

# Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria.

## Una mirada desde tutores y residentes.

Professional Competencies in family and community medicine:  
An overview from tutors and residents.

Eulalia Ros Martrat

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport. Blanquerna. Universitat Ramon Llull, Barcelona.

**El estudio tenía como objetivo analizar y contrastar las percepciones de tutores y de sus respectivos residentes en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria sobre las competencias profesionales adquiridas al finalizar la formación de postgrado. Para ello se combinó información cuantitativa y cualitativa. Primero se utilizó un cuestionario para recoger una primera opinión de dos poblaciones: los residentes (R3) de Cataluña de esta especialidad (N=240) y sus respectivos tutores (N=240). Después se organizaron grupos de discusión para analizar y clarificar los datos obtenidos en el cuestionario. Este proceso se realizó en paralelo con ambos colectivos. Los resultados mostraron que estadísticamente la percepción de los tutores sobre el grado de capacitación obtenido al finalizar el periodo de residencia es o muy similar o superior a la de los propios residentes y en general bastante positiva. Las áreas más valoradas son las habilidades clínicas básicas, habilidades de manejo, comunicación y preventiva; las menos valoradas, docencia, investigación y comunitaria quedando las otras áreas (técnicas instrumentales, aspectos organizativos y familia) en una posición intermedia. Sin embargo, los datos narrativos ofrecen una visión más compleja de la realidad. Los resultados apuntan que la formación del especialista sigue poniendo más énfasis en la atención al individuo que en áreas vinculadas a un enfoque integral de la salud.**

*Palabras clave: Competencias profesionales. Aprendizaje. Formación Médica de postgrado. Medicina de familia.*

**This study analyses and contrasts the perceptions of tutors and their respective residents in the Family and Community Medicine speciality regarding the professional competencies acquired by the end of their postgraduate training. The study combined quantitative and qualitative data. Firstly, a questionnaire was used to collect a first opinion from two populations: residents (R3) in this speciality in Catalan hospitals (N=240) and their tutors (N=240). Discussion groups were then organised in order to analyse and clarify the data obtained through the questionnaire. This process was developed in parallel with both groups. Results showed that, statistically, tutors' perceptions of the degree of expertise obtained by the end of the residency period are either very similar to or higher than those of the residents themselves and, in general, quite positive. The most valued areas are basic clinical skills, handling skills, communication and prevention; the least valued ones are teaching, research and community, with the other areas (instrumental techniques, organisational aspects and family) in an intermediate position. However, the narrative data reflected a more complex situation, suggesting that specialist training still focuses more on attention to the individual than on areas linked to an integrated approach to health.**

*Key words: Professional competence. Learning. Internship and Residency. Primary care.*

---

*Correspondencia:*

Dra. Eulalia Ros Martrat  
C. Cister 34, 08022 Barcelona.  
Tel. 93 253 30 00 Fax. 93 253 30 31  
E-mail: eulaliarm@blanquerna.url.es

## INTRODUCCIÓN

La profesión médica es una de las pocas que contempla claramente la exigencia de una formación amplia y sistematizada que se lleva a cabo en el propio contexto laboral una vez finalizado el período universitario. Este proceso formativo se centra en el desarrollo de habilidades procedimentales y terapéuticas y en la adquisición de la competencia a través de la experiencia práctica<sup>1</sup>. Así pues en este período, en el que se ejerce "bajo vigilancia" adquiere consistencia la competencia facultativa. Capacidad que se debe seguir desarrollando y actualizando permanentemente y en la cual, la práctica reflexiva es un elemento clave del proceso<sup>2</sup>. Desde esta perspectiva, se concreta este estudio que tiene como eje principal las percepciones sobre la adquisición de las competencias profesionales en esta formación especializada.

Hablar hoy en día de competencia o competencias no es ninguna novedad. La definición del concepto y sus características, las tipologías existentes, la formación, evaluación y gestión por competencias, etc. son cuestiones que han ido despertando interés y adquiriendo presencia de formas diversas en entornos profesionales, académicos y laborales por el hecho de ser un concepto asociado a los nuevos modelos educativos y de organización del trabajo. Prueba de ello es la extensa bibliografía aparecida sobre competencias en la última década.

El estudio se ha basado en un análisis teórico previo de la competencia que por la cantidad de matices, enfoques, interpretaciones... resulta de enorme complejidad<sup>3</sup>. Sin embargo, por no ser el objetivo principal del artículo, se presentan únicamente algunas premisas de las que se ha partido en este trabajo.

En la competencia se destaca la relación entre dos elementos claves: la persona y sus atributos, de un lado y, la situación o contexto profesional en la que se desarrolla<sup>4,5,6,7,8</sup>. En efecto, la competencia es de la persona no sólo por como es, sino por como actúa y se comporta en situaciones profesionales o laborales determinadas, siendo pues el contexto laboral uno de los más adecuados para la formación de competencias y la experiencia un elemento clave para su desarrollo<sup>9</sup>. En este sentido, es importante tomar en consideración que, si bien la competencia se demuestra en el comportamiento profesional, en ocasiones hay elementos personales o de contexto que pueden dificultar esta actuación. En otras palabras, además de saber actuar, es necesario un querer actuar que depende fundamentalmente de la

motivación y un poder actuar condicionado por el contexto organizativo<sup>10</sup>.

Para la evaluación de competencias, se proponen una amplia gama de procesos, técnicas e instrumentos, algunos más complejos y sofisticados que otros. Entre los primeros, más innovadores, destacan especialmente aquellas pruebas en las que se pretende valorar de forma rigurosa, válida y fiable, la ejecución o comportamiento de un profesional a partir de simulaciones que recrean situaciones profesionales reales. La llamada prueba ECOE (Evaluación de la Competencia Objetiva y Estructurada) como sistema de evaluación de la competencia médica, se centra especialmente en este tipo de ejercicios<sup>11,12</sup>.

En otra línea, para la evaluación de competencias, también se pueden utilizar escalas o cuestionarios de opinión. Estas tienen sentido si el evaluador ha observado o posee evidencias de la actuación del profesional evaluado en situaciones reales y especialmente si se plantea con carácter formativo. En este caso, y entendiendo que las percepciones son subjetivas y sujetas a múltiples condicionantes, uno de los procedimientos más habituales en este tipo de evaluación es el contraste de informantes. Sería lo que en el mundo empresarial se conoce por Evaluación 360°.

La presente investigación se planteó desde esta última perspectiva, teniendo como punto de partida un cuestionario para obtener información de las percepciones de competencia de los residentes (autopercepción) y las percepciones de sus tutores. La novedad reside en la introducción de un proceso de autoevaluación que, aun siendo una práctica mucho menos extendida, tiene interés con adultos al estar directamente relacionada con el aprendizaje autónomo. Tomar conciencia de los éxitos, resolver los propios errores... permite avanzar del control externo al control interno sobre el propio aprendizaje y convertirse en un aprendiz independiente<sup>13</sup>.

De esta forma, con las aportaciones de tutores y residentes, subjetivas pero complementarias se consigue una visión más completa de la realidad. Enfoque que será especialmente relevante cuando haya coincidencias entre unos y otros, porque pasará de ser una percepción claramente subjetiva, a una percepción más objetiva por intersubjetividad<sup>14</sup>.

Partiendo pues de estas premisas se plantearon como objetivos principales del estudio: a) Analizar y contrastar las percepciones de tutores y residentes sobre el grado de capacitación adquirido en las diferentes competencias profesionales (en el que se cen-

tra el artículo) y b) Analizar y contrastar las percepciones sobre los elementos del contexto formativo que contribuyen o dificultan este aprendizaje.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para responder a los objetivos propuestos se diseñó un estudio descriptivo que estaba basado en la estrategia metodológica de la triangulación. Se pretendía contrastar información cualitativa y cuantitativa proporcionada por las dos poblaciones más directamente relacionadas con este proceso de aprendizaje (tutores y residentes) a partir de: un cuestionario anónimo administrado a su vez en dos versiones, según fuera dirigido a residentes de tercer año o tutores, y de grupos focales, con voluntarios de ambos colectivos, para analizar e interpretar los datos obtenidos estadísticamente.

El cuestionario incluía dos partes claramente diferenciadas. La primera era una escala compuesta por 42 competencias profesionales distribuidas en 10 áreas diferentes, a saber: habilidades clínicas básicas, técnicas instrumentales, habilidades de manejo, comunicación, atención a la familia, actividad preventiva, atención a la comunidad, aspectos organizativos, docencia e investigación. La finalidad era recoger las percepciones de tutores (evaluación) y residentes (autoevaluación) sobre el grado de capacitación adquirido por éstos últimos al finalizar el periodo de residencia. Las opciones de respuesta propuestas eran: 1=nada; 2= poco capacitado; 3=suficiente; 4= bastante capacitado; 5=mucho. La segunda parte constaba de otras preguntas abiertas sobre el modelo formativo y su contribución a la adquisición de competencias. Las competencias presentadas parten del perfil que inspira el programa de formación de la especialidad.

Antes de considerar el cuestionario como definitivo, fue sometido a diversos procesos de validación: una cualitativa con jueces (10 jueces) y posteriormente un ensayo piloto en el año 1999 con muestras de las dos poblaciones de referencia. La recogida de datos definitiva se hizo entre febrero y junio con la promoción que finalizaba el año 2000. El cuestionario fue enviado a toda la promoción de R3 (N=240) de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de Cataluña y a sus respectivos tutores que también suman la misma cantidad (N=240).

Los grupos focales (dos con residentes y uno con tutores), organizados con personas que en el cuestionario habían expresado su interés en participar, se convocaron una vez finalizado el tratamiento

estadístico de los datos obtenidos en el cuestionario dado que éstos eran el objeto de análisis y discusión.

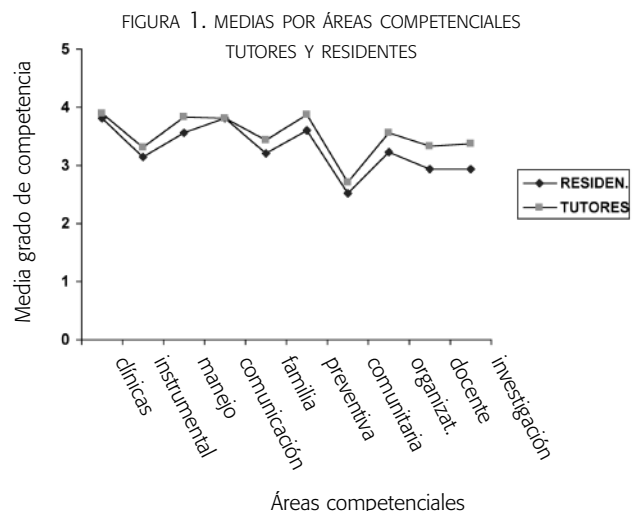
Para el análisis de la información del cuestionario se hizo uso de la estadística descriptiva e inferencial. Se creó una variable cuantitativa para medir la capacitación media en cada área competencial a partir de las variables cuantitativas ordenadas de los diferentes ítems que componen el área competencial que se describe con los parámetros estadísticos pertinentes (análisis Kolmogorov-Smirnov). También se aplicó la T de Student para comparar medias con grupos independientes una vez comprobada la homogeneidad de varianzas con el test de Levene.

Los principales resultados estadísticos obtenidos con ambos colectivos, se complementan con pequeñas descripciones narrativas de la información recogida en los grupos de discusión.

## RESULTADOS

La tasa de respuestas fue muy similar en ambos colectivos 47% (n=111) residentes y 46% (n=109) tutores. Entre la muestra de tutores el 63% son hombres, porcentaje que se invierte entre los residentes ya que un 66% de los cuestionarios son respondidos por mujeres. El 89% de los residentes provienen de universidades catalanes, principalmente de la UB y la UAB.

Con respecto al grado de capacitación percibido en las distintas áreas competenciales la comparación de medias muestra que los tutores evalúan de forma similar o ligeramente superior a sus residentes que la autoevaluación de ellos mismos, como se observa en la Figura 1, confirmándose diferencias significativas en las áreas de manejo (P=0,001),



actividad preventiva ( $P=0,007$ ), aspectos organizativos ( $P=0,001$ ), docencia ( $P=0,003$ ) e investigación ( $P=,000$ ). Como áreas más valoradas destacan las habilidades clínicas básicas, manejo, comunicación y preventiva. Las áreas con menor puntuación son atención a la comunidad (inferior al 3 o suficiente en los dos casos), docencia e investigación. El resto mantiene una posición intermedia.

Aunque estos datos ya muestran las tendencias generales, en los grupos focales se matizaron e interpretaron dibujando una situación más compleja que la presentada hasta el momento. Llama la atención que fueran precisamente los tutores los más sorprendidos con algunos de los datos presentados, se entiende, referentes a su colectivo, que ellos mismos interpretan de poco realistas.

La información recogida globalmente muestra que en habilidades *clínicas* y de *manejo*, con medias entre 3,57 y 3,89 son áreas muy bien valoradas y con poca variabilidad en ambos colectivos. Tutores y residentes coinciden en señalar que son un componente básico de la práctica médica. En *comunicación*, los resultados estadísticos son también muy positivos (una media de 3,8 en ambos colectivos) no obstante, en el análisis minucioso de alguna de competencia concreta como "Facilitar herramientas para la modificación de conducta" ambos colectivos reconocen tener dificultades por disponer de poco tiempo en la consulta y por la dificultad de generar cambios con sólo ofrecer consejos, que es la práctica más habitual. Por otra parte, tutores y residentes manifiestan percepciones diferentes sobre la competencia y disposición a "negociar" con el paciente. Al margen de si están preparados o no, tampoco coinciden en la manera de entender esta negociación e incluso algunos tutores ponen en duda la necesidad de negociar.

La actividad *preventiva* esté entre las áreas mejor valoradas en el cuestionario con una media de 3,5 en residentes y de 3,8 en tutores; sin embargo, desde una visión cualitativa, esta valoración no parece tan evidente ya que al margen de las actividades realizadas desde el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), reconocen que a nivel individual se actúa muy poco en prevención y promoción de la salud, porque la presión asistencial lo impide. En el área de *aspectos organizativos* con medias inferiores a las anteriores (3,23 en residentes y 3,57 en tutores), si bien coinciden en que la competencia para la que están más preparados es "Trabajar en equipos interdisciplinarios" y en las reuniones se valore como compe-

tencia fundamental en una Atención Primaria reformada, también en este caso, especialmente los residentes, manifiestan que no es un aprendizaje fácil especialmente si en el contexto organizativo este tipo de trabajo no es una práctica habitual. Contrariamente, los tutores consideran que se puede aprender a trabajar en equipo al margen de cómo funcione la organización.

La atención a la *familia*, aun no siendo de las mejor valoradas (medias de 3,2 y de 3,4), es una de las áreas en que los tutores opinan que los datos estadísticos obtenidos son demasiado optimistas. Puntualizan que no sólo no se practica sino que ni siquiera se tiene conciencia de ello. Ambos colectivos señalan que en atención familiar el médico toma una actitud más pasiva que activa, en el sentido que la información que se obtiene del entorno del enfermo se facilita sin que el profesional la pida y al mismo tiempo se hace poco uso de los recursos familiares. En el aprendizaje de *técnicas instrumentales*, con medias que oscilan entre un 3,14 de los residentes y un 3,38 de los tutores, se observa poca homogeneidad en las respuestas debido a que ambos colectivos coinciden en que de las cuatro técnicas seleccionadas, los residentes están mejor preparados para practicar una otoscopia y un peak-flow que un fondo de ojo o una infiltración articular. En las reuniones, todos están de acuerdo en que el dominio de técnicas depende de la práctica, el conocimiento que tengan los tutores de las mismas y el aprendizaje realizado en las rotaciones correspondientes.

En cuanto a la atención *comunitaria* que es el área peor valorada tanto por tutores como por residentes (las dos medias por debajo de 3) los comentarios realizados en las reuniones corroboran la estadística. Unos y otros se muestran desilusionados. A grandes rasgos consideran que hay poca intervención, poco planificada y con grandes dosis de voluntarismo. En *docencia*, con una media inferior a 3 (2,94) en residentes y de 3,33 en tutores, con más variabilidad entre los primeros, ambos están de acuerdo en interpretar que significa "hacer de tutores" pero difieren en las percepciones sobre el aprendizaje de este rol. Partiendo de sus propias experiencias con R1 o estudiantes de pregrado, los residentes consideran que es una actividad motivadora pero difícil. Curiosamente, los tutores expresan que es una competencia fácil de adquirir cuando, por el contrario, en el cuestionario muchos de ellos manifiestan la necesidad de formación para desarrollar la tarea docente. Por último, el área *investigación*, con unas puntuaciones medias de

2,93 en residentes y de 3,38 en tutores, ha sido una de las peores valoradas (el 50% de los residentes se puntúan por debajo del 3 y un 25% de los tutores también los consideran no aptos), y no despierta el mismo interés ni preocupación en ambos colectivos. Según los tutores, las debilidades en investigación están directamente relacionadas con la falta de tiempo durante la residencia para consolidar estas competencias; consideran que tienen un papel secundario para el profesional e incluso se preguntan si no deberían ser desestimadas si dedicarles tiempo va en detrimento de la formación clínica. Por su parte los residentes, que no cuestionan la importancia de esta área reconocen en su análisis, tener dificultades con alguna competencia básica como "Leer críticamente artículos publicados".

La percepción global de competencia que de forma cualitativa se pedía al final de la escala es, en ambos casos, superior a la que se obtiene de la media entre lo que se ha respondido en cada área competencial, pero se hacen distintas lecturas. Los residentes interpretan que en una valoración cualitativa la tendencia es tener en cuenta la preparación en aquellas áreas fundamentales para ejercer; los tutores, por su parte, refieren que también se tienen en cuenta otros elementos que no aparecen en el cuestionario al igual que reconocen cierta tendencia a la alza en sus prácticas de evaluación de los residentes. En cualquier caso, sorprende que sólo un mínimo de residentes (6%) se haya atribuido una valoración global de excelente a diferencia del 28% de los tutores que han otorgado esta cualificación.

## DISCUSIÓN

En primer lugar, los resultados obtenidos globalmente en las áreas de *habilidades clínicas básicas*, *manejo y comunicación* están en consonancia con los resultados obtenidos en otros estudios en los que también se detecta que son las competencias más desarrolladas del programa<sup>15,16</sup>. Factores que apuntan a poder inferir que, uno de los puntos fuertes de la formación MIR es precisamente la preparación para la actividad clínica y la atención al individuo en donde estas competencias son imprescindibles. De todas ellas, el interés que ha suscitado la comunicación es un indicador claro de que se trata de una área que se atiende y se valora especialmente en la medicina de familia. Sin embargo, y a pesar de los logros conseguidos, otras valoraciones realizadas sobre algunas competencias comunicativas concre-

tas, ponen de manifiesto la necesidad de seguir trabajando sobre todo a nivel actitudinal. Del mismo modo, y entendiendo que estas competencias son transversales para cualquier profesional de la medicina, la autora apuesta por una decidida integración de estos contenidos ya en el pregrado, igual que se ofrece en otras titulaciones sanitarias.

A pesar de los óptimos resultados estadísticos, especialmente de los tutores, que sugieren una buena preparación en actividad *preventiva*, no pueden desestimarse las apreciaciones cualitativas sobre la dificultad de implantar las actividades mencionadas en la práctica diaria. Éstas también quedan recogidas por otros autores que añaden al problema del tiempo, la falta de infraestructura, de recursos y de formación y una verdadera concienciación de la importancia de la prevención<sup>17</sup>. De las dos interpretaciones realizadas sobre el aprendizaje de habilidades y actitudes necesarias para trabajar en equipo, competencia del área de *aspectos organizativos*, la autora suscribe la perspectiva de los residentes por ser un ejemplo claro de modelado y socialización profesional. La experiencia del trabajo en equipo -lo que se ve, se escucha y se vive en el contexto- impregna más de valores, actitudes y habilidades sobre esta forma de trabajar que cualquier otra actividad formativa con la misma finalidad<sup>18</sup>.

De acuerdo con el escepticismo manifestado entre los tutores respecto al abordaje *familiar*, se toma en consideración que las repetidas críticas a la presión asistencial y a la falta de tiempo unidas a una deficitaria atención domiciliaria y a una complejidad creciente del sistema familiar dificultan el desarrollo de estas competencias. Los resultados obtenidos en técnicas *instrumentales*, en donde se manifiesta que algunas técnicas están poco consolidadas, pueden tener relación con los conflictos existentes sobre las competencias técnicas que debe conocer y practicar el médico de familia y aquellas que son exclusivas de cada especialista. En la medida en que estas situaciones se clarifiquen, las rotaciones hospitalarias podrán adaptarse mejor a los objetivos marcados por la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, un aspecto de la cuestión sobre el que se han manifestado muchas quejas.

Los resultados obtenidos por ambos colectivos en *comunitaria* dan a entender que ésta no es una actividad prioritaria dentro de la atención primaria, siendo los mismos tutores los primeros que reconocen su poca preparación para abordarla. Todo indica que el esfuerzo realizado no ha sido suficiente y que sigue siendo un área por desarrollar. En los gru-

pos focales, se hace referencia al R grande(R3) y al R pequeño (R1) al hablar de *docencia*, adoptando una terminología similar a la escolar, que tiene de positivo que los sitúa claramente como aprendices pero que puede invitar a reproducir esquemas escolares poco adecuados para esta situación formativa. Acerca del aprendizaje de estas competencias, llama la atención que los tutores comenten superficialmente que son fáciles de adquirir aun siendo conscientes de sus dificultades para desarrollar el rol docente, como se evidencia en otros puntos del trabajo. Esta actitud cuestiona la importancia que otorgan a este rol, defendido por muchos autores, si se toma en consideración que el médico, más allá de atender a residentes, participa en múltiples situaciones de enseñanza-aprendizaje con colegas, otros profesionales, pacientes y familiares, de forma más o menos formal y sistematizada<sup>19, 20, 21, 22, 23, 24</sup>. Por último, los resultados obtenidos en la el área de *investigación*, poco valorada y con deficiencias, muestran de nuevo que en Atención Primaria sigue existiendo cierta tendencia a relegarla a un segundo plano, postergación que dificulta el cambio de concepción de este profesional<sup>25</sup>.

## CINCO CONCLUSIONES PARA SEGUIR TRABAJANDO

Globalmente las percepciones de capacitación sobre competencias profesionales al finalizar la especialidad, salvo excepciones, son más que aceptables (entre un 3 y un 4) comprensible, por otra parte, de acuerdo con la concepción de la competencia defendida en este trabajo ya que al finalizar la residencia se está hablando de un profesional novel que con el tiempo irá adquiriendo pericia.

Que la valoración de los tutores sea siempre superior a la autoevaluación de los residentes sugiere distintas lecturas. Puede tener relación con el hecho que el tutor al evaluar al residente, indirectamente también se autoevalúa; del mismo modo, la percepción del residente puede estar condicionada por la inseguridad propia de un profesional novel. También por prudencia y madurez al haber tomado conciencia, después de estos años de práctica tutorizada, de la responsabilidad que debe asumir y de lo que le queda por aprender.

Algunas de las competencias comentadas claramente relacionadas con la reforma de AP y el cambio de paradigma asistencial (actividad preventiva, atención a la familia, trabajo en equipo, negociación con el paciente...), no parecen estar tan consolidadas como

presentan los datos estadísticos. No es de extrañar teniendo en cuenta que los cambios culturales son lentos y más cuando hay hábitos profesionales muy arraigados. Es posible pues que algunos cambios estén más en las intenciones que en las prácticas.

Las competencias se consolidan realmente cuando se ponen en práctica. El contexto tiene un papel fundamental porque es el que nos hace o no competentes. Así, aquellas competencias que por motivos diversos (presión asistencial, falta de preparación de los tutores...) hay poca experiencia, el aprendizaje es mucho menor a pesar de que se disponga de conocimientos teóricos.

El eje de la formación sigue siendo la asistencia individual. Las competencias implicadas en lo que tradicionalmente se ha entendido por "hacer de médico" donde el profesional invierte gran parte de su actividad diaria, son aquellas en las que se observa una formación es más sólida. Las áreas vinculadas a una visión integral de la salud (familia, comunitaria, preventiva...) están menos consolidadas y relegadas a un segundo término. Paradójicamente, esta situación va en detrimento de aquello que debería ser su objetivo prioritario: consolidar y destacar el carácter diferente y peculiar de la medicina de familia.

## AGRADECIMIENTOS

A los tutores y residentes que participaron en esta investigación, al equipo de coordinación de las Unidades Docentes de MFiC de Cataluña y al Institut d'Estudis de la Salut (IES).

## BIBLIOGRAFIA

1. Roche AM, Sanson-Fisher R, Cockburn, J. Training experiences immediately after medical school. *Medical Education* 1997; 31: 9-16.
2. Schön DA. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Madrid: Paidós; 1992.
3. Ros E. L'adquisició de les competencies professionals en l'especialitat de medicina de familia i comunitària. Una aportació des de la formació. Barcelona: IES; 2004.
4. Bellier S. "Compétence comportementale": Appellation non contrôlée. En Bellier S, ed. *Compétences en action* Paris: LIAISONS; 2000. p.125-135.
5. Hager P, Gonczy A. What is competence?. *Medical Teacher* 1996; 18: 15-18.
6. Jiménez A. Creando valor... a través de las personas. Madrid: Diaz de Santos; 2000.
7. Mirabile R.J. Everything you wanted to know about compe-

- tency modeling. En C. Nilson C, ed. Training and development yearbook. New Jersey: Prentice Hall; 1998. p. 5.5-5.10.
8. Marbach V. Évaluer et rémunérer les compétences. Paris: Éditions d'Organisation; 1999.
  9. Lévy-Leboyer C. Gestión de las competencias. Barcelona: Gestión 2000; 1997.
  10. Le Boterf G. Ingeniería de las competencias. Barcelona: Gestión 2000; 2001.
  11. Blay C. (1998). Evaluación clínica objetiva y estructurada: ECOE. Educación Médica 1998; 1 (1): 13-16.
  12. Ruiz E et al. Primeras experiencias en evaluación de la competencia clínica de los médicos de familia de Catalunya. Atención Primaria 2001; 28 (2), 105-109.
  13. Rossell M. L'autoavaluació, una eina per fomentar l'autonomia dels alumnes. Perspectiva escolar 1999; 228: 65-72.
  14. Ramirez del Río A. Valoración de la formación. Cómo rentabilizar los costes de formación. Madrid: Griker & Asociados; 1997.
  15. Gayoso P, Viana C, García J, Tojal F. Los tutores de medicina de familia: actitudes y actividades de tutorización. Atención Primaria 1995; 15 (8): 481-486. Atención Primaria 1998; 21 (3): 145-153.
  16. Pelayo M, Gutierrez L, Albert X. Influencia del perfil profesional de tutores de medicina familiar y comunitaria en la formación de residentes. Atención Primaria 1998; 21 (3): 145-153.
  17. Martín Zurro A, Gené J, Subías P. Actividades preventivas y de promoción de la salud. En Martín Zurro A, Cano JF, eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999. p. 421-437
  18. Alonso MA. La formación en prácticas: fracaso en términos de socialización laboral. En Marhuenda F, Cros MJ, Jiménez E, eds. Aprender de las prácticas: Didáctica de la Formación en los centros de trabajo. Valencia: Universitat de Valencia; 2001. p. 243-277.
  19. Cleries X, Kronfly, E. El aprendizaje de habilidades de comunicación por parte de profesionales sanitarios: reflexiones a partir de diversas experiencias. Educación Médica 2000, 3 (1): 9-18.
  20. Evans B.J, Coman GJ, Goss B. Consulting skills training and medical students' interviewing efficiency. Medical Education 1996; 30: 121-128.
  21. Johnson SM, Kurtz ME. Appropriate name usage: Didactic and Clinical incongruity. Teaching and learning in medicine 1996; 8 (1): 23-27.
  22. Ruiz R, Rodríguez JJ, Pérula L, Prados JA, grupo COMCORD (2002). Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. Atención Primaria 2002; 29 (3): 132-144.
  23. Sanson-Fisher, R, Cockburn, J. Effective teaching of communication skills for medical practice: selecting an appropriate clinical context. Medical Education 1997; 31: 52-57.
  24. Santos Guerra MA, Fernandez Sierra J, Angulo F, Martín, MV. Informe de la evaluación de la formación de un sector de los médicos internos residentes de medicina familiar i comunitaria del hospital regional Carlos Haya de Málaga. En Santos Guerra MA, Prados D, eds. Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento. Barcelona: semFYC; 1996. p.59-152.
  25. Turabián, JL, Pérez, B. El futuro de la medicina de familia. Atención Primaria 2001; 28 (10): 657-661.