

72. Kusanovic J, Romero R, Chaiworapongsa T, Mittal P, Mazaki-Tovi S, Vaisbuch E, et al. Amniotic fluid sTREM-1 in normal pregnancy, spontaneous parturition at term and preterm, and intra-amniotic infection/inflammation. *J Matern Neonatal Med.* 2010;23(1):34-47.
73. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran A, Merialdi M, Requejo J, et al. The worldwide incidence of preterm birth: A systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull 31, World Health Organ.* 2010;88:31-38.
74. Tucker J, McGuire W. Epidemiology of preterm birth. *BMJ.* 2004;329:675-678.
75. Jankilevich G. La genómica llega a la clínica en el cáncer de colon. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2009;39:81-84.
76. Karapetis CS, Khambata-Ford S, Jonler DJ, et al. N. K-ras mutations and benefit from cetuximab in advanced colorectal cancer. *Engl J Med.* 2008;359:1757-1765.
77. Buhimschi CS, Weiner CP, Buhimschi IA. Proteomics, part II: The emerging role of proteomics over genomics in spontaneous preterm labor/birth. *Obstet Gynecol Surv.* 2006;61:543-553.
78. Nesin M. Genetic basis of preterm birth. *Front Biosci.* 2007;12:115-124.
79. Buhimschi CS, Rosenberg VA, Dulay AT, Thung S, Sfakianaki AK, Bahtiyar MO, et al. A multidimensional system biology: Genetic markers and proteomic biomarkers of adverse pregnancy outcome in preterm birth. *Am J Perinatol.* 2008;25:175-187.

TRABAJOS ORIGINALES

Gac Méd Caracas 2010;118(4):304-316

Desarrollo de la competencia médica para el ejercicio profesional en centros ambulatorios*

Dra. Evelyn Roa de Rojas

e-mail: evelynroa2004@yahoo.es

Tutor: Dr. Juan F. Pérez González

RESUMEN

El desarrollo de competencia, es una característica profesional que trasciende las aulas, y cuyo progreso se describe como un proceso continuo. En un grupo de médicos se planeó analizar el grado de identificación con aspectos de la competencia presentados “Modelo de tres círculos” y la opinión de los mismos sobre el contexto laboral donde se inician como profesionales, siguiendo un diseño cuantitativo-cualitativo. Participaron 296 médicos egresados de 8 universidades venezolanas (promedio

de egreso: 9 meses desviación estándar: 5,41 meses), laborando en ambulatorios rurales. Se utilizó un modelo descriptivo de la competencia que agrupa las actitudes, habilidades y conocimientos en 12 dominios, para elaborar dos cuestionarios validados llamados “dominios clínicos” de 95 ítems, y “dominios no clínicos” de 75 ítems, con un escalamiento tipo Likert de cinco puntos, con una confiabilidad aceptable (Alfa >0,75). Con el objeto de explorar las posibles variaciones entre diferentes subgrupos de la muestra de médicos, se consideraron las variables procedencia y universidad de origen. Para este fin se compararon los promedios de cada subgrupo en los puntajes totales de cada cuestionario mediante análisis de varianza o Kruskal Wallis, usando el programas SPSS versión 12.0 y Excel 2003. Los datos cualitativos relativos a opiniones sobre su experiencia laboral, se recogieron en 146 médicos mediante un cuestionario de preguntas abiertas, y un diario de campo, triangulando con tres informantes claves. Esta

* Extracto de la tesis doctoral presentada ante la Comisión de Estudios de Posgrado, Maestría y Doctorado Individualizado de la Universidad Central de Venezuela, como requisito para optar al título de Doctor en Ciencias Médicas, Mención Educación Médica. Caracas, noviembre 2008.

Recibido para publicación: 21/01/10.
Aceptado: 15/07/10.

información fue procesada usando el programa Atlas/ti versión 4.2. Se encontró que los médicos se identifican con los aspectos de la competencia explorados en un 79 % y se observaron diferencias significativas en los puntajes promedio de los instrumentos según la universidad de origen. La exploración cualitativa mostró una opinión desfavorable, en los médicos participantes en el estudio, hacia el ejercicio en centros ambulatorios, relacionada con factores económicos, contexto laboral, y las pocas oportunidades de actualización profesional.

Palabras clave: Educación médica. Atención médica primaria. Atención ambulatoria. Planificación educativa. Competencia médica.

SUMMARY

The development of competition is a professional characteristic which go beyond the lecture room and its progress is described as a continual process. In a medical group it was decided to analyze the identification level with competition aspects included in the model of the three circles and their opinions on the labour context where they begin as professionals, following a quantitative-qualitative design. In the study participate 298 medical doctors from 8 venezuelan universities (average time of graduation: 9 ± 5,4 months) and working in rural health clinics. A descriptive competition model was used which includes evaluation of attitudes, skills and knowledge on 12 scopes, in order to elaborate two validated questionnaires: clinical (95 items) and non clinical (75 items), in a Lickert scale of five points with acceptable confidence (Cronbach alpha > 0.75). In order to explore possible variation among the different sub-groups of the sample of medical doctors, origin and university were considered. Mean scores from each type of questionnaire were compared by analysis of variance or Kruskal Walls test using the Statistical Package for the Social Sciences, 12th version and Excel 2003.

Opinions on labour experience were collected from 146 medical doctors by means of a set of open ended questions and a field work diary and triangulation with three key informants. This qualitative data was processed by means of the Atlas/ti program, version 4.2. According to the results the medical doctors identified themselves in a 79 % with the competition explored aspects.

The qualitative inquire show unfavourable opinions from the participants medical doctors on their practice in the rural clinics in relation to economical factors, labour contest and few opportunities to professional bring up to date.

Key words: Medical education. Primary medical attention. Ambulatory attention. Medical competence.

INTRODUCCIÓN

Los siguientes son extractos de la investigación realizada desde el Centro para la Investigación y el Desarrollo de la Educación Médica (CIDEM), por la autora durante sus estudios doctorales, mención “Educación Médica”, efectuados en la Universidad Central de Venezuela y presentados en el año 2008. Por desventura, basta con revisar los cinco últimos informes del Ministerio de Salud o de la organización no gubernamental Provea, para notar que los contextos laborales a que hacen referencia este trabajo, poco se han modificado. Y a nivel académico, las pocas modificaciones de forma en los contenidos o asignaturas, enmascaran las postergadas transformaciones de organización curricular o ambiente educativo, todo lo cual, hacen esperable que los hallazgos de esta investigación mantengan la vigencia pese al tiempo transcurrido desde la realización del mismo.

Para dar inicio a la disertación, hay que entender que los sistemas de salud están evolucionando desde esquemas organizativos centrados en la alta tecnología para atender a los enfermos hacia sistemas equilibrados donde las personas son consideradas tanto en la enfermedad como en la salud. La salud y la atención médica son asuntos complejos, en los que deben considerarse aspectos sociales, económicos, psicológicos. Sin embargo, fueron los aspectos técnicos-biológicos los que hasta décadas recientes, poco antes de finalizar el siglo XX, prevalecieron en los esquemas organizativos y de atención médica. Una nueva concepción de la salud y de la atención médica está generando un prototipo de profesional médico con actitudes, habilidades, y conocimientos, dirigidos más hacia la conservación de la salud que hacia sola la atención de la enfermedad, y con tendencias a sistemas de salud en equilibrio entre servicios hospitalarios y ambulatorios (1).

Las universidades venezolanas no escapan de esta dinámica y deberán atender las demandas cambiantes de nuestra sociedad, renovando o cambiando el conjunto de experiencias de aprendizaje para lograr el desarrollo de actitudes, habilidades y conocimientos, y formar profesionales con la competencia requerida. De acuerdo a esto, la competencia es concebida como característica dinámica en el profesional, como un continuo, cuyo progreso ocurre a lo largo de la vida, tal como lo señalan Iragoin o Harden (2,3), afirmando que en este desarrollo contribuyen las experiencias personales, las derivadas del ambiente laboral,

además de las subsiguientes experiencias en las que se involucra el recién graduado.

Lo anterior se convierte en un planteamiento central que el presente trabajo intentó explorar, a partir de los egresados médicos, en los meses de mayo a noviembre de 2005. En otras palabras se analizó, bajo un enfoque correctivo, el perfil de competencia actual del médico venezolano y se exploró si el mismo se corresponde con las habilidades, conocimientos y actitudes esperadas en un profesional de la medicina competente y reflexivo, como lo representan modelos de la competencia médica como el propuesto por el grupo de Harden de la Universidad de Dundee, en el Reino Unido. (2,4) (Ver Figura 1). La presente investigación, intentó responder a interrogantes como: ¿Qué habilidades, conocimientos y actitudes identifica en sí el médico egresado de universidades nacionales?, ¿serán semejantes en sus percepciones de la competencia los médicos venezolanos, o de existir diferencias, estarían estas relacionadas con variables como la universidad donde fueron formados? Y el

ejercicio inmediato en centros de atención primaria rurales o urbanos, ¿a qué está contribuyendo?

Al leer informes del pasado 2009 de organismos nacionales gubernamentales o no, que reflejan el éxodo de profesionales de la medicina del sector público hacia el sector privado y al exterior, y las notas de prensa nacional sobre las dificultades para conquistar médicos para que trabajen en centros ambulatorios, no se puede menos que continuar divulgando estos resultados, para mejorar la comprensión sobre cómo preparar médicos para la atención a nivel ambulatorio.

MÉTODO

Este trabajo tiene un enfoque predominante cuantitativo, simultáneo con la incorporación de elementos cualitativos para tener una perspectiva más amplia del fenómeno estudiado. Se concibió la misma como un estudio de campo, transversal correlacional, participando 296 médicos egresados

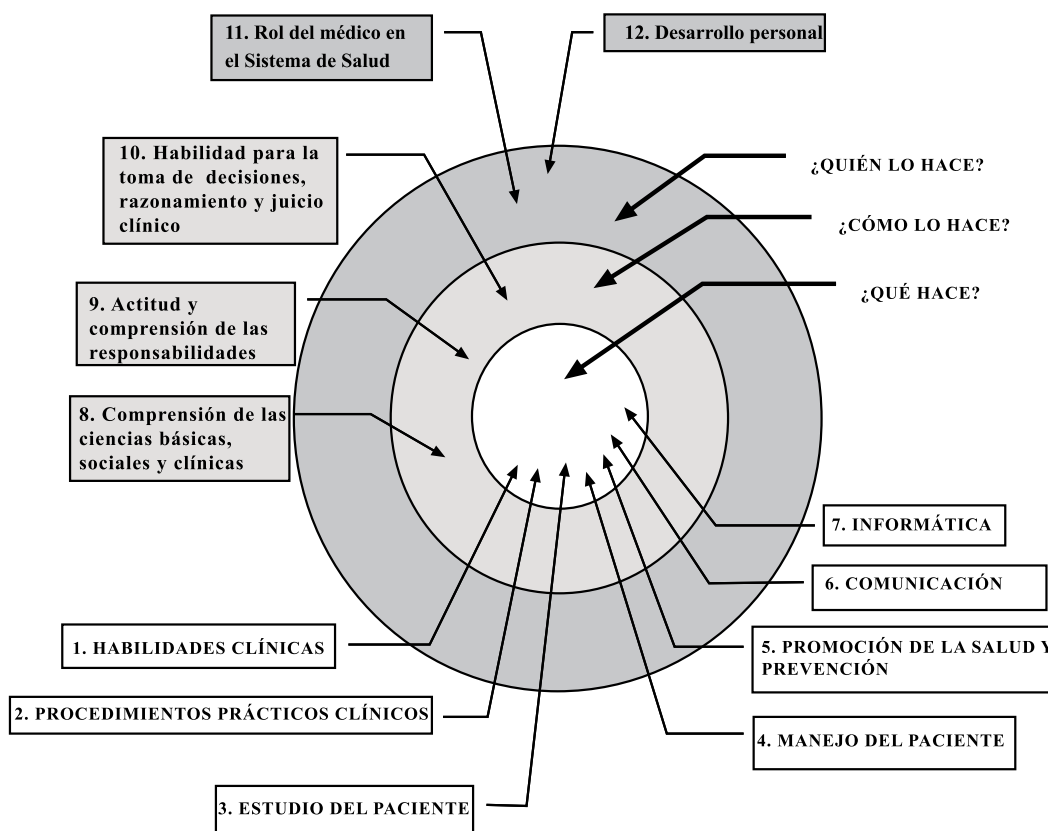


Figura 1. Representación del modelo de tres círculos según Harden, Crosby, Davis y Friedman, 1999. (2)

Cuadro 1

Distribución de médicos rurales en 15 estados, porcentaje del total y tamaño de la muestra proporcional

Estado	Universidad	Médicos rurales	% del total	Muestra estimada
Anzoátegui	UDO	90	7	21
Aragua	UC	91	7	21
Bolívar	UDO	98	8	23
Carabobo	UC	91	7	21
Distrito Federal	UCV	163	13	38
Falcón	UFM	118	9	27
Guárico	UNERG	92	7	21
Lara	UCLA	66	5	15
Mérida	ULA	70	5	16
Miranda	UCV	124	10	29
Portuguesa ^a	UCLA-LUZ	49	4	11
Sucre ^a	UDO	62	5	14
Táchira	ULA	64	5	15
Yaracuy	UCLA	53	4	12
Zulia	LUZ	54	4	12
Totales		1 285	100	296

Fuente: MSDS. División de Clasificación y Remuneración de Cargos. 2005.

^a Número real de médicos para el momento de la visita a dicho estado.

de 8 universidades venezolanas (promedio de egreso: 9 meses DS: 5,41 meses), laborando en ambulatorios rurales del Ministerio de Salud de 15 estados del país (Ver Cuadro 1), seleccionados por muestreo estratificado probabilístico. Se utilizó un modelo descriptivo de la competencia (Modelo de tres círculos, M3C), que agrupa las actitudes, habilidades y conocimientos en 12 dominios, como base para elaborar dos instrumentos que agruparon 170 ítems, clasificados convencionalmente por los investigadores como ítems que exploraron aspectos clínicos de la competencia (95 ítems), e ítems que exploraron aspectos no clínicos de la competencia (75 ítems). Los mismos fueron redactados en apego estrecho a los aspectos presentados en el M3C, pudiendo agruparse los ítems para calcular los puntajes promedio de toda la muestra, en sub escalas (por dominios, 12 en total) o por componentes de la competencia (tres componentes: habilidades, actitudes y conocimientos). Las afirmaciones se respondieron con una escala tipo Likert de cinco puntos. Para todo el instrumento el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach fue superior a $>0,75$.

Para las comparaciones, se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) de una vía, cuando se demostró homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de

homogeneidad de varianzas del *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 12. Cuando no se comprobó homogeneidad de las varianzas, se usó la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis para establecer la existencia de diferencias significativas entre ellos. Finalmente, cuando los valores del Anova o del Kruskal Wallis resultaron significativos (valores de F o de Chi² correspondientes a una $P < 0,05$, con un 95 % de confianza) se procedió a realizar la prueba de múltiples comparaciones de Bonferroni, para establecer los pares de grupos cuyas diferencias eran estadísticamente significativas. En cuanto a las opiniones sobre su experiencia laboral, las mismas se recogieron en 146 médicos mediante un cuestionario de preguntas abiertas, y un diario de campo. Esta información fue procesada usando el programa Atlas/ti versión 4.2, elaborando codificaciones de primer y segundo orden y categorías, triangulando con tres informantes clave.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con esta investigación se estableció el grado de identificación expresado por un grupo de médicos egresados de ocho universidades del país, con conocimientos, actitudes y habilidades relacionados

COMPETENCIA MÉDICA

con el perfil de competencia médica que recoge el modelo de tres círculos (M3C), ampliamente aceptado en la comunidad educativa médica mundial (4-10).

Los 170 ítems elaborados representaron 60 áreas de las 85 mencionadas por los autores del M3C (4,8), es decir, un 70 %. Los aspectos incluidos en los instrumentos fueron seleccionados considerando los más relevantes para el ejercicio profesional a nivel ambulatorio, según el ambiente profesional médico venezolano. Para ello se consultaron médicos del primer nivel de atención. Considerando que una elevada cantidad de ítems en un instrumento, podría acarrear cansancio en los participantes, provocando respuestas apresuradas y no meditadas, un 70 % de los aspectos incluidos en el modelo se convierte en una razonable representación del mismo (Cuadro 2).

El uso de escalamiento tipo Likert para conocer el grado de concordancia o acuerdo con las afirmaciones incluidas en un instrumento (ítems) es un procedimiento aceptado en ciencias sociales, el cual fue adoptado en la presente investigación de manera que los médicos pudieran expresar su grado de acuerdo o desacuerdo con dichos enunciados, formulados como ya se dijo con apego al 70 % de los aspectos del M3C. Este grado de acuerdo refleja el reconocimiento en ellos mismos (en los médicos) de la situación descrita en los ítems, proceso que en esta investigación ha sido llamado “identificación” o concordancia con el modelo. En este sentido este proceso establece una validación de los aspectos

incluidos en el M3C, pues los sujetos participantes en el estudio han sido formados en una escuela de medicina con planes de estudio elaborados de manera independiente del modelo. Con ello se da respuesta a la primera hipótesis planteada en este estudio.

Dado que la evaluación de la competencia es un proceso complejo, en el presente estudio no se pretendió realizar una evaluación de la misma, sino más bien mediante los análisis de los resultados ofrecer orientaciones sobre los diversos dominios y aspectos considerados que puedan servir de insumo para los planificadores curriculares de nuestro país. En cuanto a la identificación con los aspectos del M3C, el Cuadro 3 se presentan los puntajes máximos para cada uno de los instrumentos aplicados (475 para DC y 375 para DNC). Se muestra el puntaje promedio de la muestra para ambos instrumentos, y cuánto representa este promedio del puntaje total esperado. A esto se le llama valor o puntaje normalizado, y se considera como “el grado de identificación de los médicos con los aspectos evaluados por los instrumentos”. Puede apreciarse que en el instrumento DC el puntaje promedio estuvo en 367, lo que corresponde a un 77,4 % del puntaje máximo (puntaje normalizado), mientras que el puntaje promedio para el instrumento DNC fue de 304,3 que corresponde a un 81,2 %. La diferencia entre los porcentajes de concordancia o identificación (valor normalizado) fue altamente significativa (t de Student), con una “P” igual a $9,03 \times 10^{-08}$, lo que sugiere que los médicos participantes se

Cuadro 2

Relación entre áreas por dominios del M3C y áreas evaluadas en los instrumentos DC y DNC

Instrumento	Dominio	Áreas mencionadas en el M3C	Áreas evaluadas	n° de ítems	% de aspectos representados
DC	1	6	4	25	66,7
	2	2	2	23	100,0
	3	4	4	17	100,0
	4	19	13	30	68,4
DNC	5	5	3	6	60,0
	6	7	4	7	57,1
	7	4	2	6	50,0
	8	13	7	10	53,8
	9	6	3	9	50,0
	10	7	7	12	100,0
	11	7	7	14	100,0
	12	5	4	11	80,0
Total		85	60	170	70,6

Nota: M3C: Modelo de tres círculos.

Cuadro 3

Puntajes promedios todos los grupos y desviaciones estándar obtenidos en instrumentos DC y DNC expresados en valores absolutos y normalizados. Muestra médicos Artículo 8. Venezuela, 2005

Instrumento	Promedio (valor absoluto)	Promedio (valor normalizado)	Desviación estándar	Puntaje máximo
DC	367,42	77,4%	27	475
DNC	304,36	81,2%	20,1	375

identifican más con los aspectos no clínicos que con los aspectos clínicos de la competencia explorados en el estudio.

Hay que recordar que estos puntajes no califican en términos de “mejores o peores” a quienes participaron en el estudio, sino que los mismos constituyen un hallazgo que puede corresponderse con una situación real.

En la Figura 2, se presentan los puntajes normalizados para los dominios explorados en el instrumento DNC, encontrándose que el puntaje normalizado menor fue 75,7 % (dominio 10) y el más alto 85,7% (dominio 7), siendo esta diferencia altamente significativa ($P= 3,3447 \times 10^{-55}$). Como

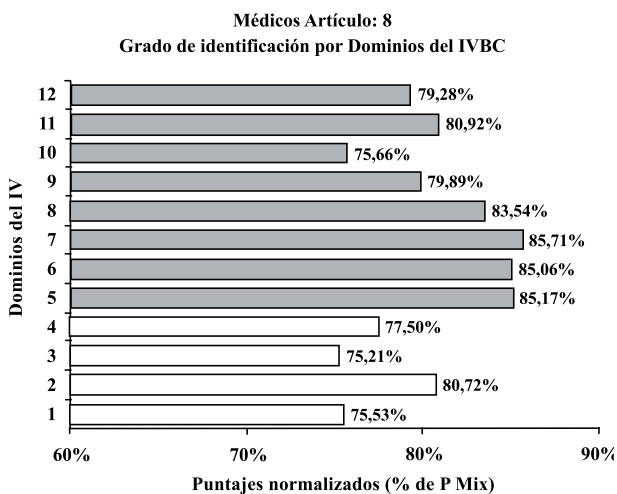


Figura 2. Puntajes promedio normalizados por dominios del M3C. Muestra médicos de Artículo 8. Venezuela, 2005.

en el instrumento DC, los médicos se identificaron más con los aspectos evaluados en el dominio siete, que en los evaluados en los dominios 9, 10, 11 y 12.

Los aspectos contemplados en estos dominios son parte de los programas de medicina venezolanos en asignaturas llamadas clínicas, de las cuales Pérez Ojeda y col. expresaron en el 2003 que el proceso de enseñanza-aprendizaje durante el período clínico ocurre en el mejor de los casos en sitios reales de trabajo, y la enseñanza no ocurre de manera sistemática ni integrada, sino accidental (de acuerdo a los casos existentes en sala) y supeditada al volumen de trabajo existente, lo cual las convierte en “oportunistas, dependientes, limitadas y en ocasiones poco pertinentes” (11).

También es interesante observar que esta identificación más baja con los dominios clínicos, no se diferencia con el grado de identificación para el dominio 10 (Habilidad para la toma de decisiones, razonamiento y juicio clínico). Así los hallazgos no contradicen las afirmaciones hechas por Feo, sobre de la situación de la salud en Venezuela, quien señaló en 2003 que “la universidad venezolana forma médicos... con poca capacidad resolutoria” (12). Y que coincidan con lo expresado por Arrechdera cuando expone que el personal que presta servicios de salud a nivel rural está poco calificado (13).

Puede que los porcentajes promedio en los dominios 6, comunicación (85 %), manejo de la información médica (dominio 7, 85,7 %), desarrollo de conciencia sobre su rol y responsabilidad en el sistema de salud (dominio 11, 81,3 %) y responsabilidad sobre su desarrollo personal (dominio 12, 79,3 %), que nos indiquen que el grado de identificación revelado en este estudio pudiese estar en relación con aprendizajes no formales. En este sentido es oportuno mencionar el rol que juegan los modelos de actuación o el currículum oculto en los aprendizajes de un profesional médico (14,15).

Cuando se consideran los dominios con puntajes extremos encontramos que el puntaje más alto correspondió al dominio 7 (manejo de la información médica, 85,7 %), siendo este puntaje significativamente diferente del obtenido en los cuatro dominios explorados en el instrumento DC, y de los obtenidos en los dominios 9, 10, 11 y 12. El instrumento exploró dos de los cuatro aspectos que contempla el M3C en el dominio 7, y lo realizó con 6 ítems. Cuatro de estos ítems se relacionan con el uso del Internet y las computadoras. No es de extrañar que los altos puntajes se deban a las oportunidades de aprendizaje informal que en el momento actual la sociedad favorece, al fomentar el uso de la computadora entre los jóvenes.

COMPETENCIA MÉDICA

Los dominios con más bajo grado de identificación fueron el 3 (investigación de pacientes, 75,2 %) y el 10 (habilidad para la toma de decisiones, razonamiento y juicio clínicos, 75,6 %), no siendo significativas sus diferencias. Es posible que este nivel más bajo de identificación refleje un grado de competencia menor en estos dominios que en el dominio 7. (Ver Cuadro 4).

Cuando se consideran los puntajes promedio generales para los componentes de la competencia, actitudes, habilidades y conocimientos, se aprecian también diversos grados de identificación.

El componente con mayor grado de identificación fue el de habilidad (80,6 en DC y 83,6 en DNC), siendo los puntajes promedio normalizados de este componente significativamente diferentes a los observados en los otros dos componentes. (Ver Figura 3).

Los puntajes más bajos en actitudes y conocimientos, refuerzan lo expresado por autores como González en el 2001 (14), quien refiere la necesidad en Venezuela de formar médicos que sepan comunicarse comprendiendo la diversidad, desarrollando su inteligencia emocional, y un amplio repertorio de valores morales y éticos. Y pudiera relacionarse con

Cuadro 4

Promedios de puntajes normalizados (% del puntaje máximo) obtenidos por todos los médicos en cada uno de los dominios del M3C, ordenados secuencialmente de mayor a menor

Dominio	Punt. Norm.	Descripción	Orden	Dif sig
Dom 7	85,71 %	Manejo de la información e informática médica	1	Si
Dom 5	85,17 %	Promoción de salud y prevención de enfermedades	2	Si
Dom 6	85,06 %	Comunicación con pacientes, familiares, colegas y otros profesionales	3	No
Dom 8	83,54 %	Conocimiento y comprensión de ciencias básicas, clínicas y sociales	4	Si
Dom 11	80,92 %	Comprensión del papel del médico en el sistema de salud	5	Si
Dom 2	80,72 %	Procedimientos prácticos	6	Si
Dom 9	79,89 %	Actitudes, comprensión ética y responsabilidad legal	7	No
Dom 12	79,29 %	Desarrollo personal	8	Si
Dom 4	77,50 %	Manejo de los pacientes	9	Si
Dom 10	75,66 %	Toma de decisiones, razonamiento y juicio clínicos	10	No
Dom 1	75,53 %	Actividades clínicas básicas	11	Si
Dom 3	75,21 %	Investigación de los pacientes	12	No

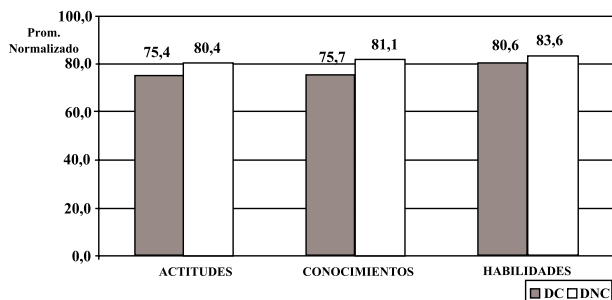


Figura 3. Promedios normalizados según componentes y según instrumento. Muestra médicos de Artículo 8. Venezuela, 2005.

la caracterización que realiza Pérez Ojeda y col. (11), sobre las condiciones poco favorables en que ocurre el aprendizaje en el pregrado médico ya mencionadas.

Con los resultados anteriores se ha intentado describir el grado de “identificación con el M3C” en sus dominios y componentes de modo general en la muestra estudiada, estableciendo paralelismos con fuentes bibliográficas consultadas. A continuación se presenta la discusión sobre lo observado al comparar los resultados considerando la variable universidad de origen.

Antes de iniciar estas consideraciones, es pertinente recordar que se planificó un muestreo probabilístico

y estratificado por estado, y que los médicos participantes en el estudio fueran seleccionados mediante azar sistemático, facilitado este proceso por la lista nómina de médicos contratados por el Ministerio de Salud para cumplir artículo ocho en 15 estados del país para el momento del estudio.

Se hallaron diferencias significativas cuando se estudiaron los grupos según las 8 universidades de origen de los médicos que se incluyeron en la muestra, a pesar de que las universidades de procedencia no fueron un factor tomado en cuenta para la selección de la muestra. Como ya fue señalado, no es el interés de este estudio establecer referencias valorativas entre los grupos. Sin embargo, por la metodología empleada en los cálculos, estos puntajes pueden corresponderse con una realidad que podría usarse como referencia en lo relacionado con el aprendizaje en las escuelas de medicina y en el período posterior a la obtención del grado de médicos.

En el instrumento DC, el grado de identificación de todos los grupos con los aspectos del M3C osciló entre un 75,5 % a 79,8 %. En el instrumento DNC el grado de identificación estuvo entre 79 % a 83 %. (Ver Figuras 4 y 5).

En el puntaje total del instrumento DC, el grupo proveniente de la universidad "A" tuvo puntajes mayores que los de las universidades "B" y "E" (Cuadro 5). En el puntaje total del instrumento DNC, los grupos provenientes de las universidades "A" y "F" obtuvieron puntajes mayores que los de la "B". Estas diferencias fueron significativas. Para el resto de los grupos no se registraron puntajes significativamente diferentes.

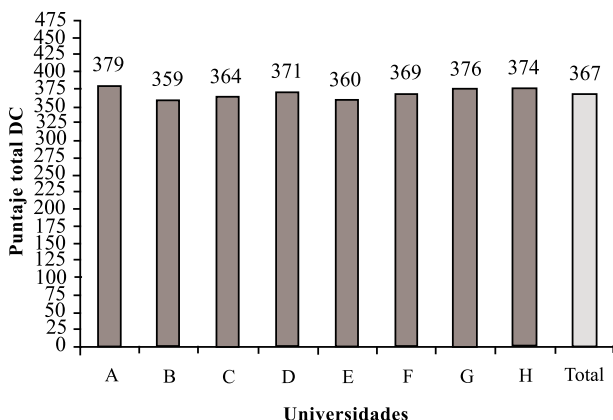


Figura 4. Instrumento DC. Puntajes promedios agrupados por universidad. Muestra médicos de Artículo 8., Venezuela, 2005.

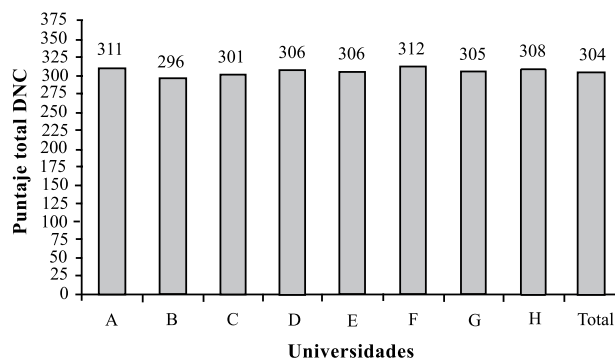


Figura 5. Instrumento DNC. Puntajes promedios de la muestra agrupados por universidad. Muestra médicos de Artículo 8. Venezuela, 2005.

En estos resultados pudiera evidenciarse lo mencionado por Molina (16) cuando señaló que en Venezuela los programas de estudio de las universidades venezolanas no son homogéneos, lo cual podría explicar en parte estas diferencias en cuanto al grado de identificación.

Al considerar los puntajes por grupos según dominios, se comprueban estas diferencias en el grado de identificación en algunos dominios. Por ejemplo en el instrumento DC, algunas universidades se semejan en unos dominios pero no en otros. Así en el dominio 1 el grupo de la universidad "A" tuvo mayor grado de identificación que el grupo "B", en el dominio 2 el grupo "A" tuvo mayor grado de identificación que los grupos "B" y "E", y en el dominio 4 los grupos "A", "G" y "H" tuvieron mayor grado de identificación que el grupo "B" y todas estas diferencias fueron significativas.

Por el contrario en el dominio 3 (estudio del paciente), no hubo diferencias significativas entre los grupos estudiados. Como ya se acotó, este dominio resultó con los más bajos puntajes normalizados, siendo explorado con 17 preguntas, por lo que es probable que un puntaje bajo refleje un grado de competencia menor y que la misma se relacione con situaciones desfavorables sobre las condiciones de aprendizaje clínico en nuestro país ya mencionadas.

Cuando se analizan los dominios explorados en DNC, se observó que en los dominios comunicación (dominio 6), actitud y comprensión ética (dominio 9), y habilidad para la toma de decisiones (dominio 10), en los que el grado de identificación general fue de 85 %, 79,9 % y 75,6 % respectivamente no se registraron

COMPETENCIA MÉDICA

Cuadro 5

Promedios de los puntajes normalizados obtenidos por los médicos de cada una de las ocho universidades (A a H) en cada uno de los componentes de la competencia, ordenados en orden de magnitud descendente

COMPONENTE TODOS LOS GRUPOS	ACTITUD (77,9)	CONOC. (78,4)	HABILID. (82,15)
PUNTAJES NORMALIZADOS POR GRUPO (%)	A (79,73)*	A (80,89)*	F (85,04)*
	H (79,37)*	G (79,95)*	A (84,16)*
	D (78,76)*	F (79,44)	H (83,35)
	G (78,76)	H (78,83)	D (83,11)
	F (78,07)	D (78,23)	G (82,38)
	C (77,93)	E (77,85)	E (81,24)
	E (77,32)	C (77,24)	C (80,77)
	B (75,87)*	B (76,64)*	B (79,89)*

Nota: En las columnas se señalan con asteriscos aquellas universidades cuyos puntajes normalizados difirieron significativamente entre sí. (Ej: en la columna correspondiente a “Actitud”, el promedio obtenido por médicos de la Universidad B fue significativamente menor que el promedio de las universidades A, H y D). Las cantidades no señaladas corresponden a promedios cuyas diferencias no fueron significativas.

diferencias entre los 8 grupos estudiados. (Ver Cuadro 5). En la literatura consultada autores como Dent, Kaufman, Torre-Cisneros entre otros, especifican que las prácticas docentes novedosas, tales como el aprendizaje basado en problemas, dramatizaciones, aprendizaje con pacientes simulados, práctica reflexiva, entre otras, contribuyen al aprendizaje en los aspectos contemplados en estos dominios promoviendo por ejemplo la reflexión sobre lo aprendido u observado o el desarrollo del pensamiento crítico y habilidades para la toma de decisiones mediante la retroalimentación (17-19).

Es probable que los grupos de médicos provenientes de las diferentes universidades se identificaran de manera semejante en estos cuatro dominios (dominios 3, 6, 9 y 10) pues, como lo reseñan autores nacionales, en general en las universidades venezolanas aún es marginal la puesta en práctica de estrategias de aprendizaje novedosas. Los autores citados señalan que las prácticas educativas venezolanas están dirigidas al aprendizaje en medios básicamente hospitalarios, con poco contacto con la realidad laboral hasta momentos avanzados de los estudios. También señalan que en el ambiente académico de los hospitales predominan las clases magistrales, seminarios, y evaluaciones centradas en registrar aprendizaje memorístico de contenidos (11-16).

Este proceso de aprendizaje centrado en la enfermedad y el modelaje del médico como el especialista y experto, podría agudizarse cuando el

médico recién graduado trabaja en el ambiente rural, pues tal como lo declara Arrechdera (13) los médicos se encuentran solos ante patologías comunes en la comunidad, que de modo infrecuente se ven en los hospitales, sin conocer cómo prevenir con los recursos locales y en condiciones laborales no idóneas, según informes recientes de organismos no gubernamentales como Provea (20). También la Organización Mundial de la Salud, en su reciente informe “La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca”, señala la importancia que el medio laboral tiene en el desarrollo de estos aspectos de la competencia, y que los cambios en el campo de la educación deben también darse a nivel de los sitios donde continúan formándose los médicos, en este caso en los ambulatorios (1).

Cuando se agruparon los ítems de los instrumentos por componente estudiado (actitud, conocimiento, habilidad), el grupo de egresados de la universidad “A” obtuvo los puntajes más altos para dos de los componentes y el grupo “B” obtuvo los puntajes más bajos en los tres componentes (Ver Cuadro 5).

Estos resultados reafirman que el grado de identificación con los componentes y aspectos del M3C varió en relación con la universidad donde se formaron los médicos participantes en el estudio. Serán necesarias investigaciones posteriores que profundicen sobre los planes de estudio o las estrategias de aprendizaje para establecer relaciones con los puntajes obtenidos en los instrumentos utilizados.

Considerando que los médicos que participaron en el estudio tenían en promedio nueve meses de graduados, cabe preguntarse si este grado de identificación se incrementó respecto a niveles iniciales al comenzar el ejercicio profesional, o si por el contrario se mantuvo igual o decreció, cuestiones que pudieran generar estudios a futuro.

Habiendo expuesto que la competencia médica ocurre como un proceso continuo, que no cesa al finalizar los estudios formales, sino que el ejercicio profesional y el ambiente laboral contribuyen en este proceso (21,22), a continuación, para ampliar la comprensión del mismo, se discuten los resultados de la exploración que se realizó bajo el enfoque cualitativo, para complementar el panorama de la competencia para trabajar en centros ambulatorios.

Para iniciar las consideraciones sobre la exploración cualitativa realizada revisaremos algunos aspectos sobre credibilidad, auditabilidad y transferibilidad, criterios que según los autores Guba y Lincoln, citados por Castillo y Vásquez (23), se utilizan comúnmente para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo.

La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de sus observaciones, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. En este estudio se pretendió esta validación mediante la repetida interacción con distintos grupos de informantes, que compartían semejanzas en cuanto a profesión y situación laboral (médicos recién graduados trabajando como rurales). El estudio permitió constatar que bajo un clima sin tensiones, los distintos grupos de médicos emitían versiones de sus realidades muy semejantes cuando contestaban espontáneamente a las preguntas abiertas. Transcripciones textuales de las respuestas de los médicos se facilitaron a un médico que se encontraba ejerciendo funciones de rural para la triangulación sobre las categorías emergentes.

El segundo elemento del rigor metodológico es la auditabilidad. Guba y Lincoln se refieren a este criterio como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Por ello se dejó constancia del enfoque de la investigadora, se describieron los contextos locales y características durante el momento de la interacción, se llevaron notas de campo por parte de la investigadora, (usadas durante el proceso de análisis e interpretación), y se incluye en el informe final de la tesis la transcripción de las respuestas al

cuestionario, los códigos elaborados y los mapas de relaciones establecidos por la investigadora con la ayuda del programa Atlas/ti versión 4.2 (24).

La transferibilidad o aplicabilidad es el tercer criterio que se debe tener en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Guba y Lincoln indican que la aplicabilidad trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados a otro contexto. En la investigación cualitativa, la audiencia o el lector del informe son los que determinan si se pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos, y se espera que la descripción del contexto laboral de los médicos recién graduados venezolanos que aporta esta investigación, les permita a otros investigadores evaluar la transferibilidad o no de las inferencias realizadas en la presente investigación.

El análisis del cuestionario de preguntas abiertas, se realizó usando solo cinco categorías emergentes (Ver Cuadro 6), quedando para análisis posteriores la ampliación en otros temas que pudieran emerger por una lectura por personas distintas a los referidos en este trabajo y de mayor profundidad de los textos recolectados, razón por la que se incluyen las transcripciones entre los anexos de la tesis doctoral, disponible en los archivos de la Comisión de Estudios de Posgrado de la Universidad Central de Venezuela.

Del análisis a las respuestas al cuestionario abierto, puede interpretarse que los médicos manifiestan un discurso ambivalente, en donde sentimientos de orgullo por su trabajo, de optimismo, de solidaridad con las personas atendidas, se mezclan con otros de desánimo por las condiciones laborales o ambientales, o de incertidumbre y hasta enojo.

En el estudio, se dedujo la manifestación de una matriz de opinión adversa hacia la atención médica primaria, considerando a la misma como una obligación, “un paso previo a”, y un espacio no estimulante del desarrollo profesional. Esta opinión ha sido acompañada de la queja sobre las malas condiciones laborales, atinentes a los escasos recursos disponibles, el maltrato o la desidia de los supervisores inmediatos, y el poco incentivo económico. En el Cuadro 6 puede apreciarse un resumen de las categorías de primer orden y las emergentes, con el porcentaje de citación o frecuencia de presentación de las mismas, así como ejemplos de las frases que dichas categorías agruparon. Los números corresponden

COMPETENCIA MÉDICA

Cuadro 6

Categorías y códigos emergentes y ejemplos de frases prototipo. Encuestas preguntas abiertas. Médicos Artículo 8. Mayo a noviembre 2005

Categoría	Código Emergente	%	Ejemplos
Opinión sobre el significado de la experiencia laboral	Adquirir seguridad y experiencia	9,62	“Es el período durante el cual se adquiere la experiencia inicial como profesional”(0041)
	Conocer mejor la realidad	3,97	“El año rural para el médico recién egresado constituye el primer choque del médico con la calidad de salud de una comunidad”(0516-0517)
Sentimientos generados	Calificación positiva	7,05	“Ha sido una experiencia maravillosa ”(0002)” “excelente”(0370) “alegre y agradecido”(1469)
	Calificación negativa	6,15	“Deprimente”(0427) “pésima”(1260) “extenuante”(0411) “de abandono”(0210)
Qué mejoraría de su trabajo	Mayores insumos.	6,41	“Le agregaría mayores recursos económicos”(0456)
	Mejoras en la infraestructura Mejoras en el sueldo	4,10	“deberían dotar mejor a los ambulatorios”(0042) “Le eliminaría el sueldo deprimente”(0730)
Dónde se visualiza en cinco años	Especialista haciendo posgrado hospitalario	11,79	Me veo en un servicio de pediatría”(0019) “en un hospital con un buen posgrado”(0131)
	Interés en atención primaria/comunidad	1,67	“Desarrollando una actividad médica relacionada con la salud pública”(0866)
Expresiones usuales en el contexto médico	Prevenir y promover	12,56	“Prevenir y promover ,porque es más fácil y más barato para el estado y las personas”(2021-2022)
	Diagnosticar y tratar	10,13	“El rol más necesario es el de dx. y tto. y siempre será a todo nivel”(2038) “elaborar planes diagnósticos y terapéuticos”(1286)

al número que le fijó el programa Atlas/ti, al citar al informante. Textos completos de las respuestas de los participantes en el estudio se encuentran en la versión completa de la tesis doctoral, disponible en la Comisión de Posgrado de la Facultad de Medicina, de la Universidad Central de Venezuela.

Cuando se consideran en conjunto los resultados de las investigaciones cuantitativa y cualitativa, puede comprenderse mejor las opiniones de los médicos recién graduados respecto a su experiencia laboral reciente. En el grupo estudiado, por ejemplo, se realzan las coincidencias entre los grados de identificación en el dominio cinco (promoción de la salud y prevención de enfermedades 85,17 %) y una alta incidencia del código emergente prevenir y promover (12,56 %). Es decir, que estos médicos expresan la relevancia de este tópico en la profesión.

Sin embargo, las contradicciones en su discurso (por ejemplo: visualizarse como especialista hospitalario, o decir que en el ambulatorio no hay tiempo para hacer prevención), pueden ser el resultado de haber vivenciado durante toda su carrera el doble discurso presente en todas las áreas de la salud que menciona Feo: “dicen priorizar la prevención, sin embargo, se concentra la enseñanza en los hospitales, sin mayor vinculación con las comunidades, y poca relación con la red ambulatoria”(12, Pág.45).

También corrobora lo que manifiesta López (15) cuando menciona que la sociedad en general se identifica más con la concepción curativa del médico, y siente que mientras más especializado, “mejor es”. Así puede comprenderse que este modelaje tan generalizado genere en los médicos participantes en el estudio, las respuestas sobre “dónde se visualizan

en cinco años”, y contesten de manera contundente que se ven a sí mismos trabajando a nivel hospitalario.

Notables resultan las respuestas de los médicos sobre sentirse solos, desear más cursos, prepararse mejor o ser asesorados por especialistas, y más cuando se consideran los resultados de la exploración cuantitativa, que denotaron baja identificación con los ítems de los dominios clínicos. Entonces puede pensarse que estas expresiones denotan no solo desarraigo familiar o miedos infundados por su inexperiencia, sino que además no identifican en sí mismos dominio de los aspectos clínicos de la medicina explorados, y por ello expresan que necesitan ser “acompañados”.

También puede inferirse la necesidad de que a nivel gubernamental, se diseñe un programa para los médicos recién graduados para “acompañarlos en este momento profesional”. Recordemos que hoy por hoy, a estos médicos el organismo empleador les contrata y les entrega al iniciar el año rural un registro provisional, considerándolos como médicos “en formación”, mas sin embargo, la misma no ocurre sistemáticamente, tal como fue expresado por los participantes en estudio.

CONCLUSIONES

La exploración realizada de la competencia en médicos bajo un enfoque multimetódico, permitió considerar que de acuerdo a la percepción de los recién graduados, el desarrollo de habilidades, conocimientos y actitudes para el ejercicio en centros ambulatorios se encuentra por debajo del 80 % de los aspectos deseables por el M3C, lo cual es comprensible por tratarse de un “médico en formación”, lo que indica que para tener el profesional óptimo para laborar en atención médica primaria, este debería continuar profundizando sus estudios en este espacio laboral. Sin embargo, lo anterior entra en contradicción con lo que resulta de las experiencias en el ambiente laboral en el que transcurre su primer año de trabajo, pues al parecer, durante el año de ejercicio en los ambulatorios rurales lo que se refuerza es el deseo de especializarse y desarrollarse como profesional a nivel hospitalario.

De cara a la realidad nacional, en la cual prevalecen o empeoran condiciones epidemiológicas o de la infraestructura sanitaria, y la migración de profesionales de la medicina del sector público hacia el sector privado y al exterior, no se puede menos que continuar la divulgación de estos resultados, para

incrementar la comprensión sobre cómo preparar médicos que mejoren la atención médica nacional.

Agradecimiento

Este trabajo es un logro del Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación Médica (CIDEM), adscrito a la escuela de Medicina Dr. Luis Razetti, de la Universidad Central de Venezuela, y en especial de su Coordinador Dr. Juan F. Pérez González, quien aportó ideas, y contribuyó en el análisis de los datos presentados en la tesis doctoral sobre la que se basa este escrito.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Documento en línea. Consultado en abril de 2009. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
2. Irigoien M, Vargas F. Competencia Laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el Sector Salud. Montevideo: Ediciones Programa de Desarrollo de RRHH. OPS/OMS y CINTERFOR/OIT, 2002.
3. Harden RM, Crosby JR, Davis MH, Friedman M. From competency to meta-competency: A model for the specification of learning outcomes. *Medical Teacher*. 1999;21(6):546-552.
4. Callahan D, Crosby JR, Davies D, Davis MH, Dollase R, Friedman-Ben-David M, et al. Outcome-based Education: An extended summary of AMEE Medical Education, Guide No.14. Consultado en diciembre de 2009. Disponible en http://www.medev.ac.uk/resources/features/AMEE_summaries/Guide14Summary.pdf
5. Rosselot E. Realidad y proyecciones de la educación en ciencias de la salud en Chile. *Anales de la Universidad de Chile; Sexta Serie, N°16*. Consultado en diciembre de 2005. Disponible en: http://www2.anales.uchile.cl/CDA/an_complex/0,1279,SCID%253D14825%2526ISID%253D536%2526ACT%253D0%2526PRT%253D14750,00.html#
6. Reta RA, López MJ, Montbrun M, Ortiz A, Vargas AL. Competencias médicas y su evaluación al egreso de la carrera de medicina en la Universidad Nacional del Cuyo (Argentina). *Educación Médica*. 2006;9(2):75-83.
7. Palés J. La educación médica basada en las competencias finales del estudiante. *Educación Médica*. 2001;4(1):1-2.
8. Schwarz R, Wojtczak A. Una vía hacia la educación médica orientada a las competencias. *Educación Médica*. 2003;6(Supl):5-10.

COMPETENCIA MÉDICA

9. Galli A, de Gregorio MJ. Competencias adquiridas en la carrera de medicina. Una comparación entre egresados de dos universidades, una pública y una privada. *Educación Médica*. 2006;9(1):21-26.
10. De Espínola HB, Melis I, González M, Bluvstein S. La formación de competencias clínicas en los graduados de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste de Argentina. *Educación Médica*. 2005;8(1):31-37. Consultado en enero 2006. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132005000100008&lng=pt&nrm
11. Pérez-Ojeda J, Noriega T, Orosa J, Puerta M, Goncalvez J, Díaz M. La competencia clínica como eje integrador de los estudios de pre y posgrado en las ciencias de la salud. *Revista de la Facultad de Medicina UCV*. [Online]. Ene. 2003;26(1):17-21. Consultado en mayo 2006. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079804692003000100003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0798-0469
12. Feo O. *Repensando la salud. Propuestas para salir de la crisis*. Valencia: Ediciones Universidad de Carabobo. 2003.
13. Arrechdera H. *SOS Telemedicina para Venezuela*. CAIBCO UCV. Documento en línea. Consultado en Septiembre 2007. Disponible en: <http://caibco.ucv.ve/caibco/CAIBCO/Resumen%20para%20publicar.pdf>
14. González E. Modelo educativo de medicina humanística: una propuesta de Abraham Flexner. *Revista de Pedagogía* 2001; Vol XXII (64): 305-316.
15. López S. Sociedad y formación docente universitaria en la Escuela de Medicina “José M. Vargas” de la Universidad Central de Venezuela. *Arch. Hosp. Vargas* 1996; 38(3/4):113-20.
16. Molina V C. *Estudios de Medicina en Venezuela*. (s/f) Proyecto Alfa Tuning América Latina. Primera Reunión General, Costa Rica 2006. Documento en línea. Disponible en: http://viceacademico.ula.ve/cooperacion/tuning_decanato.pdf. Consultado en Marzo 2006
17. Dent J. *Teaching and learning medicine*. Cap. 1:1-10. En: Dent J, Harden R, editores. *A practical guide for medical teachers*. Londres: Harcourt Publishers; 2001.
18. Kaufman D, Mann K, P Jennett P. *Teaching and learning in medical education: How theory can inform practice*. Edinburg: ASME. 2000.
19. Torre-Cisneros J, Camacho A, López-Miranda J, Sánchez P, Pérez F. El proceso docente de adquisición de habilidades clínicas en la Universidad de Córdoba: una autoevaluación de los alumnos. *Educación Médica*. 2003;6(2):117-122.
20. *Provea Informe anual 2009*. Consultado en enero 2010. Disponible en: <http://www.derechos.org.ve/proveaweb/wp-content/uploads/7-salud.pdf>
21. Irigoien M. (1998). En torno al concepto de competencias. Pág.: 43-47. En: Ministerio de Salud. (1998) *Gestión de la capacitación en las organizaciones*. Conceptos básicos. Consultado en junio 2005. Disponible en línea en: <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/capacitacion.pdf>.
22. Prat Corominas J, Bosch AO. *Nuevas orientaciones en los programas universitarios de preparación de Profesionales médicos*. Monografías Humanitas 7: *La profesión médica: los retos del milenio*. Pág. 85-98. Publicación electrónica. Consultada en noviembre 2005. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono7/Articulos/articulo7.pdf>
23. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med* 2003; 34: 164-167. Consultado en marzo 2005. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No3/cm34n3a10.htm>