

Original

Salud comunitaria. Innovando en la formación de residentes de medicina familiar y comunitaria

Adrián Cardo-Miota^{a,*}, Blanca Valls-Pérez^a, Carmen Lineros-González^b y Mariano Hernán-García^b^a Servicio Andaluz de Salud, Granada, España^b Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de mayo de 2023

Aceptado el 14 de agosto de 2023

On-line el 12 de octubre de 2023

Palabras clave:

Promoción de la salud

Atención primaria de salud

Enseñanza

Educación médica

Residencia médica

RESUMEN

Objetivo: Conocer las opiniones de los agentes implicados en la formación de residentes de medicina familiar y comunitaria para mejorar el proceso formativo del «Proyecto de Apoyo a la Revitalización de la Atención Primaria; Activos para la Salud Comunitaria» (PARAC) teniendo en cuenta su adecuación, contextualización y las metodologías utilizadas.

Método: Estudio cualitativo interpretativo-explicativo de orientación fenomenológica, multinivel y multicéntrico, en el que se analiza la opinión de las personas participantes. Entre 2018 y 2020 se realizaron 12 grupos focales y 24 entrevistas semiestructuradas, participando 67 profesionales pertenecientes a seis distritos sanitarios de Andalucía, que estuvieron implicados/as en el proceso formativo PARAC.

Resultados: Las personas participantes consideran necesario ampliar la formación en salud comunitaria de los/las residentes. Para ello, creen necesario realizar cambios en el plan formativo de la especialidad, otorgando mayor protagonismo a la atención primaria de salud que a las rotaciones hospitalarias. Valoran positivamente las metodologías utilizadas en el proceso formativo PARAC, que consideran «novedosas», y la elección de docentes jóvenes que sirvan como referentes. Para que sus intervenciones en el territorio se realicen con calidad y seguridad para la población, piden que se garanticen unos tiempos y unos espacios específicos para la salud comunitaria, así como una adecuada supervisión que ayude a asegurar la coherencia y la continuidad de sus intervenciones.

Conclusiones: La formación en salud comunitaria de los/las residentes de medicina familiar y comunitaria requiere un esfuerzo pedagógico, didáctico y curricular que los/las prepare para el trabajo con la comunidad, así como la garantía de unas condiciones organizativas que permitan este trabajo.

© 2023 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Community health. Innovating in the training of family and community medicine residents

ABSTRACT

Keywords:

Health promotion

Primary health care

Teaching

Medical education

Internship and residency

Objective: To know the opinions of the agents involved in the training of family and community medicine residents in order to improve the training process of the «Project to Support the Revitalization of Primary Care; Assets for Community Health» (PARAC) taking into account its adequacy, contextualization and the methodologies used.

Method: Qualitative interpretative-explanatory study of phenomenological orientation, multilevel and multicenter, in which the opinion of the participants is analyzed. Between 2018 and 2020, 12 focus groups and 24 semi-structured interviews were carried out, with the participation of sixty-seven professionals from six health districts of Andalusia (Spain), who were involved in the PARAC training process.

Results: The participants consider it necessary to broaden training in community health for residents. To this end, they consider it necessary to make changes in the training plan of the specialty, giving more importance to primary health care than to hospital rotations. They value positively the methodologies used in the PARAC training process, which they consider «novel», and the choice of young teachers to serve as references. In order for their interventions in the territory to be carried out with quality and safety for the population, they ask that specific times and spaces be guaranteed for community health, as well as adequate supervision to help ensure the coherence and continuity of their interventions.

Conclusions: Training in community health for family and community medicine residents requires a pedagogical, didactic and curricular effort that prepares them for work with the community, as well as the guarantee of organizational conditions that allow this work.

© 2023 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adrian.cardo.2011@gmail.com (A. Cardo-Miota).

@cardufodaconca

Introducción

El aprendizaje de la medicina es un proceso largo y complejo que acompaña a los/las profesionales a lo largo de sus vidas. La exponencial evolución del conocimiento médico desde el siglo xx ha obligado a las instituciones académicas a replantear los modelos pedagógicos de la enseñanza médica, migrando del currículo memorístico a uno más organizado y adaptado a los problemas de la vida real. El aprendizaje basado en problemas es desde los años 1980 la alternativa metodológica más difundida y aceptada en la formación médica¹.

Este modelo se complementa con aportaciones procedentes de las ciencias sociales, como el constructivismo y los aprendizajes social y democrático². Ausubel³ definió el aprendizaje como una actividad significativa que depende de las relaciones existentes entre el conocimiento nuevo y el que ya posee quien aprende, y Vygotsky⁴ considera que el desarrollo intelectual ocurre en el medio social y en la relación entre personas. Aplicar estas miradas a la formación médica favorece el desarrollo de habilidades para el aprendizaje autónomo, cooperativo y entre iguales, explorando procedimientos para resolver problemas por medio de la capacidad crítica y de interacción con el mundo^{5,6}.

Finalizados sus estudios universitarios, los/las médicos/as deben pasar por un periodo de especialización para poder ejercer la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud español. El modelo Especialista Interno/a Residente (EIR) es una evolución del «aprender trabajando» iniciado en la Escuela de Medicina John Hopkins en los Estados Unidos a finales del siglo xix^{7,8}. La formación EIR se garantiza mediante un contrato (formativo-laboral) por el cual cada residente tiene la obligación de prestar trabajo y el derecho de recibir una formación acorde a lo establecido en el Programa Nacional de formación de su Especialidad (PNE)⁸.

Para ejercer la medicina en el ámbito de la atención primaria de salud (APS) española es necesario obtener el título de medicina familiar y comunitaria (FyC) vía EIR⁹. Cada residente de medicina y enfermería FyC, tiene un centro de salud (CS) docente, un/a tutor/a especialista en FyC y una Unidad Docente Multiprofesional (UDM) de atención FyC que coordina y organiza su residencia¹⁰.

El PNE en medicina FyC contempla entre sus áreas de capacitación específicas la salud comunitaria¹¹. Sin embargo, sigue siendo testimonial la dedicación EIR al aprendizaje de esta disciplina¹².

En Andalucía, la estrategia de salud comunitaria del Servicio Andaluz de Salud se concreta en el «Proyecto de Apoyo a la Revitalización de la Atención Primaria; Activos para la Salud Comunitaria» (PARAC)¹³, coordinado desde la Escuela Andaluza de Salud Pública. A este respecto, la inclusión del modelo de activos para la salud en la práctica sanitaria busca reorientar la mirada a los contextos y poner el énfasis en aquello que mejora la salud y el bienestar de la comunidad¹⁴.

El PARAC interviene sobre una de las barreras tradicionalmente identificadas para el desarrollo de la salud comunitaria: la formación de profesionales de APS en promoción de la salud y salud comunitaria^{15,16}. Este artículo se centra en la primera fase del proyecto PARAC (fig. 1), consistente en un programa formativo en salud comunitaria basada en activos¹⁶ para profesionales que inician su recorrido formativo-profesional en APS: EIR de medicina y enfermería FyC¹⁷.

El objetivo del presente estudio es conocer las opiniones de los agentes implicados en la formación de residentes para mejorar el proceso formativo PARAC teniendo en cuenta su adecuación y contextualización, así como las metodologías de enseñanza y aprendizaje utilizadas.

Método

Diseño

Estudio cualitativo interpretativo-explicativo de orientación fenomenológica, multinivel y multicéntrico, en el que se analiza la opinión de las/los participantes. Se presentan parte de los resultados de una investigación cualitativa que está incluida en un proyecto de investigación-acción con métodos mixtos (cuantitativa-cualitativa)¹⁷.

Emplazamiento y participantes

1) Intervención

Entre 2018 y 2020 se trabajó con seis distritos sanitarios (DS) de APS de diferentes provincias de Andalucía, que contaban en su estructura con una UDM. Su selección surgió de la negociación del PARAC con el Servicio Andaluz de Salud, priorizando la diversidad geográfica de sus áreas de referencia. En cada provincia (o zona) se realizó una intervención formativa en salud comunitaria basada en activos con EIR de FyC que iniciaban sus rotaciones en APS.

La intervención constó de una parte teórica («en el aula») y otra práctica («en el territorio»). La parte teórica fue semipresencial, con una fase previa *online* de lectura de bibliografía relevante y una parte presencial impartida en un día (8 horas). El equipo docente lo formaron dos jóvenes médicas de FyC, un residente de cuarto año de medicina FyC, con experiencia y formación en salud comunitaria, y un profesor-investigador sénior de salud pública y promoción de la salud comunitaria.

Se empleó una metodología docente cooperativa que busca que el alumnado se aproxime a los contenidos desde sus experiencias personales y profesionales. A través de dinámicas participativas se pretende fomentar la interacción del alumnado, la reflexión y la motivación, así como entrenar habilidades que precisarán en el trabajo de campo. Los contenidos, las dinámicas y los materiales utilizados pueden consultarse *online*¹⁸.

La parte práctica se desarrolló en los CS de referencia del alumnado con la ayuda de sus equipos de APS. Inicialmente realizaron una búsqueda de actividades comunitarias en las que participarían sus CS para sumarse a ellas, aplicando un enfoque de activos orientando las actividades hacia la salud comunitaria basada en activos. Donde no las hubiera, se les propuso realizar un mapeo de activos ligado a un problema de salud relevante. Como resultado, aportarían un informe del trabajo realizado.

La flexibilidad y la iteratividad del diseño investigación-acción permitió ir depurando la intervención según esta fue repitiéndose y evaluándose en cada zona^{16,17}.

2) Evaluación de la intervención formativa

Se buscó la opinión de las personas formadas y de aquellas vinculadas al desarrollo del programa, atendiendo a distintos criterios de selección (tabla 1).

La estrategia de reclutamiento fue realizada por las direcciones de los DS y las UDM. Los/las participantes dieron su consentimiento informado una vez conocida la normativa expuesta en los grupos. Para las fases posteriores a la recogida de información se usaron bases disociadas¹⁹.

Técnicas de recogida de información

Se realizaron 12 grupos focales (con residentes formados/as en el PARAC y profesionales de los CS docentes implicados) y 12 entrevistas semiestructuradas (a personal de UDM y de dirección de DS) (tabla 2).

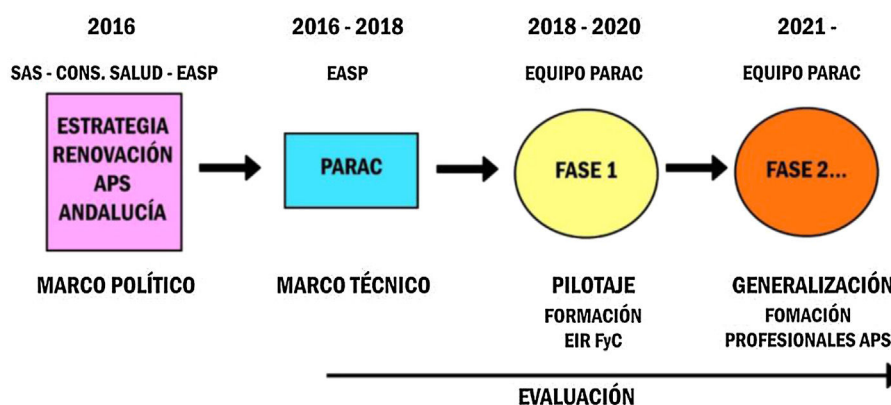


Figura 1. Esquema evolutivo del Proyecto de Apoyo a la Revitalización de la Atención Primaria. Activos para la Salud Comunitaria (PARAC). APS: atención primaria de salud; Cons. Salud: Consejería de Salud; EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública; EIR: especialistas internos/as residentes; FyC: familiar y comunitaria; SAS: Servicio Andaluz de Salud.

Tabla 1

Criterios de selección de las personas entrevistadas

Ámbito	Criterios de selección
EIR	Se invitó a todo el alumnado, y acudió una parte
CS	Cada DS seleccionó un CS donde se intervino, entrevistando a profesionales involucrados/as en la formación EIR (medicina, enfermería y trabajo social). Criterios: 1) ser centro docente, 2) que sus EIR hubieran participado en la formación PARAC, 3) ser representativo de las características generales del DS, y 4) tener algún tipo de trayectoria en salud comunitaria
UDM	Una persona de cada UDM, escogida por su dirección
DS	Una persona por zona perteneciente a la dirección médica, de enfermería o de salud pública

CS: centro de salud; DS: distrito sanitario; EIR: especialistas internos/as residentes; PARAC: Proyecto de Apoyo a la Revitalización de la Atención Primaria. Activos para la Salud Comunitaria; UDM: unidad docente multiprofesional.

El trabajo de campo fue realizado por cuatro personas del equipo investigador, dos en cada evaluación (principal y observadora), siguiendo una guía de preguntas flexibles y abiertas, orientadas a conocer las percepciones sobre el proceso formativo (véase el

[Apéndice online](#)). Tomaron notas de campo y realizaron un resumen al finalizar cada grupo o entrevista. Las intervenciones fueron grabadas en audio, codificadas, transcritas y anonimizadas. La recogida de información se realizó en los lugares de trabajo de las personas participantes.

Análisis de la información

Se realizó un análisis narrativo del contenido de la información obtenida. Por medio de un proceso inductivo, se identificaron los conceptos y se agruparon en categorías y subcategorías que explicaran con mayor detalle el objeto de estudio. Se identificaron las interrelaciones de estas y los patrones y las interpretaciones teóricas emergentes, teniendo en cuenta las notas de campo.

El análisis de cada zona precedió a la fase de recogida de información de la siguiente, y se modificaron los guiones de las entrevistas según los hallazgos previos, en un proceso dinámico e iterativo, acorde al diseño investigación-acción^{16,17}.

La correspondencia entre los textos originales y el trabajo interpretativo fue constantemente comprobada, confirmando la verosimilitud. Para garantizar la validez durante la investigación, el proceso se repitió hasta alcanzar una saturación suficiente de

Tabla 2

Segmentación de la muestra: intervención y evaluación

Zona	Personas formadas	Sexo	EIR medicina	EIR enfermería
1	22	16 mujeres, 6 hombres	21 R1, 1R4	0
2	13	9 mujeres, 4 hombres	6 R3, 7R4	0
3	8	4 mujeres, 4 hombres	8 R3	0
4	18	10 mujeres, 8 hombres	12 R3	3 E1, 3 E2
5	22	17 mujeres, 5 hombres	17 R3	5 E1
6	18	11 mujeres, 7 hombres	18 R3	0
Total	101	67 mujeres, 34 hombres	90: 21 R1, 61 R3, 8 R4	11: 8 E1, 3 E2
Técnica de recogida de información	N.º de grupos/entrevistas	N.º de participantes	Sexo	Perfil profesional
Grupo focal profesionales de APS	6	29	20 mujeres 9 hombres	15 medicina 12 enfermería 2 trabajo social
Grupo focal EIR	6	27	16 mujeres 11 hombres	24 EIR medicina 3 EIR enfermería
Entrevista UDM	6	6	3 mujeres 3 hombres	2 técnicos/as 4 directores/as (2 hombres, 2 mujeres)
Entrevista DS	6	6	1 mujer 5 hombres	3 dirección médica 1 dirección gerencia 2 dirección salud pública
Total	24	68	40 mujeres 28 hombres	

APS: atención primaria de salud; DS: distrito sanitario; E1: residente de enfermería de primer año; E2: residente de enfermería de segundo año; EIR: especialistas internos/as residentes; R1: residente de medicina de primer año; R3: residente de medicina de tercer año; R4: residente de medicina de cuarto año; UDM: unidad docente multiprofesional.

Tabla 3

Programa formativo en salud comunitaria basada en activos EIR de Andalucía. Extractos de entrevistas

Programa formativo en salud comunitaria basada en activos EIR de Andalucía

«Podría ser incluso una actividad obligatoria, ¿no?, el R1. O sea, conocer tu Centro de Salud, pero conocer tu Zona Básica de Salud, ¿no? O sea, igual que te presentan y te presentan a toda la plantilla, las consultas específicas, tal, no sé qué, los programas. . . sal al barrio y conócelo.»

Marta, residente de enfermería FyC Zona 4 (Mixto, costa)

«Ahora, como de primer, en primer año se hacen charlas desde la unidad docente (...) en vez de dar esas pues dar una charla de estas un poco más de, que, a lo mejor, no para llegar a hacer un proyecto, sino para concienciar un poco y tal. Creo que sería más interesante por lo menos que otras cosas que se dan. Pero para hacer cosas prácticas y tal, de R3. . .»

Carla, residente de medicina FyC Zona 2 (Mixto, interior)

«Cuando vuelves de R3, hacerlo en conjunto con los R1 que están llegando, y cuando los R1 se van, saben que se va a iniciar un proyecto que a lo mejor puede ser, ver el evolutivo. Aunque el R mayor se haya ido ya, pues que a tomar por saco seguramente el tema; pues tú habrás podido ver, como recién llegado, una participación quizás menor, pero con los recursos que te pueda aportar el residente mayor, iniciar un proyecto que después podrás concluir con los R1 que llegan, o iniciar otro que. . . algo que también viene muy bien: conocer a tus residentes mayores.»

Marcos, residente de medicina FyC Zona 4 (Mixto, costa)

Eligiendo el momento adecuado

«(...) por lo menos mi experiencia, con las rotaciones que tenemos es que hay algunas que podríamos, no voy a decir suprimir, porque, vale, entiendo que. . . (...) pero que si reduces quince días, reduces un mes una rotación de dos meses de Gine y tal... y metes ahí un mes de Comunitaria, pues algo podrías hacer.»

Mario, residente de medicina FyC Zona 5 (Mixto, costa)

«(...) y la unidad docente yo creo que la labor fundamental, bueno yo creo que ya está haciendo cosas, pero debería ir enfocándose paulatinamente, porque esto además es un proceso administrativo muy complejo, porque yo he estado en eso y la Comisión Nacional de la especialidad es un mundo que requiere mucha negociación, mucha mano izquierda, y además los programas para aprobarlos requieren años, pero yo creo que habría que orientar tanto medicina como enfermería en cambiar la programación docente. No tiene sentido que seamos las especialidades que sus residentes sean los que menos tiempo están en sus servicios. Eso no tiene sentido. Que yo vea a un residente 6 meses de R1 y no lo vuelvo a ver hasta que sea R4 eso es un sin dios. Eso no tiene nombre. El residente tiene que estar conmigo en la consulta.»

Javier, profesional de AP (médico) Zona 5 (Mixto, costa)

Aplicabilidad, llevar la teoría a la práctica

«Lo que pasa es que, como siempre se ha dicho, la formación teórica solo no sirve. O sea, que el tema de la formación teórica en todo, en general y en esto en particular, si no hay, si no hay un trabajo práctico, la formación teórica se queda en un ejercicio al sol. Por lo tanto, evidentemente, claro que es importante que los residentes sepan de eso y de quinientas cosas más, pero si eso no se vive luego en la vida cotidiana de los centros, pues la importancia de la formación teórica pasa a segundo plano. (...) Pero llevarlo a la práctica es difícil porque los centros hacen poco, y es difícil porque el propio modelo —sus características de integralidad—, está siendo casi imposible llevarlo a cabo (...).»

Gerardo, profesional de AP (médico) Zona 3 (Urbano, interior)

«Da las herramientas para poner en marcha un proyecto comunitario de verdad. El problema luego es la aplicación, la aplicabilidad, porque con todo el estrés que llevamos no coincidimos luego; o sea, ella, por ejemplo, y yo, nos ha costado mucho coincidir para realmente hacerlo, y ya para ponerlo en marcha es imposible casi.»

Marta, residente de enfermería FyC Zona 4 (Mixto, costa)

la información, consensuando su redundancia según las diferentes miradas del equipo investigador. Se realizó también una triangulación de técnicas (grupos y entrevistas). Se buscaron casos divergentes y concordancia del resultado¹⁹.

En el estudio participaron residentes tanto de medicina como de enfermería FyC. Sin embargo, el número de enfermeras/os participantes fue significativamente menor al no estar aún extendida la docencia en enfermería FyC en Andalucía. Por ello, el análisis de los resultados y las implicaciones de la investigación se centran en la residencia de medicina.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación en el que se engloba este trabajo recibió la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Consejería de Salud de Andalucía.

Resultados

Se realizaron 12 grupos focales y 24 entrevistas semiestructuradas, participando 67 personas (tabla 2). Las tablas 3 a 5 muestran extractos de entrevistas agrupados en las categorías que componen los resultados.

Programa formativo en salud comunitaria basada en activos EIR de Andalucía (tabla 3)

Los/las participantes plantean la necesidad de extender el programa formativo en salud comunitaria basada en activos propuesto

en el PARAC con: 1) una intervención formativa al inicio de la residencia orientada a comprender los marcos teóricos de la salud comunitaria basada en activos y la aproximación al barrio donde se va a trabajar durante el periodo EIR, y 2) una vez finalizado su periodo hospitalario, en el momento más prolongado en un CS, una intervención orientada a planificar y desarrollar una acción comunitaria.

1) Eligiendo el momento adecuado

Las personas entrevistadas consideran que las intervenciones deberían programarse con tiempo para garantizar su funcionamiento. Piden que se tenga en cuenta el calendario formativo para que el ejercicio práctico sea compatible con el resto de las actividades docentes. Consideran importante la posterior celebración de una acción didáctica que sirva de relevo y haga partícipe al resto del equipo de APS, favoreciendo la necesaria continuidad de las acciones comunitarias para que estas no queden dependientes de las personas que inician el proceso.

Finalmente, plantean modificar el calendario de rotaciones EIR para pasar más tiempo en el CS y menos en el hospital, y así poder desarrollar acciones comunitarias. Las UDM aparecen como agentes clave para alcanzar este objetivo.

2) Aplicabilidad

Las personas entrevistadas consideran importante proporcionar formación teórica sobre salud comunitaria basada en activos a los/las residentes, y necesario complementarla con una forma-

Tabla 4

PARAC «en el aula»: perspectivas sobre el curso presencial. Extractos de entrevistas

PARAC «en el aula»: perspectivas sobre el curso presencial <i>Metodología docente</i> «[Pregunta:] ¿Qué aspectos os gustaron más o menos del curso?» «Más eso, que fuera muy dinámico y que aprendimos más cosas de las que te piensas que aprendes.» <i>Laila, residente de medicina FyC Zona 1 (Mixto, costa)</i> «A mí me pareció muy cooperativo (...) muy colaborativo, muy participativo, con dinámicas muy interesantes que no estamos acostumbrados a recibir la información así, la verdad. Y creo que eso puede dar pie, a lo mejor, a que gente con menos interés o menos participación <i>a priori</i>, sacarle un poco de masilla de, a lo mejor, llegas ahí y está un poco más aplanado.» <i>Ramón, residente de medicina FyC Zona 3 (Urbano, interior)</i> «[La metodología] es lo que más me gustó, de hecho. Trajeron muy dinámico el curso, que eso ayuda un montón porque estamos hartos de recibir cursos pasivos que al final sin, o sea, es inevitable a la hora de perder la atención por mucho que te interese la temática y esto.» <i>Marta, residente de enfermería FyC Zona 4 (Mixto, costa)</i> «[Pregunta:] Y sobre las dinámicas que se hicieron, aparte eso, ¿no?, de que te activa, ¿creéis que se entiende el mensaje que se quiere transmitir?» «Mucho más que dando solo la teoría.» <i>Carolina, residente de medicina FyC Zona 4 (Mixto, costa)</i> «(...) Lo que mejor recuerdo es eso, los métodos de entrevistas, los métodos de cómo buscar los activos, de cómo poner en común los activos en una reunión, o vamos, básicamente lo que estamos haciendo aquí ahora, ¿no? La lluvia de ideas, el guardarnos lo más interesante que va diciendo cada uno, todo eso. Por lo menos, es lo que yo mejor recuerdo.» <i>Mario, residente de medicina FyC Zona 5 (Mixto, costa)</i> <i>Docentes</i> «Es que eran gentes que te animaban a participar, a decir tu opinión. Que venían como docentes, pero no en el rol del docente de «yo aquí te doy una clase», sino de «yo soy tu compañero, tu amigo, estamos aquí para ayudar». Es un <i>feedback</i>: tú me dices unas cosas, yo te digo otras, y vemos aquí qué conclusiones sacamos.» <i>Andrés, residente de medicina FyC Zona 1 (Mixto, costa)</i> «[Pregunta:] ¿Qué os parece el hecho de que uno de los docentes sea residente también y sea joven?» «Motivante.» «Genial, claro. Para mí, mejor.» «Claro, porque está mucho más cerca de ti, lo puedes ver como un referente cercano, o casi inmediato, ¿no? A lo mejor: «¿este tío por qué sabe tanto y tiene tan pocos años más que yo?, ¿qué he hecho yo mal?». Claro, es verdad, cuando viene una persona mayor a hablarte de algo, ya, bueno, toda la vida estudiando y sabiendo...» «Aparte de que está más actualizado, ¿no? En el tema en general, está recién salido y...» <i>Residentes de Zona 4 (Mixto, costa)</i> «A mí me encantó. Me encantó, me encantó, me encantó. Lo entendí todo súper bien, muchísimas actividades, mucha cercanía de vosotros con nosotros, a mí me encantó (...) Y Adrián es que estaba, era uno de los nuestros, es verdad.» <i>Laura, residente de enfermería FyC Zona 5 (Mixto, costa)</i> <i>Multidisciplinariedad</i> «¡Ah! Y el tema interesante también que fue multidisciplinar, ¿no? Que no fuéramos solo médicos y de esto, sino que hubiera trabajadores sociales, que hubiera «resis» o enfermeros. También está muy bien de cara al comunitario y de cara a nosotros formativamente.» <i>Manuel, residente de medicina FyC Zona 3 (Urbano, interior)</i> «A mí me gustó también bastante que hubiera un residente de preventiva y salud pública también entre el profesorado, porque también, bueno, yo creo que también facilita que tengamos un poco de contacto con ellos, ¿no?, que normalmente no tenemos, y eso me gustó.» <i>Ana Sofía, residente de medicina FyC Zona 3 (Urbano, interior)</i>	
---	--

ción práctica para que tenga mayor trascendencia. Reconocen que garantizar una formación práctica de calidad puede resultar difícil debido a contingencias estructurales y organizativas.

PARAC «en el aula»: perspectivas sobre el curso presencial (tabla 4)

(tabla 4)

1) Metodología docente

En el discurso EIR sobre el modelo formativo, la metodología docente recibe más atención que el contenido del curso. Consideran que el uso de dinámicas participativas favorece que puedan compartir dudas y opiniones, promueve el diálogo y la consideración de diferentes perspectivas, y genera procesos de reflexión y aprendizaje dinámicos y creativos. Esta «metodología nueva» para ellos/ellas contrasta con aproximaciones pedagógico-didácticas que han guiado su formación en pregrado y durante la residencia.

2) Docentes

Los/las residentes señalan redundantemente el hecho de que los/las docentes sean personas jóvenes en quienes verse «reflejados/as». No solo actúan como transmisores de conocimientos, sino que, en este caso, reúnen cualidades y actitudes valiosas,

como «ilusión», «motivación» e «implicación», que también pueden ser transmitidas y aprendidas.

3) Multidisciplinariedad

Se da relevancia a crear espacios docentes con profesorado y alumnado de diferentes disciplinas (medicina, enfermería y trabajo social), para así fomentar el trabajo en equipo necesario en salud comunitaria.

PARAC «en el territorio»: perspectivas sobre el ejercicio práctico (tabla 5)

1) Tiempos y espacios específicos y suficientes para la salud comunitaria basada en activos

Para las personas entrevistadas es fundamental asignar tiempos y espacios específicos y suficientes a la formación en salud comunitaria basada en activos para dotarla de reconocimiento y equipararla al resto de las competencias formativas. De lo contrario, se corre el riesgo de que se prioricen el resto de las actividades del PNE. Los/las residentes consideran que esto permitiría poder dedicarse a la salud comunitaria basada en activos como parte normalizada de su tarea profesional.

Tabla 5

PARAC «en el territorio»: perspectivas sobre el ejercicio práctico. Extractos de entrevistas

PARAC «en el territorio»: perspectivas sobre el ejercicio práctico*Tiempos y espacios específicos y suficientes para la salud comunitaria basada en activos*

«Si tienes, si tienes que hacer una reunión, ya sea para el proyecto de investigación o ya sea para esto, la tienes que hacer en tu tiempo libre, no la puedes hacer en, durante, en el tiempo de trabajo, porque el tiempo de trabajo es para ver pacientes. Y entonces nosotros, por ejemplo, el proyecto de in, como el, como el PARAC, lo hemos hecho con el proyecto, el mismo grupo que el proyecto de investigación, pues hemos aprovechado (...) Pero falta al final que si tú quieres hacer algo de esto es consumiendo tu tiempo libre, no es, no es, no, el sistema no te da facilidad para hacerlo.»

Mario, residente de medicina FyC Zona 5 (Mixto, costa)

«(...) y es que nuestras propias unidades no tienen un buen espacio dedicado a lo comunitario, y como no lo tenemos muy, o sea, tenemos lo asistencial muy bien organizado, ahí entramos todos de cabeza y vamos rodados, pero lo comunitario es algo que se queda como para ir organizando cuando se pueda. Ese «cuando se pueda» nos lleva a que a veces lo hacemos de manera apresurada, lo hacemos sin suficiente planificación, sin visión de futuro o en profundidad, y los residentes que tenemos, que nos consideramos un centro donde dedicamos tiempo a esto, pues los vamos enganchando, porque en realidad al final es así, a lo que va surgiendo, y yo entiendo que hay precipitación, falta de planificación (...)»

Mariano, profesional de AP (trabajador social) Zona 5 (Mixto, Costa)

Supervisión

«Yo creo que sería muy interesante que la propia UD de estas personas [residentes], cuando ustedes hayáis ya determinado que van a hacer el trabajo, decir ¿en qué centro está cada uno nominativamente? Para nosotros desde el distrito llamar a este centro para “oye, facilitadles esto, oye, oye”.»

Carmen, dirección de Distrito Sanitario Zona 1 (Mixto, costa)

«Pues que los que no son conocedores de esto, lo conozcan. Y si es una actividad obligatoria dentro del currículo del residente, que ellos lo vean y lo sientan como tal, como que es su obligación estar implicados en la formación del residente en esto.»

Marta, residente de enfermería FyC Zona 4 (Mixto, costa)

Valoración e incorporación de lo preexistente

«Lo que pasa es que es verdad que mi tutor dice “pero que aquí en el CS no hay que hacer un mapa, es que ya está hecho, la idea sería a lo mejor renovarlo”. Lo que pasa es que nosotras no sabíamos.»

Amanda, residente de medicina FyC Zona 1 (Mixto, costa)

«En el Centro de Salud, como te he dicho antes, había un plan de, un plan, un mapeo de, un poquito de los activos de por el Plan de Salud de La Viña, y está presentado en el ayuntamiento, y aquí ya hay un plan en el ayuntamiento de Cádiz. Y a raíz de eso sí que hemos hecho una actualización de, no solo de La Viña, sino de todo lo que rodea al Centro de Salud porque hay más barrios, y hemos hecho un mapeo, pero no solo de actividades físicas, sino también culturales, económicas... Hemos hecho un mapeo general.»

Pablo, residente de medicina FyC Zona 5 (Mixto, costa)

Continuidad

«Porque claro, los residentes le pegan, depende de las hornadas de residentes, le pegan unos empujones a determinados proyectos. Pero ellos, cuando se van, si no se queda nadie en el equipo que le dé continuidad, desaparecen esos esfuerzos.»

Maribel, profesional de APS (enfermera) Zona 3 (Urbano, interior)

«Pues que fuese un proyecto en común del Centro de Salud y se fuese retroalimentando. Que no fuese un proyecto de una persona y fuera, sino que ese proyecto se vaya retroalimentando, se vaya actualizando, que haya vez, cada vez ya pudiendo incorporar más cosas.»

«Sí, porque los R4 tenemos fecha de caducidad.»

«Claro. Que cuando se incorpore un R1, pues el R, si ya hay más residentes mayores que están metidos dentro del proyecto, pues lo incorporen al proyecto, le vayan al principio orientando hasta que vayan, pues eso, cada uno...»

Carlos, residente de medicina FyC Zona 5 (Mixto, costa)

2) Supervisión

Opinan que es deseable que haya profesionales del equipo de APS con suficiente experiencia en salud comunitaria basada en activos que revisen y corrijan el ejercicio práctico relacionado con la acción formativa, y a quienes consultar en caso de dudas o imprevistos. De lo contrario, la calidad del trabajo puede verse comprometida.

3) Valoración e incorporación de lo preexistente

Antes de comenzar el trabajo práctico, cabe reconocer y aprovechar el trabajo previamente realizado en salud comunitaria basada en activos. En muchos CS se han iniciado procesos de identificación de activos y no es infrecuente que profesionales sensibilizados/as con el tema practiquen la recomendación de activos; de ahí la importancia de generar espacios comunes donde reforzar el sentido de equipo y poner en común las actividades comunitarias en las que participa el CS.

4) Continuidad

Los/las profesionales de APS participantes expresan su preocupación con respecto a la falta de continuidad de iniciativas impulsadas por residentes, debido a su acotado tiempo de estancia

en los CS, por lo que su participación parece imprescindible para que los proyectos sean sostenibles. Para asegurar la continuidad y anticipar las resistencias estructurales y organizativas es necesario proponer ejercicios prácticos y factibles similares a los desarrollados en el curso, así como promover la devolución al equipo de APS del trabajo realizado.

Discusión

El propósito del estudio fue analizar la valoración que los agentes implicados en la intervención PARAC hacen del proceso formativo, poniendo el foco en las metodologías de enseñanza y aprendizaje.

Los/las participantes plantean la necesidad de adaptar la residencia de medicina FyC a la APS actual. La medicina FyC surge en España para nutrir a la recién nacida APS de médicos/as especialistas que dediquen su trabajo al ámbito comunitario. Al inicio, el peso formativo se centró en los hospitales y no en unos CS que iniciaban su actividad²⁰. Actualmente, con una APS consolidada donde los/las residentes comparten trabajo con profesionales sanitarios con crecientes niveles de especialización, cabría plantear un reequilibrio del peso formativo de este nivel asistencial, y más teniendo en cuenta la necesidad de médicas/os de FyC que trabajen en APS²¹.

La reclamación de los/las residentes de más tiempo de dedicación a sus CS y menos tiempo rotando por servicios hospitalarios es avalada por la literatura, que critica que las rotaciones frecuentes

no solo no fomentan el aprendizaje, sino que además dificultan la formación de la identidad profesional médica²²⁻²⁴.

Este ajuste permitiría verificar si intervenciones formativas como el PARAC sirven para satisfacer las demandas de cambio en la formación EIR con una planificación transversal y coherente con la residencia. Existe literatura sobre experiencias internacionales que demuestran que la programación docente rigurosa que adapte los objetivos a los niveles de responsabilidad no solo consigue resultados de aprendizaje óptimos^{22,23}, sino que también ayuda a mitigar los altos niveles de agotamiento y frustración que sufren los/las médicos/as en la transición de estudiantes a profesionales²⁵. La intencionada flexibilidad del PNE permitiría que las UDM realizaran estos cambios en los programas formativos EIR¹¹, por lo que su participación en la orientación comunitaria de la APS es crucial¹⁶.

En cuanto a la evaluación del programa formativo, los/las residentes centran sus valoraciones del PARAC «en el aula» en la metodología docente utilizada. El curso sigue una metodología basada en el aprendizaje significativo, buscando que el alumnado construya y haga propios conocimientos nuevos (lo que no sabe sobre el tema) a partir de relacionarlo con su esquema de conocimientos previos (lo que ya sabe del tema)³. El uso de técnicas participativas con este enfoque metodológico trata de favorecer esta recreación permanente del conocimiento²⁶ a través de la discusión, el razonamiento crítico y la interrelación del alumnado y el profesorado desde posiciones jerárquicamente similares.

Incluir entre el profesorado a profesionales sanitarios jóvenes, próximos en edad al alumnado, que conocen con mayor profundidad la transición desde la universidad a la práctica médica^{22,24,27}, facilita el aprendizaje entre iguales²⁸, hecho remarcado por los/las participantes del estudio y avalado por la literatura, ya que además favorece la creación de entornos de aprendizaje seguros²⁹. La formación es entendida como un proceso compartido²⁸, que Vygotsky⁴ y otros autores definen como un andamiaje propio del aprendizaje social y da un significado novedoso al papel de la cultura, el lenguaje y el juego en la enseñanza. Estudios futuros podrían analizar por qué los/las EIR perciben estos enfoques didácticos como «novedosos», siendo realmente adecuados para la educación médica^{1,5,8,12}.

Las técnicas utilizadas en el aula tratan de preparar al alumnado para la fase práctica: PARAC «en el territorio». El uso de técnicas de ciencia ciudadana^{26,30} para presentar los contenidos del curso permite que el alumnado entienda en primera persona su funcionamiento para luego poder aplicarlas en el trabajo práctico. Esta forma de enseñanza tiene un doble objetivo: por un lado, facilitar la transferencia del aprendizaje al contexto donde se debe aplicar³¹, y por otro, acercar a los/las residentes a la ciudadanía mediante metodologías y lenguajes que les permitan relacionarse desde posiciones menos jerarquizadas, presentando el ámbito comunitario como una potencial «comunidad de aprendizajes»³². La literatura demuestra que este tipo de aprendizajes necesarios en la formación de los/las médicos/as y para el trabajo con la comunidad se producen en la medida en que se explicitan o se fuerza a la reflexión, pues las experiencias de aprendizaje no estrictamente asistenciales son

menos identificadas por los/las residentes como formativas³³. Esto refuerza, como demuestran los resultados del presente estudio, la necesidad de permitir espacios y tiempos de aprendizaje específicos que mediante protocolos de aprendizaje guiado permitan estos procesos reflexivos²⁸.

Con respecto a la supervisión de profesionales en formación, se reconoce que las experiencias de «salto al vacío» conllevan oportunidades de aprendizaje, y frecuentemente los/las médicos/as jóvenes reivindican su necesidad de independencia^{22-24,33}. Sin embargo, la tutorización es clave para que el trabajo de los/las residentes se realice con mayor calidad y seguridad para la ciudadanía, y también tiene gran relevancia en la formación de la identidad profesional^{28,29,34}. Una tutorización adecuada debe transmitir habilidades, conocimientos, valores y formas de comportamiento con personas y comunidades^{29,35}. Dada la relevancia que tiene garantizar una supervisión adecuada y la continuidad de las intervenciones iniciadas por residentes, sería procedente que el PARAC pusiera el foco en la formación para formar¹⁶.

Fortalezas y limitaciones

La principal fortaleza de este estudio es la heterogeneidad de las voces representadas. Sin embargo, algunos perfiles de la APS no vinculados directamente con la docencia quedaron fuera de la investigación. No se tuvieron en cuenta las implicaciones de la investigación en la formación de residentes de enfermería FyC. Las personas investigadoras fueron docentes del proceso formativo, lo cual pudo influir en las opiniones expresadas por los/las entrevistados/as. Sin embargo, los procedimientos de rigor utilizados aseguran la validez de los hallazgos. No se ha realizado una validación de los resultados con los/las participantes. Por la metodología de análisis utilizada, los resultados no se pueden disgregar según el sexo de las personas entrevistadas. Futuros estudios deberían ahondar en esta dimensión.

Conclusiones

Es necesario realizar cambios en la residencia de medicina FyC que favorezcan el aprendizaje y el desarrollo de la salud comunitaria basada en activos: 1) el uso de metodologías docentes que pongan en valor el razonamiento crítico, el aprendizaje cooperativo y la interrelación del alumnado y el profesorado; 2) reequilibrar los contextos de dedicación en favor del ámbito comunitario; 3) potenciar una aproximación a la salud comunitaria basada en activos desde el inicio del proceso formativo; 4) asegurar una adecuada supervisión, y 5) abordar proyectos prácticos contextualizados en el territorio.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Los datos están disponibles solicitándolos al autor de correspondencia.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La formación médica debe preparar a los/las profesionales para la vida real. La formación en salud comunitaria de residentes de medicina familiar y comunitaria está poco desarrollada. Los itinerarios formativos adaptados a los niveles de responsabilidad ayudan en la transición de estudiante a médico asistencial.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La especialidad en medicina familiar y comunitaria requiere una actualización centrando el peso formativo en el ámbito comunitario e incorporando metodologías que favorezcan el aprendizaje crítico y entre iguales.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Existen discordancias entre las metodologías y los marcos pedagógicos que deben guiar la formación médica y la realidad percibida. Se debe orientar la residencia en medicina familiar y comunitaria al ámbito comunitario.

Editor responsable del artículo

Andreu Segura.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

A. Cardo Miota, B. Valls Pérez y M. Hernán García participaron en la concepción y el diseño del estudio, y en la recogida, el análisis y la interpretación de los datos. A. Cardo Miota escribió el primer borrador del artículo. B. Valls Pérez, M. Hernán García y C. Lineros González participaron en la revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales. A. Cardo Miota, B. Valls Pérez, M. Hernán García y C. Lineros González aprobaron la versión final para su publicación.

Agradecimientos

A Sara Calderón Larrañaga, por sus inestimables aportaciones en todos los ámbitos del presente estudio.

Financiación

El estudio forma parte de un proyecto financiado con el Contrato Programa Servicio Andaluz de Salud – Escuela Andaluza de Salud Pública correspondiente al periodo 2018-2020.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2023.102330](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102330).

Bibliografía

- Rodríguez SL. El aprendizaje basado en problemas para la educación médica: sus raíces epistemológicas y pedagógicas. *Revista MED*. 2014;22:32–6.
- Dewey J. *Democracia y educación Una introducción a la filosofía de la educación*. 3.ª ed. Madrid: Morata; 1998.
- Ausubel DP. *Adquisición y retención del conocimiento. Una perspectiva cognitiva*. Barcelona: Paidós; 2002.
- Vygotsky LS. *Mind in society: the development of higher mental processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
- Isaza A. Clases magistrales versus actividades participativas en el pregrado de medicina: de la teoría a la evidencia. *Revista de Estudios Sociales*. 2005;20:83–92.
- Santos Guerra MA. Un extraño en el congreso. *Evaluación etnográfica del XXIV Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria*. Sevilla, 8-11 de diciembre de 2004. *Aten Primaria*. 2005;35:365–71.
- González Vélez M. Sir William Osler. Desde el nacimiento de los hospitales universitarios hasta la satisfacción por la medicina moderna. *CES Med*. 2012;26:121–9.
- Tutosaus Gómez JD, Morán-Barrios J, Pérez Iglesias F. Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Educ Med*. 2018;19:229–34.
- Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, sobre ejercicio de las funciones de Médico de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado* número 156, de 1 de julio de 1993. (Consultado el 20/4/23.) Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1993/06/04/853>.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado* número 45, de 21 de febrero de 2008. (Consultado el 20/4/23.) Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183>.
- Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa formativo de la especialidad en medicina familiar y comunitaria. Madrid: SEMFYC; 2005. (Consultado el 20/4/23.) Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>.
- Lema J, Párraga I, León A, et al. Análisis de la variabilidad en la formación sanitaria especializada en medicina familiar y comunitaria en España. *Rev Clin Med Fam*. 2022;15:28–34.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Proyecto de Apoyo a la Revitalización de la Atención Primaria: Activos para la Salud Comunitaria (PARAC). (Consultado el 20/4/24.) Disponible en: <https://bit.ly/3jeALK9>.
- Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Informe Sespas* 2016. *Gac Sanit*. 2016;30 (Supl 1):93–8.
- Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, et al. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One*. 2014;9:e89554.
- Cardo Miota A, Valls Pérez B, Gil García E, et al. Propuestas para la orientación comunitaria de la atención primaria: identificar agentes clave para la formación. *Gac Sanit*. 2023;37:102269.
- Calderón-Larrañaga S, Valls-Pérez B, Cardo-Miota A, et al. Development and evaluation of a training programme on asset-based community development aimed at general practice trainees: protocol for a mixed-method multilevel and multicentric action research study. *BMJ Open*. 2021;11:e040043.
- Cardo A, Valls B, Hernán M. Materiales didácticos multimedia para la formación en salud comunitaria basada en activos. *Escuela Andaluza de Salud Pública - Servicio Andaluz de Salud*. Granada, 2022. (Consultado el 20/4/23.) Disponible en: <https://view.genial.ly/621dfe9974025500116e05fd>.
- Green J, Thorogood N. *Qualitative methods for health research*. 2nd ed. London: Sage; 2009.
- Casado Vicente V. *La historia de la medicina de familia en España (1978-2018)*. *AMF*. 2018;14:133–44.
- Barber Pérez P, González López-Valvarel B. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035. Las Palmas de Gran Canaria: EcoSalud. 2022. (Consultado el 6/2/23.) Disponible en: https://cgcom.es/sites/main/files/u395/2022nformeofertanecesidadesespecialistasmedicos2021_2035.pdf.
- Sturman N, Tan Z, Turner J. "A steep learning curve": junior doctor perspectives on the transition from medical student to the health-care workplace. *BMC Med Educ*. 2017;17:1–7.
- Carlsson Y, Nilsson A, Bergman S, et al. Junior doctors' experiences of the medical internship: a qualitative study. *Int J Med Educ*. 2022;13:66–73.
- Bernabeo EC, Holtman MC, Ginsburg S, et al. Lost in transition: the experience and impact of frequent changes in the inpatient learning environment. *Acad Med*. 2011;86:591–8.
- Zhao Y, Musitia P, Boga M, et al. Tools for measuring medical internship experience: a scoping review. *Hum Resour Health*. 2021;19:10.

26. Hernández-Díaz J, Paredes-Carbonell JJ, Martín Torres R. Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Aten Primaria*. 2014;46:40–7.
27. Brown J, Chapman T, Graham D. Becoming a new doctor: a learning or survival exercise? *Med Educ*. 2007;41:653–60.
28. Wald HS. Professional identity (trans)formation in medical education: reflection, relationship, resilience. *Acad Med*. 2015;90:701–6.
29. Isaacs AN, Spencer BA. Factors affecting learning during internship: a qualitative study of junior doctors. *Aust J Gen Pract*. 2022;51:83–9.
30. Pérez Alonso E, Cofiño R, García Blanco D, et al. La brújula comunitaria. Orientaciones didácticas en acción comunitaria para ganar salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023.
31. Suárez-Gonzalo L, Catalá-López F. Estrategias de transferencia del conocimiento para mejorar la atención sanitaria. *Med Clin*. 2018;151:239–41.
32. Wenger E. *Communities of practice: learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
33. Mordang SBR, Vanassche E, Smeenk FWJM, et al. Residents' identification of learning moments and subsequent reflection: impact of peers, supervisors, and patients. *BMC Med Educ*. 2020;20:1–8.
34. Stalmeijer RE, Dolmans DH, Snellen-Balendong HA, et al. Clinical teaching based on principles of cognitive apprenticeship: views of experienced clinical teachers. *Acad Med*. 2013;88:861–5.
35. Lases LSS, Arah OA, Busch ORC, et al. Learning climate positively influences residents' work-related well-being. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2019;24:317–30.