. Se considera necesario apoyar la formación sobre la competencia que ayude a las UDD a su implantación y mejora.

### Palabras clave:

Formación de recursos humanos, desarrollo comunitario, especialización.

## Summary

*Training in community care at multiprofessional teaching units (UDDs)*

### Introduction

Community care competences are a feature of the speciality of family and community medicine and family and community nursing acquired by residents in their training (four or two years) at multiprofessional UDDs in Spain.

The strategic goals of Semfyc's programme, Community Activities in Primary Care (PACAP), include strengthening training in community-related aspects.

### Objective

To analyse the situation of education in this area of competence.

### Material and methods

Transversal observational study through a questionnaire with ten questions to be completed by the 91 UDDs accredited by 06.2011.

### Results

The response rate was 65.5%. 71% of them included community health education. Community health education was deemed to be essential among those teaching units that did not include this speciality, because it is a distinguishing feature of the specialist and due to the nature and causation of health problems that are addressed in PHC. The training focuses on classroom teaching (course, workshop, seminar), with an average of 20 hours provided by health care professionals, to acquire skills to impart healthcare education with groups with a basic knowledge of community engagement methodology. Practical training is limited by the lack of community activity in accredited centres. Discussion: Training in competences is limited. A lack of motivation and training of tutors, the burden of care and priority of the health service in dealing with the disease, are factors that determine the current situation. It is considered necessary to support training in competences that help the UDDs implement and improve them.

*Keywords: Human resources training, community development, specialization.*

## Introducción

La competencia comunitaria es una de las que caracterizan a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que no se incluye en otras especialidades médicas.

La unidad docente (UD) multiprofesional es la estructura docente responsable del proceso de capacitación de los especialistas que establece la Comisión Nacional de la Especialidad.

El Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad

Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), en el objetivo 3 para el año 2011, plantea promover la mejor formación de los profesionales en atención comunitaria. Para ello, y con el ánimo de conocer la situación de la formación que se realiza actualmente en las UDD sobre esta competencia, diseñó una investigación, con el objetivo de proponer posteriormente propuestas de mejora.

El programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>1</sup> establece tres niveles de calificación de la competencia según la capacidad adquirida de la misma por el residente al terminar su período de formación y en cada nivel lo que debe conseguir. El residente, al final de su período de formación MIR, será capaz de hacer las actividades señaladas en la tabla 1.

También en el programa de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria aprobado en 2010<sup>2</sup> se establecen las competencias avanzadas que deben alcanzar los alumnos y las agrupa en los apartados señalados en la tabla 2.

## Objetivos

- Conocer las características de la docencia impartida en las UDD para adquirir la competencia.
- Analizar su adecuación a la competencia establecida en el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y Enfermería Familiar y Comunitaria.

## Método

Estudio transversal descriptivo mediante una encuesta autocumplimentada por las UDD (tabla 3).

El cuestionario se remitió por correo electrónico a las 91 UDD existentes en el listado de la semFYC a fecha de junio de 2011.

La respuesta se remitía por correo electrónico a la secretaria de la semFYC, quien los procesó. Fue necesario enviar correos electrónicos de recordatorio a aquellas UDD que no habían contestado y a los responsables autonómicos del PACAP para promover la respuesta.

A principios de 2012 se cerró el plazo de recepción.

El cuestionario fue procesado en Excel y revisado y analizado por el grupo investigador.

**Tabla 1**  
PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.  
COMPETENCIA DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

- Prestar una atención individual en la consulta considerando el contexto social y comunitario de los pacientes, tanto en los condicionantes de los problemas como en las posibles intervenciones, así como la efectividad y eficiencia de las actuaciones individuales sobre el nivel de salud de la comunidad
- Identificar y priorizar las necesidades y problemas de salud de la comunidad con participación de ésta
- Identificar los recursos comunitarios disponibles, conocer su utilidad práctica y favorecer su desarrollo
- Priorizar intervenciones y elaborar programas comunitarios con participación de la comunidad
- Desarrollar (implementar) programas comunitarios y evaluarlos con participación de la comunidad
- Conocer las bases conceptuales de la metodología cualitativa y su aplicación a la práctica de la Atención Primaria
- Realizar intervenciones de educación para la salud grupales con metodologías capacitadoras y participativas. Implica el conocimiento de las características del aprendizaje de los adultos y de la dinámica de los procesos grupales
- Participar en una adecuada coordinación intersectorial, especialmente con el sector de servicios sociales
- Favorecer y colaborar en actividades de participación real de la comunidad en el cuidado y promoción de la salud, con actitud de escucha activa y de reconocimiento del papel protagonista de los ciudadanos

**Tabla 2**  
PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.  
COMPETENCIA DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

- Competencias vinculadas con la provisión de cuidados avanzados en la atención clínica directa en el ámbito de la atención familiar y comunitaria a personas a lo largo de su ciclo vital y a las familias en todas sus etapas, tanto en lo que se refiere a su gestión, como planificación y desarrollo, de acuerdo con las necesidades de la población y con las exigencias de los servicios de salud
- Competencias vinculadas con la salud pública y comunitaria, relativas al diseño de programas de educación para la salud, a la vigilancia epidemiológica y medioambiental, y a las situaciones de emergencia y catástrofe
- Competencias vinculadas con la docencia, dirigidas tanto a las personas y familias, como a estudiantes y otros profesionales
- Competencias vinculadas con la gestión de cuidados y servicios en el ámbito familiar y comunitario, con la finalidad de aplicarlos según los principios de equidad, efectividad y eficiencia y desarrollando estrategias de mejora de la calidad asistencial en los cuidados a la comunidad
- Competencias vinculadas con la investigación, cuyas finalidades son: utilizar la mejor evidencia científica disponible, generar conocimiento y difundir el ya existente

## Resultados

Han contestado 60 de las 91 UDD identificadas (65,9% de tasa respuesta) (tabla 4).

En las 60 UDD que contestaron había 4.122 residentes y 3.358 tutores.

Se imparte alguna actividad docente en 44 de las 60 UDD que contestaron (73,3%).

Las 16 UDD que no dan docencia opinan que es de interés impartir docencia en actividades comunitarias en el 100% de los casos por los siguientes motivos:

- «Te ayuda situacionalmente con los pacientes, te implica en su comunidad y te facilita el acceso a mejorar y difundir actividades preventivas y educativas a la población.»
- «Por la visión integral e integradora de la actividad asistencial y el valor dado al enfoque comunitario y a la participación ciudadana.»
- «Es un área de competencias claramente definida en el programa de la especialidad, pero en la práctica clínica con los tutores y rotaciones difícilmente se aprende porque la mayoría de los centros de salud tampoco practican atención comunitaria. Por ello, si no se aprende durante la residencia, difícilmente se aprenderá después.»
- «Forma parte del perfil profesional del médico de familia, debe intervenir sobre los determinantes de la salud en su ámbito social, debería identificar grupos de riesgo, y proponer abordaje de los problemas de salud comunitarios y conocer los recursos de la comunidad y colaborar con ellos.»
- «Forma parte del día a día de los médicos al contribuir a solucionar los problemas de salud de las personas y porque una buena Medicina Comunitaria es predictor de salud poblacional y ahorro de recursos y visitas.»
- «Porque considero que el paciente que atiende el médico de familia vive en una comunidad donde enferma y sana, y por tanto ha de tenerla en cuenta en todo el proceso de atención del paciente, por ejemplo. Nosotros tenemos planificado empezar con un curso para los R4. No obstante, en el último año en el centro de salud acuden a actividades.»

**Tabla 3**  
CUESTIONARIO DE LAS UNIDADES DOCENTES

- ▶ Identificación de las unidades docentes y número de los centros docentes, de los residentes y de los tutores
- ▶ Número de unidades docentes que impartían docencia en actividades comunitarias
- ▶ Razones por las cuales no se impartía docencia en actividades comunitarias
- ▶ Si se considera de interés impartir docencia en actividades comunitarias (en las unidades docentes donde no se impartía)
- ▶ Año de la residencia donde se impartía la docencia en actividades comunitarias
- ▶ Tipo de actividad docente y número de horas destinadas a la misma
- ▶ Características de la formación teórica: contenidos, docentes, destinatarios (residentes, tutores, etc.)
- ▶ Relaciones con las sociedades científicas a la hora de impartir la docencia
- ▶ Características de la formación práctica: proporción de residentes que participan en actividades comunitarias y tipo de actividades en las que participan
- ▶ Formación que reciben los tutores
- ▶ Participación de los tutores en actividades comunitarias
- ▶ Porcentaje de centros docentes acreditados que tienen actividades comunitarias

**Tabla 4**  
UNIDADES DOCENTES ANALIZADAS

Comunidad autónoma	UDD	Respuesta
Andalucía	Almería. Cádiz. Córdoba. Sevilla. Granada. Huelva	Sí
	Málaga. Jaén	Sí
Aragón	Alcañiz. Huesca. Zaragoza Sector III	Sí
	Teruel. Zaragoza Sector I y II	No
Asturias	Asturias Única	Sí
Illes Balears	Mallorca	Sí
	Menorca. Ibiza. Formentera	No
Canarias	Las Palmas Norte Sur Tenerife-La Palma (Zona 3)	Sí
	Fuerteventura (Zona 4)	Sí
	Tenerife Zona 1 y Zona 2. Lanzarote	No
Cantabria	Santander y Laredo	Sí
Castilla-La Mancha	Albacete. Ciudad Real. Guadalajara. Toledo	No
	Cuenca y Talavera de la Reina	Sí
Castilla y León	Ávila. Zamora. León I. León II Ponferrada. Palencia. Salamanca	Sí
	Segovia. Valladolid Este y Oeste	Sí
	Burgos y Soria	No
Catalunya	Coor. Gral. Prog. Servei Salut Integral B Empordà	No
	ACEBA. Badalona Serveis Assistencials	Sí
	Barcelona Ciutat ICS. Catalunya Central ICS	Sí
	Clínic-Maternitat. Consorci Sanitari del Maresme	Sí
	Consorci Sanitari Terrasa. Costa de Ponent ICS	Sí
	FASS Grup Sagessa. Fundació Sant Pau i Santa Tecla	Sí
	Girona ICS	No
Lleida ICS. Mútua de Terrassa. Tarragona ICS. Tortosa ICS	Sí	
Euskadi	Bizkaia. Gipuzkoa. Álava	Sí
Extremadura	Badajoz y Navalmoral	No
	Cáceres. Don Benito. Plasencia	Sí
Galicia	A Coruña. Ourense. Santiago	Sí
	El Ferrol. Lugo. Vigo. Pontevedra	No
Madrid	Centro. Oeste. Sur	No
	Este. Noreste. Norte. Sureste	Sí
Murcia	Lorca y Murcia	Sí
	Cartagena-San Javier	No
Navarra	Navarra	Sí
La Rioja	Logroño	No
Comunitat Valenciana	Alicante	Sí
	Castellón y Valencia	No

UDD: unidades docentes.

**ES LA ASIGNATURA  
MÁS PENDIENTE  
EN ATENCIÓN  
PRIMARIA Y POR  
DONDE AHORA SE  
PUEDEN HACER  
MÁS COSAS**

- «Porque gran parte de la asistencia diaria, de la problemática que se presenta y de la demanda es Medicina Comunitaria.»
- «Es una competencia escasamente desarrollada en la teoría y en la práctica de los centros de AP. Es la asignatura más pendiente en AP y por donde ahora se pueden hacer más cosas.»
- «Es parte fundamental de nuestra formación de médico de familia, sin embargo, en la práctica real, como ocurre en otros campos (investigación, atención familiar, etc.), los médicos no siempre la realizamos.»
- «Múltiples razones: a) participación de los pacientes/comunidad en AP; b) priorización de necesidades; c) planificación de actividades, y d) educación sanitaria global.»
- «Me parece básico e imprescindible, pero la realidad es que más por la falta de formación que de tiempo no se hace nada desde las unidades docentes.»

Las UUDD imparten la docencia de forma muy variada:

- Respecto a los años que la imparten: en 13 UUDD la distribuyen en 3 o 4 años, en 18 UUDD en 2 años y en 13 UUDD en 1 año.
- Respecto a qué año de residencia, existe una mayor coincidencia en agruparse en los últimos años de la formación: 17 UUDD la imparten a los R3 y 27 UUDD la imparten a los R4.

La docencia se hace prioritariamente mediante una actividad docente, con algunas excepciones que hacen varias actividades docentes en distintos años.

Los tipos de actividades docentes son:

- Curso presencial (28).
- Seminario (13).
- Taller (14).
- Blog (1).
- On-line (1).

La duración de estas actividades oscila entre 4 y 42 horas, de la forma:

- Más de 30 horas: 2 UUDD.
- Entre 20 y 30 horas: 16 UUDD.

- Entre 10 y 19 horas: 10 UUDD.
- Menos de 10 horas: 13 UUDD.

Se identifican los siguientes contenidos y métodos de formación impartida:

- El proceso salud/enfermedad/atención. La dimensión social, biológica y personal de la enfermedad. El contexto sociocultural del proceso de enfermar.
- Proceso de enseñanza-aprendizaje para la realización de un proyecto de EPS principalmente con un grupo de población. Se hace en 34 de las UUDD de unas 15-20 horas de duración. En casi todas las comunidades autónomas.
- Metodología de intervención comunitaria:
  - Aprender a identificar la comunidad.
  - Aprender a utilizar los indicadores básicos para realizar un examen preliminar de la situación de la salud de la comunidad.
  - Identificar los recursos comunitarios disponibles y conocer su utilidad.
  - Identificar los principales problemas de salud de la comunidad.
  - Proyecto de intervención. En especial en Asturias, Canarias, Euskadi y Madrid.
- Cooperación en programas de salud, planes comunitarios, acciones intersectoriales, órganos de participación comunitaria.
- Cómo iniciar actividades comunitarias desde un centro de salud (Documento Recomendaciones del PACAP). En especial en Andalucía, Catalunya, Extremadura, Navarra y Euskadi.
- Metodología de los procesos correctores comunitarios. En Navarra, Madrid y Euskadi.
- Metodología APOC (AP orientada a la comunidad). Se aplica en especial en las UUDD de Catalunya y Illes Balears.

Los cursos y talleres son impartidos por:

- Técnicos de salud pública de las UUDD: 17.
- Formadores de EPS del sistema sanitario: 6 (Illes Balears, Madrid, Murcia y Barcelona).
- Tutores de Medicina de Familia y Comunitaria: 14.
- Médicos de familia de los centros de salud responsables de medicina comunitaria: 3.
- Grupo APOC: 4.

- Grupo PACAP: 2.
- Profesores externos de fundaciones: 2.

La formación se realiza en 30 UDD solo para residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, y en 14 ya se hace conjuntamente para residentes de Medicina y de Enfermería Familiar y Comunitaria.

En 10 UDD se imparte formación a los tutores.

La actividad docente es evaluada con cuestionario de estructura, proceso y satisfacción, trabajo presentado o proyecto educativo y registro de asistencia.

Más de un 60% no hace las actividades comunitarias. El resto las hace de una forma esporádica o en varias semanas y excepcionalmente de forma habitual.

Se identifican una serie de actividades comunitarias en las que participan los residentes como rotaciones prácticas en su proceso formativo (tabla 5). Son muy diversas y abarcan un amplio abanico de instrumentos de promoción de la salud.

El porcentaje de tutores que han recibido formación en lo comunitario se distribuyen de la siguiente forma:

- En 39 UDD, menos del 24% de los tutores.
- En 8 UDD, entre el 25 y el 49% de los tutores.
- En 6 UDD, entre el 50 y el 74% de los tutores.
- En 7 UDD, más del 75% de los tutores.

Se han centrado en cursos presenciales de metodología de educación para la salud, en cómo iniciar actividades comunitarias, en técnicas grupales, en comunicación y en programación en salud.

La realización de actividades comunitarias de los tutores se distribuye de la siguiente forma:

- En 45 UDD, menos del 25% de los tutores realizan actividades comunitarias.
- En 7 UDD, entre el 25 y el 49% de los tutores.
- En 2 UDD, entre el 50 y el 74% de los tutores.
- En 5 UDD, más del 75% de los tutores.

En cuanto al porcentaje de los centros acreditados que hacen alguna actividad comunitaria:

**Tabla 5**  
**TIPOLOGÍAS DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS**  
**COMO FORMACIÓN PRÁCTICA**

- 1. Programas de salud de área (niño, mujer, mayor, adulto)**
  - ▶ Campañas vacunación
  - ▶ Programa tuberculosis
  - ▶ Programa mayor de riesgo
  - ▶ Participación en jornadas (semana sin humo, violencia contra las mujeres, promoción del ejercicio físico, etc.)
- 2. Actividades en centros educativos**
  - ▶ Programa «Forma joven» (educación para la salud en institutos de enseñanza media)
  - ▶ Educación sexual
  - ▶ Alimentación
  - ▶ Desayunos saludables
- 3. Educación para la salud con grupos de enfermos**
  - ▶ Diabéticos
  - ▶ Hipertensión
  - ▶ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- 4. Educación para la salud con grupos sobre estilos de vida y etapas vitales**
  - ▶ De ayuda mutua
  - ▶ Asociaciones vecinales
  - ▶ Pacientes de los centros de salud. Deshabitación tabáquica, factores riesgo cardiovascular, anticoncepción
  - ▶ Madres y padres
  - ▶ Adolescentes, jóvenes
  - ▶ Grupos de exclusión social
  - ▶ Cuidando al cuidador
- 5. Actividad comunitaria en rotación rural**
- 6. Rotación externa en servicio de salud poblacional de DGSP Asturias**
- 7. Rotación en centros de referencias con actividades comunitarias acreditadas**
  - ▶ Centro de Salud la Mina
  - ▶ Proyecto Fresneda Asturias
  - ▶ Salud Familiar Alta Gracia. Córdoba (Argentina)
  - ▶ Programa Nerea
- 8. Acciones o programas intersectoriales**
  - ▶ Programa «Cambia de adicción»: dejar de fumar y empezar a hacer actividad física de forma tutelada
  - ▶ Programa de trabajo en personas con riesgo de exclusión social con población gitana en la comarca de Irún
  - ▶ Programa de mediadores interculturales
- 9. Medios de comunicación**
  - ▶ Programa de radio
- 10. Trabajos de investigación con un componente comunitario**
- 11. Apoyo a la acción social en salud**
  - ▶ Cooperación con asociaciones de ayuda mutua de enfermos
  - ▶ Asesoramiento
  - ▶ Colaboración con ONG
  - ▶ Asociaciones de mujeres

DGSP: Dirección General de Salud Pública.

- En 7 UDD, entre el 35 y el 64% de los centros.
- En 6 UDD, entre el 65 y el 90% de los centros.
- En 20 UDD, más del 90% de los centros.
- En 22 UDD, no contestan a esta pregunta.

En la pregunta abierta de comentarios sobre el cuestionario y otros aspectos se señala lo siguiente:

UNO DE LOS OBJETIVOS FUNDAMENTALES DE LA SEMFYC Y DEL PACAP, TRAS SU NUEVA ETAPA COMENZADA EN 2011, ES MEJORAR LA DOCENCIA DE LA COMPETENCIA DE ATENCIÓN COMUNITARIA

- «Por la presión asistencial se relega el abordaje comunitario por considerarlo de menor importancia.»
- «Confusión en los conceptos de lo que es una actividad comunitaria, EPS con grupos, etc.»
- «La participación de los profesionales aún es más escasa, ya que la mayoría no tiene suficiente formación para aplicar sus conocimientos en actividades comunitarias.»
- «En el proceso de reacreditación de tutores, las dos actividades que más deficiencia tienen son “atención familiar y atención a la comunidad”.»

Actualmente, en nuestro ámbito, el peso de esta actividad recae en enfermería. Teniendo en cuenta el tiempo dedicado a la actividad clínica, domiciliaria, la docente en los propios centros y la que se haga de investigación, los tutores han ido cediendo de forma paulatina, pero progresiva, el liderazgo a los diplomados de enfermería.»

- «Creo que el paso a UUDD multiprofesional aportará, entre otros, un relanzamiento de esta competencia, aunque lo importante es que se ofrezca desde los centros de salud, más que quien la oferte.»
- «Registro insuficiente de las actividades comunitarias que hacen los centros acreditados y tutores y residentes.»
- «El aprendizaje depende de los centros docentes y de las características de los tutores, por lo que es muy heterogéneo: en algún centro aislado hay profesionales muy involucrados en la formación y atención comunitaria.»
- «La formación debe integrarse en la actividad de los centros y debe hacerse a lo largo de los 4 años y ser registrada en el libro del residente.»
- «La formación está muy limitada por la escasez de docentes con un perfil adecuado para lo que precisa la competencia.»
- «Me gustaría que a nivel nacional se pudiera diseñar y ofrecerse una actividad formativa “de calidad” a MIR y tutores, en formato mixto (on-line y presencial) y solicitar asesoramiento a las UUDD (tipo de actividad, posibilidades, adaptabilidad, coste, etc.).»

- «En Catalunya proponen diseñar un curso de atención comunitaria on-line con la participación de tutores y técnicos de salud.»
- «La elaboración del cuestionario no es acertada y no se está de acuerdo con la propuesta actual del cuerpo doctrinal; existe una disociación entre las necesidades sentidas y el marco teórico.»
- «Hay que tener en cuenta las características de la insularidad y de los recursos docentes de las diferentes UUDD.»

## Discusión

Uno de los objetivos fundamentales de la semFYC y del PACAP, tras su nueva etapa comenzada en 2011, es mejorar la docencia de la competencia de atención comunitaria.

Además, este año 2011 fue el primero de la puesta en marcha de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria de las UUDD Multiprofesionales, por lo que sentimos que era el momento idóneo para impulsar el abordaje de la docencia de la formación sobre la competencia de atención comunitaria.

Subjetivamente, percibimos que la docencia en nuestra competencia sigue siendo una de las cienientas formativas, y nos pusimos en contacto con las diferentes UUDD de nuestro país para analizar su estado actual.

Primariamente, agradecemos la colaboración que hemos obtenido de las UUDD en la cumplimentación de este cuestionario. Hemos conseguido respuestas del 65,9% de las UUDD registradas en el listado oficial de la semFYC a fecha de junio 2011.

Estimamos esencial formarse en esta competencia por ser un rasgo característico de nuestra especialidad. Es necesario el enfoque comunitario para abordar de forma integral los problemas de salud teniendo en cuenta su multicausalidad y los factores determinantes de éstos, pero se insiste en el poco peso que tiene el enfoque promotor y comunitario en la práctica cotidiana del sistema sanitario y, en concreto, en los centros de salud y en los tutores médicos de la especialidad<sup>3,4</sup>.

Más de dos terceras partes (73,3%) de las UUDD que nos respondieron hacen un esfuerzo valioso e imparten docencia sobre estas materias tanto de forma teórica como práctica.

También observamos como positivo que la totalidad de las UUDs que no imparten docencia consideran de interés la formación en atención comunitaria. Nos alegran y llenan de ilusión sus opiniones y su predisposición positiva en relación con la docencia en esta materia.

Percibimos que la docencia en atención comunitaria es muy dispar a lo largo de los 4 años de la residencia, aunque advertimos que tiende a implementarse en el cuarto año, durante su estancia en el centro de salud.

Sentimos que el proceso de aprendizaje y adiestramiento se limita a una única actividad docente mediante curso presencial en dos tercios del total (63,6%).

Además, consideramos que el número de horas de formación es escaso en el 95% de los casos y cuenta con unos contenidos más bien teóricos.

Observamos que el área más desarrollada es la EPS y se sigue poco el programa de la especialidad en la competencia de atención a la comunidad. Comprendemos que el esfuerzo docente se hace fundamentalmente con los recursos existentes en cada territorio, en especial por personal técnico en salud de las unidades, así como de los servicios asistenciales y profesionales sanitarios, por los propios tutores y los médicos de familia que llevan años impartiendo formación o por grupos de formadores de las sociedades científicas, como ocurre en Catalunya (APOC) o en Madrid, Extremadura, Illes Balears, Canarias y Castilla y León (grupos PACAP), o del Instituto de Salud Pública de Navarra.

En algunos casos se acude a docentes de otras comunidades autónomas con experiencia en formación en metodología de EPS o en intervención comunitaria, en especial de Madrid, Navarra, Asturias y Barcelona. Pero se señala que faltan recursos docentes que den una respuesta adecuada a las necesidades detectadas.

Respecto a las metodologías utilizadas observamos que:

- En lo que se refiere a la metodología de la EPS, los formadores, en especial de Madrid, Navarra y Illes Balears, utilizan fundamentalmente la metodología del aprendizaje significativo de la pedagogía activa y participativa,

que tiene como referencia, más importante y de excelencia en el Estado español, el grupo de M.<sup>a</sup> José Pérez Jarauta y Margarita Echauri, del Instituto de Salud Pública de Navarra<sup>5,6</sup>, quienes poseen un excelente manual de EPS<sup>7</sup>.

- El grupo APOC, en Catalunya, cuenta con una amplia y reconocida experiencia formando residentes en la práctica orientada a la comunidad<sup>8</sup>.
- En Extremadura, Canarias, Euskadi, Madrid y Catalunya, se emplea la metodología de «Cómo iniciar un proceso de intervención comunitaria en un centro de salud», basada en el documento de recomendaciones del PACAP<sup>9</sup>.
- La formación en metodología de intervención comunitaria que promueve Marchioni<sup>10</sup> y su grupo se desarrolla fundamentalmente en Canarias y Extremadura. Este grupo tiene un instituto que se puede visitar en su web<sup>11</sup>.
- En Madrid, Navarra y Euskadi se imparte la metodología de procesos correctores comunitarios<sup>12</sup>.
- Por último, el enfoque más amplio de salud comunitaria se desarrolla en Asturias por el grupo de Rafa Cofiño. En su blog<sup>13</sup> se puede encontrar información más detallada sobre el tipo de formación que se propone, que también se está empezando a desarrollar en varias UUDs de Catalunya.

Creemos que los centros de salud docente están poco orientados al enfoque comunitario, por lo que su actividad comunitaria es muy limitada y, por consiguiente, pensamos que los tutores tienen poca experiencia en este campo.

Todo ello nos lleva a la conclusión de que los residentes cuentan con escasas posibilidades de aplicar los conocimientos y habilidades adquiridos al final de su residencia por la escasa actividad comunitaria de los centros docentes, a pesar de que existe una rica variedad de tipologías de actividades comunitarias que se realizan en el conjunto del país<sup>14</sup>.

## Conclusión

Creemos que es necesario trabajar conjuntamente y de forma consensuada en un plan de formación factible entre las UUDs, la Comisión Nacional, el PACAP, la semFYC y

**TAMBIÉN OBSERVAMOS COMO POSITIVO QUE LA TOTALIDAD DE LAS UUDs QUE NO IMPARTEN DOCENCIA CONSIDERAN DE INTERÉS LA FORMACIÓN EN ATENCIÓN COMUNITARIA**

**LOS CENTROS DE SALUD DOCENTES DEBERÍAN TENER COMO UN CRITERIO ESENCIAL PARA SU ACREDITACIÓN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) para alcanzar la competencia adecuada.

Como objetivo básico estaría que los residentes adquirieran el nivel de «saber hacer» al menos en la mayoría de los apartados de Prioridad I del programa de la especialidad.

En conclusión, las líneas más generales para la reflexión, el debate y el consenso son:

- El sistema sanitario español podría reorientarse hacia un enfoque promotor de la salud, tal como se plantea a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- La cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud<sup>15</sup> debería incorporar la actividad comunitaria y de Promoción de Salud, y se deberían establecer líneas activas para su correcto cumplimiento, como se propone en la Estrategia AP XXI del Ministerio Sanidad<sup>16</sup>.
- La formación en la competencia comunitaria debería incluirse en la formación de pregrado, posgrado y continuada de las ciencias de la salud<sup>17</sup>.
- Subrayamos la importancia de que los centros de salud docentes deberían tener como un criterio esencial para su acreditación la realización de actividades comunitarias y de promoción de la salud.
- Las modalidades de formación deberían adecuarse a los diferentes contextos, necesidades de formación e itinerarios formativos.
- El itinerario formativo debería distribuirse a lo largo de toda la residencia y tener la posibilidad de la realización de alguna práctica durante el último período de residencia.

### Bibliografía

1. BOE del 21 de febrero sobre Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, que desarrolla la Ley 44/2003 de 21 de noviembre y el Real Decreto 1146/2006 de 6 de octubre y aprueba el programa de la especialidad.
2. BOE 29 junio 2010: Orden SAS/1729/2010 de 17 de junio por el que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

3. Soler M, March S, Ramos M, Ruiz JL, Pérez MJ, Muntaner I, et al. Situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria. Informe final 2008. Madrid. Disponible en: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>. [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
4. March S, Bauzá MLL, Ruiz-Giménez JL, Soler M, Ramos M. Consideraciones sobre el informe de la situación de las actividades comunitarias en AP. Comunidad. 2010;12(6-9).
5. Pérez MJ, Echaury M. Avanzar en educación para la salud grupal. Comunidad 2002;(5):78-87.
6. Echaury M, Pérez MJ. Técnicas docentes en la formación de profesionales. Tribuna Docente de Medicina Familia 2002;6(3):29-43.
7. Manual de educación para la salud. Instituto de Salud Pública. Pamplona. Gobierno de Navarra; 2006. Disponible en: [www.cfnavarra.es/isp/promocion](http://www.cfnavarra.es/isp/promocion). [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
8. Gofin J, Montaner I, Foz G. Metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Elementos para su práctica. RCEAP 2008;16. Disponible en: <http://goo.gl/sKZpC> [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
9. PACAP. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención comunitaria en un centro de salud? Barcelona: semFYC ediciones; 2007. Disponible en: [www.pacap.net/documentos](http://www.pacap.net/documentos). [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
10. Marchioni M. Comunidad participación y desarrollo. Teoría y métodos de intervención comunitaria. Madrid: Ed. Popular; 1999.
11. Instituto Marco Marchioni. Red de Encuentro, intercambio y debate de la democracia participativa. Tenerife. Disponible en: [www.institutomm.org](http://www.institutomm.org). [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
12. Aguiló E. La metodología de los procesos correctores comunitarios (ProCC). RCEAP 2008;16. Disponible en: <http://goo.gl/RZ4yf> [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
13. Cofiño R. Talleres de Salud Comunitaria. Oviedo: 2012. Disponible en: <http://www.saludcomunitaria.wordpress.com>. [Consulta: 2 de noviembre de 2012.]
14. Ramos M, March S, Soler M, Ruiz JL, Miller F, Domínguez, J. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en Atención Primaria. Gac Sanit Especial Congreso 1. 2009;23(37).
15. Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE, nº 222 (16-9-2006).
16. Ruiz JL. Incorporación de un servicio sobre actividad comunitaria en el catálogo de prestaciones sanitarias del nivel de Atención Primaria. Comunidad. 2008(10):54-7.
17. Salud Pública. Promoción de la Salud y Epidemiología: Formación en Promoción y Educación para la Salud. Madrid: Consejo Interterritorial. Ministerio Sanidad y Consumo; octubre de 2003.