

# Programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria

Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria  
Ministerio de Sanidad y Consumo  
Ministerio de Educación y Ciencia

Ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas e informado favorablemente por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Duración: 4 años  
Licenciatura previa: Medicina

La formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria ha dado un giro espectacular con la elaboración de un nuevo programa de residencias de 4 años de duración aprobado recientemente por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Para facilitar la difusión y el conocimiento del nuevo programa, ponemos a disposición del lector los contenidos que afectan a la dimensión comunitaria del programa de la especialidad.

## Presentación

En los últimos años hemos podido asistir, en el ámbito de la Atención Primaria de España, a tres hechos importantes: la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (1978), la promulgación de la Ley General de Sanidad (1986) y una profunda reforma de la Atención Primaria de Salud, iniciada por el Real Decreto 137/1984, sobre estructuras básicas de salud. Con dichos cambios se empezaron a implantar instrumentos característicos de la Atención Primaria de Salud (APS), como son: el trabajo en equipos multidisciplinarios con un horario más amplio, la historia clínica y los registros de actividades, la incorporación de nuevas habilidades y pruebas complementarias (analíticas, radiología, espirometría, electrocardiograma [ECG]), introduciéndose criterios de protocolización y programación de la asistencia, al mismo tiempo que empezaron a abordarse aspectos relacionados con la prevención y promoción de la salud, la docencia y la investigación en AP.

Nuestro país ha experimentado en los últimos años cambios sociales importantes que implican un incremento en la utilización de los servicios de APS, como son el crecimiento de la población anciana y de las patologías crónicas, los cambios en la estructura familiar, los factores ligados a los estilos de vida y al entorno que han originado en los ciudadanos nuevas necesidades y expectativas de la salud. Asimismo, la importancia creciente de la APS deriva de la mayor calidad y oferta de los

servicios, favorecidas por el desarrollo científico y tecnológico y por la mejor formación y capacidad resolutive de los médicos de familia (MF).

Este nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) marca un hito importante: es el tercer programa oficial y el quinto real en los 24 años de existencia de la especialidad, lo que demuestra la pujanza y el dinamismo de los MF en España.

La especialidad de MFyC, a pesar de ser relativamente joven, ha conseguido su consolidación e implantación generalizada en el sistema sanitario, así lo demuestra el hecho de que en el año 2002 se hayan formado más de 18.000 especialistas, estando actualmente 5.400 en proceso de formación. Este avance cuantitativo ha ido acompañado de otro cualitativo, con la aparición de infinidad de revistas, libros, monografías, cursos, talleres, grupos de trabajo, congresos, actividades de investigación y docencia, etc., llevados a cabo por médicos de familia.

Desde el punto de vista interno, el programa, como lo demuestra la larga relación de autores/colaboradores que se incorpora en el anexo II, se ha realizado con un alto grado de consenso ya que durante los más de 2 años en los que se ha ido conformando ha contado con la participación activa de las unidades docentes de la especialidad de MFyC y de las sociedades científicas más representativas del sector, especialmente con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC).

Desde el punto de vista de los países de nuestro entorno, el presente programa, al igual que ya ocurre en otras naciones europeas como Austria, Dinamarca o Finlandia, eleva a 4 años el período formativo, aproximándose así a las recomendaciones formuladas al respecto por la Unión Europea de Médicos Generales y por el Parlamento Europeo, que aconsejan, incluso, elevar a 5 años dicho período.

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS HEMOS PODIDO ASISTIR, A TRES HECHOS IMPORTANTES: LA CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, LA PROMULGACIÓN DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD Y UNA PROFUNDA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En cuanto a los contenidos del programa, interesa resaltar que éstos se adecuan a las necesidades actuales y futuras de la APS, adaptando los períodos de rotación a los niveles de competencia que requiere el perfil profesional del MF de una forma flexible e individualizada, estableciendo estándares mínimos, deseables y máximos en los objetivos de aprendizaje y posibilitando la evaluación de todo el proceso a fin de garantizar su calidad.

Los tutores de los centros de salud a los que corresponde el seguimiento y supervisión de las actividades realizadas por el residente a lo largo de los 4 años que dura su formación, adquieren un alto grado de protagonismo en este programa que debe ser apoyado simultáneamente con medidas complementarias de formación de tutores destinadas a mantener y mejorar sus competencias.

El programa desarrolla cinco áreas competenciales: las esenciales (comunicación, razonamiento clínico, gestión de la atención y la bioética); y las relacionadas con la atención al individuo, a la familia, y a la comunidad, y las que se relacionan con la formación continuada y la investigación.

La APS debe ser la base del sistema sanitario por lo que es fundamental la buena preparación de los futuros médicos de familia, a fin de que sean capaces de dar una mejor atención al usuario, más accesible, humana, integral y eficiente. Éste sigue siendo el reto del colectivo de médicos de familia como formadores, compartido con la preocupación por las futuras condiciones de trabajo, la carrera profesional, la formación continuada, la certificación y recertificación de competencias, el apoyo a los tutores, el desarrollo de nuevas metodologías docentes, etc., que forman un todo indivisible para garantizar la calidad de la formación y la correcta atención a los ciudadanos.

Este programa pretende ser un instrumento dinámico, como lo han sido los anteriores, por lo que será revisado periódicamente, para adaptarlo a las necesidades cambiantes del desarrollo científico y de nuestra sociedad.

La Comisión Nacional de la especialidad quiere manifestar su más sincero agradecimiento a todos los que han colaborado en la realización de este programa, así como a todos los médicos de familia que contribuyen diariamente al progreso de esta especialidad.

## Perfil profesional del médico de familia

*El perfil del médico de familia es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, curar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible la recuperación de la salud.*

Estas características específicas del perfil profesional del médico de familia conforman un cuerpo propio de conocimientos derivado, fundamentalmente, de su ámbito de actuación específico: el de la APS y de una forma propia de llevar a cabo dicha atención a través de un enfoque biopsicosocial, en el que adquieren verdadero protagonismo la integración de las actividades de curación de la enfermedad con las de promoción y prevención, rehabilitación y cuidado paliativo.

A efectos didácticos, este perfil profesional se plasma en cinco áreas competenciales sobre las que existe un alto nivel de consenso en la Unión Europea.

### ■ Área docente de competencias esenciales: comunicación, razonamiento clínico, gestión y bioética

La principal herramienta del médico de familia es su capacidad de comunicación con los ciudadanos que diariamente atiende, por lo que es esencial que desarrolle la capacidad de escuchar y la empatía necesarias para la correcta relación con los usuarios.

El MF atiende habitualmente a personas con problemas de salud poco definidos, en estadios precoces de su evolución natural y a menudo banales, por lo que debe tener la capacidad de razonamiento adecuada para distinguir aquellas situaciones que son más graves, elaborando una orientación diagnóstica más concreta, a partir de una queja muy indefinida. En el aprendizaje del razonamiento clínico y la toma de decisiones, son de gran ayuda los protocolos y guías de práctica clínica en cuya elaboración participará el residente, aprendiendo a usarlos.

El médico de familia realiza su trabajo en el seno de un equipo de profesionales de Atención Primaria con objetivos compartidos y para un mismo grupo poblacional, por lo que debe aprender a trabajar en equipo, identificar y fijar objeti-

A EFECTOS DIDÁCTICOS, ESTE PERFIL PROFESIONAL SE PLASMA EN CINCO ÁREAS COMPETENCIALES SOBRE LAS QUE EXISTE UN ALTO NIVEL DE CONSENSO EN LA UNIÓN EUROPEA.

vos comunes así como establecer normas de funcionamiento interno y mecanismos de coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en la atención sanitaria.

Para el correcto desempeño de su trabajo, el MF deberá aprender a distribuir adecuadamente su jornada diaria entre las diversas funciones a desarrollar, organizando eficientemente su consulta, haciendo un uso racional de las pruebas complementarias, de los recursos terapéuticos y de las interconsultas con otros especialistas.

En el ámbito de la AP, la información es la base del conocimiento para establecer diagnósticos y para la toma de decisiones, por lo que el MF debe saber utilizar los registros y sistemas de información y las herramientas informáticas necesarias, velando por el uso confidencial de todos los datos.

El aprendizaje de la medicina basada en la evidencia y la utilización de los recursos de Internet son instrumentos fundamentales en el campo de la gestión clínica.

El MF aprenderá el marco teórico y las dimensiones de la calidad asistencial, sus herramientas de medición, su estructura, proceso y resultado para conocer y mejorar la calidad de su trabajo, promoviendo actividades de evaluación y mejora que le permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y de los profesionales.

El médico de familia debe estar capacitado para desarrollar acciones de administración y gestión básicas en establecimientos de Atención Primaria.

Durante su período de formación, tendrá que incorporar a sus actividades los valores y aspectos éticos de la profesión, tanto en su relación con el paciente (respeto, intimidad, confidencialidad, autonomía, consentimiento informado) como en otros ámbitos de su quehacer profesional (en la prescripción, distribución de recursos, investigación, relaciones con la industria farmacéutica, etc.).

#### ■ Área docente de competencias relativas a la atención al individuo

El médico de familia es, fundamentalmente, un buen médico clínico que debe prestar atención a los individuos de forma continuada a lo largo de su vida, tanto en la consulta como en el domicilio, de forma programada, a demanda o urgente, para los problemas agudos y para los crónicos, realizando su trabajo de forma eficaz y eficiente.

La atención a la globalidad (al conjunto de la persona) y la longitudinalidad (a lo largo de toda la vida) son dos características esenciales del perfil de este profesional, que realizará las historias clínicas de sus pacientes desde una perspectiva que integre los aspectos biológicos, psíquicos y sociales de la salud y la enfermedad.

El MF debe adquirir las habilidades técnicas para un correcto diagnóstico, mediante el manejo y la valoración de las pruebas diagnósticas disponibles en su medio, estando capacitado para llevar a cabo, respecto a cada proceso individual de atención sanitaria, las siguientes actividades:

- Un plan diagnóstico, que incluya la realización de un correcto diagnóstico diferencial, una correcta interpretación de las pruebas complementarias y en su caso, la integración de las opiniones de otros especialistas.
- Un plan terapéutico farmacológico o no farmacológico que elaborará y negociará con el paciente, utilizando correctamente los fármacos u otras terapias accesibles al médico de familia.
- Un plan de seguimiento con evaluación del cumplimiento terapéutico y los resultados alcanzados, garantizando la atención continuada y específica en determinadas situaciones como las relativas a individuos discapacitados, inmovilizados, enfermos terminales que precisen cuidados paliativos, o también al niño, al adolescente, a la mujer, al anciano, etc.

En su contacto con el paciente, el médico de familia debe valorar también la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción integradas, por su evidencia, en la práctica asistencial. Se trata de adoptar medidas de educación para la salud y prevención primaria y secundaria para los procesos más prevalentes en la población, como son los relacionados con las enfermedades infectocontagiosas, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la infancia y la adolescencia, la mujer, las personas ancianas, etc.

El MF tiene que desarrollar, con absoluto respeto a los derechos de intimidad, confidencialidad y autonomía del paciente, las suficientes habilidades para que en la entrevista clínica, encaminada a determinar los problemas de salud, se establezca un proceso de comunicación consentido por el paciente que desarrolle los aspectos específicos de la relación asistencial delimitando el motivo de la consulta y evaluando el problema de salud de que se trate.

#### ■ Área docente de competencias relacionadas con la atención a la familia

La familia tiene una gran importancia en la forma y la causa por las que enferman sus miembros. El MF deberá entender a cada familia como una unidad que actúa a dos niveles, como parte del contexto social en que se desenvuelve la vida y la salud, y como recurso para la salud.

El residente deberá ver a la familia como un sistema, incorporar la entrevista familiar, realizar e interpretar el genograma, conocer los ciclos vitales de la familia, la transición de las etapas y los acontecimientos vitales estresantes, evaluándolos y conociendo sus repercusiones.

Es importante que el MF adquiera habilidades para el asesoramiento, la intervención y la mediación familiar, conociendo las herramientas que permiten identificar los recursos familiares, la red y el apoyo social que tienen las personas y sus familias, así como los instrumentos que permiten conocer las disfunciones y problemas psicosociales de origen familiar.

#### ■ Área docente de competencias relacionadas con la atención a la comunidad

Para mejorar la salud y disminuir las desigualdades, el MF debe intervenir sobre los determinantes de la salud que están en un contexto físico y social distinto al del sistema sanitario. La orientación comunitaria del médico de familia comienza a través de su atención al individuo ya que toda su actividad en esta área debe realizarla en el contexto del entorno de la persona, aprovechando sus recursos y minimizando sus déficit.

A tal fin, el MF debe obtener la información suficiente para identificar las necesidades de salud de la población, considerando la comunidad en su conjunto como sujeto de atención, identificando los grupos de riesgo que, por razones de clase social, género, etnia, edad, etc., sufren desigualdades en salud, programando e implementando intervenciones para abordar los problemas de salud comunitarios y conseguir el acceso al sistema sanitario de los sujetos más vulnerables.

En su faceta de atención a la comunidad, el MF debe aprender, por un lado, a utilizar sistemas de vigilancia epidemiológica que le permitan conocer y controlar los aspectos del medio ambiente y sus repercusiones en la salud y por otro, a cooperar activamente con las organizaciones comunitarias (ONG, asociaciones de ayuda mutua, etc.) y demás instituciones que persiguen mejorar la salud del conjunto de la población.

#### ■ Área docente de competencias relacionadas con la formación e investigación

El MF debe ser un profesional en continuo proceso de formación que mantiene y mejora constantemente su competencia profesional, debiendo adquirir las habilidades necesarias para preparar y exponer sesiones clínicas, bibliográficas, de revisión, etc., colaborando asimismo en la formación, de pregrado y posgrado, en medicina de familia. El médico de familia debe aprender a hacer una búsqueda bibliográfica, conocer las bases de datos, los recursos de información y documentación médica y la forma de obtener información basada en la evidencia.

También debe saber evaluar la calidad y la importancia de los resultados de investigación publicados en revistas científicas, adquiriendo el hábito de la lectura crítica y los conocimientos básicos para desarrollar un proyecto de investigación destinado a responder preguntas e hipótesis procedentes de su trabajo, adquiriendo los conocimientos y métodos propios de la epidemiología clínica y de la medicina basada en la evidencia para ser capaz de efectuar un análisis de la situación de salud de la comunidad bajo la conducción del equipo básico de salud (médico de familia y enfermera).

### Contenidos formativos del área docente de competencias en relación a la comunidad

Hay que tener presentes las dificultades existentes para la correcta formación del médico residente en la atención a la Comunidad, siendo necesario dedicar recursos y esfuerzos específicos para dicha formación. El residente ha de tomar conciencia de que el buen médico de familia no puede limitarse a abordar en la consulta las demandas que se le presentan, sino que ha de atender también las necesidades de salud del conjunto de la población a la que atiende aprendiendo que las actividades comunitarias, como estrategia de promoción de la salud, forman parte de sus funciones.

La formación para la atención comunitaria incluye diversidad de conocimientos y habilidades que parten también de la propia atención individual en la consulta médica. Es necesario hacer ver al residente los nexos de unión entre la atención individual y comunitaria y los puentes que han de establecerse entre ambas, evitando concebirlas como independientes y no relacionadas. Desde la propia consulta médica, el residente habrá de valorar el contexto comunitario de los pacientes, tanto

**HAY QUE TENER PRESENTES LAS DIFICULTADES EXISTENTES PARA LA CORRECTA FORMACIÓN DEL MÉDICO RESIDENTE EN LA ATENCIÓN A LA COMUNIDAD, SIENDO NECESARIO DEDICAR RECURSOS Y ESFUERZOS ESPECÍFICOS PARA DICHA FORMACIÓN**



en el análisis de sus problemas como para las posibles intervenciones, reconociendo las limitaciones de sus actuaciones en la propia consulta y los recursos comunitarios que pudieran ser eficaces. Por ello, los MF tutores de residentes deben implicarse activamente en la formación para la atención a la Comunidad, evitando delegar la citada formación en profesionales dedicados específicamente a ello, sin perjuicio de que el desarrollo de actividades de intervención y participación comunitaria requiera los conocimientos y habilidades de colaboradores específicos.

Es fundamental procurar que el residente adquiera una actitud favorecedora y de colaboración con las organizaciones y recursos comunitarios, encaminada a procurar la capacitación (*empowerment*) de los ciudadanos y sus organizaciones, haciéndoles partícipes y protagonistas en el cuidado y promoción de su salud.

## Objetivos

El residente, al finalizar su período de formación MIR, debe ser capaz de:

1. 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.
2. Identificar y priorizar las necesidades y problemas de salud de la comunidad con participación de ésta.
3. Identificar los recursos comunitarios disponibles, conocer su utilidad práctica y favorecer su desarrollo.
4. Priorizar intervenciones y elaborar programas comunitarios con participación de la comunidad.
5. Desarrollar (implementar) programas comunitarios y evaluarlos con participación de la comunidad.
6. Conocer las bases conceptuales de la metodología cualitativa y su aplicación a la práctica de la Atención Primaria.
7. 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.

8. Participar en una adecuada coordinación intersectorial, especialmente con los servicios sociales.
9. 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.

## Metodología docente recomendada

### Autoaprendizaje y aprendizaje de campo

- Estudio y lecturas, comentadas posteriormente con los tutores.
- Autoaprendizaje práctico como culminación de un proceso formativo, mediante la implementación supervisada: realización de entrevistas y actividades grupales y comunitarias supervisadas.
- Presentación de casos clínicos centrados en el paciente, en los que se contemple el contexto social y los condicionantes comunitarios, las limitaciones de la actuación médica en la consulta y la posible derivación o utilización de actividades grupales y recursos comunitarios disponibles (grupos de autoayuda, educación grupal, asociaciones ciudadanas, servicios sociales).
- Consulta y atención coordinada de pacientes con la trabajadora social o servicios sociales.
- Supervisión de historias clínicas, comprobando si se contempla el contexto social y comunitario y el aprovechamiento de recursos comunitarios disponibles.

### Trabajo grupal

- Juego de roles sobre entrevistas con ciudadanos informantes clave y otros, actividades grupales, reuniones con grupos de ciudadanos.
- Observación participante de actividades grupales y comunitarias y de coordinación intersectorial y supervisión posterior de las conclusiones sobre lo observado.

### Clases y talleres

- Cursos, talleres y seminarios teórico-prácticos sobre identificación y priorización de necesida-

ES FUNDAMENTAL  
PROCURAR QUE EL RESIDENTE ADQUIERA UNA ACTITUD FAVORECEDORA Y DE COLABORACIÓN CON LAS ORGANIZACIONES Y RECURSOS COMUNITARIOS

TODA METODOLOGÍA DOCENTE EN ESTA ÁREA DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD HA DE TENER ESPECIALMENTE PRESENTE EL OBJETIVO DE PROMOVER ACTITUDES DE RECONOCIMIENTO DE LA TRASCENDENCIA DE LA CAPACITACIÓN



des y problemas de salud, programación y evaluación de programas comunitarios, metodología cualitativa, metodología del proceso grupal de aprendizaje, participación comunitaria.

- Respecto a la formación en metodologías cualitativas como entrevistas, actividades grupales, reuniones con ciudadanos, no se recomiendan actividades de autoaprendizaje no tutorizado y cursos a distancia, pues al incidir más en los conocimientos que en las actitudes pueden conducir a mayores grados de disociación teórico-práctica.

**Nota:** Toda metodología docente en esta área de Atención a la Comunidad ha de tener especialmente presente el objetivo de promover actitudes de reconocimiento de la trascendencia de la capacitación (empowerment) y protagonismo real y activo de los ciudadanos y sus organizaciones en la promoción y cuidado de su salud y el papel del médico de familia como favorecedor de este proceso. En el proceso formativo habrán de cuidarse las actitudes tanto o más que los conocimientos y las habilidades.

### Lugares de aprendizaje recomendados

- Centro de salud donde el médico residente esté asignado. Ha de incluir actividades en las que pueden participar profesionales no médicos (enfermería y trabajo social).
- Asistencia a actividades concretas en otros centros de salud (educación grupal, entrevistas y reuniones con ciudadanos, grupos, asociaciones, consejos de salud, etc.).

- Servicios sociales, tanto en consultas individuales seleccionadas como principalmente en actividades grupales.
- Organizaciones ciudadanas relacionadas con la salud: grupos de autoayuda, asociaciones de enfermedades, otras asociaciones.

**Nota:** La escasez e incluso la ausencia de actividades específicas de atención a la Comunidad en un elevado número de centros de salud acreditados hace necesario que se adopten medidas para aprovechar todos los recursos docentes disponibles, buscando mecanismos concretos de coordinación con centros de salud específicamente preparados para ello y, en su caso, organizaciones ciudadanas, en las que los residentes lleven a cabo dichas actividades. No son imprescindibles "rotaciones" con un tiempo establecido, sino la asistencia a actividades concretas, lo que exige una muy buena planificación por parte de las unidades docentes y la colaboración de todos los tutores. A este respecto, parte del tiempo asignado al centro de salud en el segundo año de residencia podría dedicarse también a esta formación eligiendo centros adecuados para ello.

### Tiempo de aprendizaje recomendado

- Durante el primero, segundo y tercer años, formación teórico-práctica mediante autoaprendizaje, trabajo grupal, clases y talleres, sin un tiempo de rotación establecido. La formación teórico-práctica de trabajo grupal, clases y talleres será de 30 horas como mínimo.
- Parte del tiempo asignado a centros de salud en el segundo año puede destinarse a esta formación, eligiendo centros con mayor actividad comunitaria.
- La formación práctica se realizará, fundamentalmente, durante el cuarto año y no a través de un tiempo de dedicación exclusiva, sino mediante el aprendizaje de campo a través de la asistencia y la participación activa en actividades concretas durante todo el año. Este planteamiento hace necesaria una organización planificada que conlleve la asistencia a dicha formación sin que otras actividades lo dificulten.
- El tiempo de dedicación a la formación práctica en esta área durante el cuarto año ha de oscilar entre un mínimo obligado del 5% del tiempo total de formación y un óptimo del 10%. Dado que la asistencia a actividades formativas en esta área habitualmente no conllevará la dedicación

de jornadas completas de trabajo (entrevistas, actividades grupales, reuniones con grupos ciudadanos, etc.), el tiempo de dedicación se calcula por actividades de 1/2 jornada de trabajo por lo que el número total de actividades formativas a realizar (de ? jornada) durante todo el año oscilará entre un mínimo obligado de 22 actividades (una cada 2 semanas y 12 días de dedicación total) y un óptimo de 44 actividades (una cada semana y 24 días de dedicación total).

## Evaluación recomendada

- Supervisión de consulta del médico residente, historias clínicas y de presentación de casos clínicos centrados en el paciente: analizar el contexto comunitario de los problemas identificados, las limitaciones de las actuaciones en consulta y la posible utilización de recursos comunitarios en cada caso.
- Evaluación de documentos elaborados: recopilación y presentación de datos e identificación y priorización de necesidades en salud, programas comunitarios elaborados y propuestas de modificaciones, evaluaciones de programas, diseño y planificación de intervenciones, etc. Dar un valor especial a la participación de los ciudadanos en los procesos.
- Supervisión de conclusiones escritas o verbales del médico residente después de observaciones participantes en actividades concretas.
- Supervisión de intervenciones del médico residente: entrevistas, actividades de educación grupal, participación en reuniones.
- La evaluación habrá de incluir de forma prioritaria las actitudes del médico residente favorecedoras hacia la activa participación de los ciudadanos y sus organizaciones en el cuidado y promoción de la salud, evitando actitudes de “poder” y autoridad sobre ellos.

## Bibliografía recomendada

- Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
- Kark SL, Kark E, Abramson JH, Gofin J. Atención Primaria orientada a la Comunidad. Barcelona: Doyma; 1994.
- Foz G, Gofin J, Montaner I. Atención Primaria orientada a la Comunidad (APOC): Fundamentos, marco conceptual y elementos básicos de su desarrollo práctico. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica. 5 ed. Madrid: Harcourt Brace. En prensa.
- Freeman T. Del caso clínico tradicional al caso clínico centrado en el paciente. Dimensión Humana 1999;3(4):7-8.
- Marchioni M. Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria. Madrid: Popular; 1999.
- Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
- Soler M. Participación comunitaria en Atención Primaria: Nuevos planteamientos. En: Ruiz de Adana R. Libro del año. Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Saned; 1996.
- Serie de 9 artículos sucesivos en la revista Atención Primaria, de diversos autores, sobre métodos y técnicas cualitativas en la investigación en Atención Primaria: 1999;23(8)Editorial. 1999;23:496-502. 1999;24:295-300. 1999; 4:425-30. 1999;24:487-91. 2000;25:42-6. 2000;25:181-6. 2000;25:343-8. 2000;25:417-21.
- López LA, Aranda JM. Evaluación de las necesidades desde el centro de salud. Enfoques y experiencias en la práctica. Desarrollo actual y limitaciones. Aspectos metodológicos en relación con la evaluación de necesidades de salud. Mesa Redonda XIX Congreso de semFYC. Atención Primaria 1999;24 Supl: 107-14.
- SemFYC. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Barcelona: semFYC; 1996.
- Comunidad. Números sucesivos publicados desde 1996 con periodicidad anual. Barcelona: semFYC; 1996-2006.
- WONCA-OMS. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC; 1996.
- World Health Organisation. The Ottawa Charter: principles for health promotion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1986.
- OMS. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. Publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. Comunidad 1997;0:29-34.
- OMS. Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la salud pública en una nueva Europa. Parte uno: Documento base y Parte dos: Libro de evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.

LA EVALUACIÓN  
HABRÁ DE INCLUIR  
DE FORMA PRIORITARIA  
LAS ACTITUDES  
DEL MÉDICO RESIDENTE  
FAVORECEDORAS  
HACIA LA ACTIVA PARTICIPACIÓN  
DE LOS CIUDADANOS