

Evaluación por los tutores de la formación adquirida por los licenciados en medicina en la Universidad de Castilla-La Mancha

M. Teresa Gómez-García, Esteban González-Mirasol, Paloma Lobo-Abascal, Gaspar González-Merlo

Introducción. La comunidad universitaria debe cuestionarse si su producto final, el egresado, posee las competencias necesarias para enfrentarse al mercado laboral cuando abandona las aulas. Nuestro objetivo es analizar las valoraciones de las competencias profesionales de los posgraduados por la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM) realizadas por sus tutores de formación especializada.

Sujetos y métodos. Hemos realizado un estudio observacional transversal de 67 tutores (sobre un total de 89, contestaron 73 y se excluyeron 6), que valoran a sus egresados procedentes de la Facultad de Medicina de la UCLM mediante 'formularios de evaluación', en los cuales se analizan cuatro áreas básicas de la competencia clínica del residente (conocimientos médicos, habilidades de recopilación de datos, juicio clínico profesional y actitudes profesionales). Los resultados se presentan en porcentajes. Para la asociación estadística se han realizado determinaciones no paramétricas.

Resultados. El 53% de los tutores (35/63, 4 respuestas no válidas) consideran que la formación de nuestros egresados es superior a la de otros residentes procedentes de otras universidades. Más del 30% habla de un desempeño excepcional respecto a conocimientos, recogida de datos, diagnóstico y actitudes profesionales. Al analizar al residente como gestor de recursos sanitarios, un 6,3% de ellos administran peor los recursos que sus compañeros de residencia, formados en otras facultades.

Conclusiones. Parece que la formación recibida por nuestros alumnos es adecuada según sus tutores, lo que les capacita para un correcto ejercicio profesional posterior. No obstante, se evidencian deficiencias respecto a la gestión de recursos sociosanitarios, problemática psicosocial y medicina preventiva.

Palabras clave. Competencia clínica. Ejercicio profesional. Residentes. Tutores de los residentes.

Servicio de Obstetricia y Ginecología; Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Departamento de Ciencias Médicas; Facultad de Medicina; Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete, España.

Correspondencia:

Dra. María Teresa Gómez García. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Hermanos Falcó, 37. E-02006 Albacete.

E-mail:

tgomezg67@gmail.com

Agradecimientos:

A M.T. Alfonso Roca, por su desinteresada contribución, por ser nuestra guía permanente y por su apoyo constante. Dar las gracias también a todos los residentes y a sus tutores, que han hecho posible, con su altruista y anónima participación, nuestro trabajo.

Conflicto de intereses:

No declarado.

Conflict of interests:

None declared.

© 2013 FEM

Evaluation by tutors from the training of postgraduates in medicine from the University of Castilla-La Mancha

Introduction. The university community must question whether the end product, the graduate, has the skills necessary to face the labor market when they leave the classroom. Our objective is to examine the assessments of the professional skills of postgraduate students from the University of Castilla-La Mancha (UCLM) made by their specialized training supervisor.

Subjects and methods. We conducted a cross-sectional study of 67 supervisor (a total of 89, 73 and excludes answer 6) of postgraduates of the Faculty of Medicine (UCLM), who helped answering the 'evaluation form', with 32 items about four basic areas of clinical competence (medical knowledge, data-gathering skills, clinical judgment and professional attitudes). The results are shown in percentages. Non-parametric measurements have been made for the statistical association.

Results. 53% of the supervisor (35/63, 4 invalid responses) believe that the education of our graduates is higher than the others graduates coming from other universities. Over 30% talk about an exceptional performance in terms of knowledge, data collection, diagnosis and professional attitudes. Considering the resident as a manager of health resources, about 6.3% are below than the others graduates coming from other universities.

Conclusions. According to their tutors, the training received by our students seems to be appropriated, which enables them to practice a correct professional task. However, deficiencies are evident on the management of healthcare resources, psychosocial problems and preventive medicine.

Key words. Clinical competence. Postgraduates. Professional practice. Supervisor of postgraduates.

Introducción

Clásicamente, y de forma constante, las instituciones educativas de los principales países desarrollados se han planteado el interrogante sobre qué médico se desea formar y qué resultados deben demostrar los estudiantes de medicina al finalizar su etapa de pregrado, todo ello con el intento de definir las competencias profesionales del facultativo y de poder valorarlas con posterioridad. La bibliografía ofrece un amplio abanico de posibilidades para evaluar a los residentes respecto a las competencias generales. Las opciones disponibles incluyen los clásicos exámenes escritos que se han utilizado rutinariamente a lo largo de los tiempos, la observación directa del posgraduado por su tutor [1], las encuestas de satisfacción a los pacientes [2] y, más recientemente, innovaciones tales como los pacientes estandarizados [3], los exámenes clínicos, objetivos y estructurados (ECOE) [4] y los pacientes simulados [5]. Hasta un total de 13 herramientas de evaluación recoge el Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) [6], aunque no recomienda especialmente ninguna de ellas para la valoración de las competencias clínicas.

En España, los tutores de residentes tienen un rol de ayuda, guías y consejeros de los médicos internos residentes (MIR) en su proceso de desarrollo profesional. El 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, define el concepto y las funciones del tutor. Recoge que el tutor es el profesional especialista en servicio activo que tiene la misión de planificar y colaborar activamente en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente a fin de garantizar el cumplimiento del programa formativo de la especialidad de que se trate. El tutor es el primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente, por lo que mantendrá con éste un contacto continuo y estructurado, cualquiera que sea el dispositivo de la unidad docente en el que se desarrolle el proceso formativo. Asimismo, el tutor, con la finalidad de seguir dicho proceso de aprendizaje, mantendrá entrevistas periódicas con otros tutores y profesionales que intervengan en la formación del residente, con los que analizará el proceso continuado de aprendizaje y los correspondientes informes de evaluación formativa, que incluirán los de las rotaciones realizadas. Las principales funciones del tutor son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar todo el proceso de

formación, proponiendo, cuando proceda, medidas de mejora en la impartición del programa y favoreciendo el autoaprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente.

Desde enero de 1995 resulta obligatorio en todos los países de la Unión Europea una formación específica en medicina general de al menos dos años a tiempo completo, una vez alcanzada la licenciatura y antes de poder trabajar como médico; por ello, en nuestro país, es equivalente hablar de posgraduados que ejercen la medicina y MIR. Y eso es así en base a la Directiva 86/457 del Consejo de 15 de septiembre de 1986, de la Comunidad Económica Europea [7]. Una vez consultadas todas las partes interesadas, se acordó por parte de los Ministerios de Sanidad y Educación que la única vía para realizar esta formación en España sería mediante el sistema de MIR y mediante la especialidad ya existente de medicina familiar y comunitaria. De ahí que todos nuestros egresados o posgraduados sean MIR.

El grupo de Gonnella [8], a finales de los años sesenta, puso en marcha la idea de un estudio longitudinal de los posgraduados y estudiantes de medicina, en base a la creencia de que las facultades de medicina deberían estar obligadas a evaluar su programa educativo y a asegurar que la competencia y actividades profesionales de los graduados cumplieran las expectativas de las escuelas médicas. La idea se llevó a cabo en 1970 y, desde entonces, el grupo de Gonnella ha estado sirviendo como el principal guardián del estudio longitudinal de Jefferson [9].

Desde hace más de tres décadas, el Centro de Investigación en Educación Médica y Cuidado de la Salud de la Universidad Thomas Jefferson, de Filadelfia, viene realizando un estudio longitudinal en el que se valoran distintos aspectos de la competencia clínica de los egresados de esta facultad mediante distintos cuestionarios validados [10,11].

Resulta atractiva la hipótesis que mantiene que 'el sistema de aprendizaje usado por los alumnos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM) genera posgraduados con conocimientos médicos, habilidades en la recopilación de datos, juicio clínico profesional y actitudes profesionales adecuados, que se manifiestan en los primeros meses de su ejercicio profesional como MIR'. Para poder definitivamente respaldarla, pretendemos con este estudio examinar las valoraciones realizadas por los tutores de los egresados de la Facultad de Medicina de la UCLM respecto a cuatro áreas básicas de la competencia clínica.

Sujetos y métodos

Muestra

Estudiamos las opiniones de los tutores de los residentes, que proceden de 204 egresados (132 mujeres y 72 varones) de las tres primeras promociones de la Facultad de Medicina de la UCLM (años 2004, 2005 y 2006).

Los posgraduados fueron invitados a participar telefónicamente y con posterioridad se les hizo llegar por correo electrónico el 'formulario de autoevaluación del posgraduado'. Una vez contestado (110 residentes, con 72 mujeres y 38 varones), el cuestionario nos fue reenviado junto con la dirección de correo electrónico de sus tutores (fue adjuntado por un total de 89 egresados, ya que el resto no accedió a colaborar). A la totalidad de ellos se les hizo llegar mediante el mismo sistema el 'formulario de calificaciones de posgrado dirigido al tutor del residente', modificado de la encuesta del posgraduado del Centro de Investigación en Educación Médica y Cuidados de la Salud del Jefferson Medical College [10,11].

Contestaron 73 tutores, de los cuales seis fueron excluidos del estudio, ya que no disponían de información suficiente para valorar a sus residentes, dado que éstos realizaron rotaciones externas durante el primer año, por lo que se dispuso de 67 encuestas de tutores para poder trabajar. Cada tutor contestó un formulario por cada residente que tenía a su cargo procedente de la Facultad de Medicina de la UCLM.

Instrumentos de medida

Nuestra herramienta de trabajo fundamental ha sido 'el formulario de evaluación dirigido al tutor'. El cuestionario se compone de 32 preguntas (Tabla I) y de unas consultas finales. Cada una de las 32 ítems está orientado a evaluar cuatro áreas (conocimientos médicos, habilidades de recopilación de datos, juicio clínico profesional y actitudes profesionales) de la competencia clínica de los posgraduados, en el momento de comenzar su etapa de residencia, dado que pretendemos evaluar el periodo de pregrado (en la tabla I se aclara a qué área se refiere cada pregunta). Cada ítem se contestó sobre una escala tipo Likert de 5 puntos (5: la valoración del residente se considera excepcional; 4: la valoración del residente se considera por encima de la media de sus compañeros de otras facultades; 3: la valoración del residente se considera similar a la media de sus compañeros de otras facultades; 2: la valoración

del residente se considera por debajo de la media de sus compañeros de otras facultades; 1: la valoración del residente se considera insuficiente). Se incluye la opción X (información insuficiente para juzgar) para aquellos casos en los que el director del programa no se consideraba capacitado para enjuiciar algún ítem en particular. Igualmente se preguntaba por la valoración global en estas áreas.

En la parte final del cuestionario se añadieron otras preguntas con diferentes objetivos:

- Evaluar cualidades deseables, atrayentes y envidiables de los residentes ('¿este postgraduado tiene cualidades que le gustaría ver en su propio médico?').
- Valorar las obligaciones del posgraduado como clínico, educador de pacientes y gestor de recursos sanitarios, sobre la misma escala tipo Likert de 5 puntos y con la opción X.
- Examinar el comportamiento empático del residente (entendimiento de la perspectiva y experiencias internas del paciente y una capacidad para comunicar dicho entendimiento) a través de una escala tipo visual analógica de 10 puntos.

Para ganar en validez y minimizar la subjetividad de los tutores, se insistió en tres puntos importantes:

- Valorar al graduado en el momento de comenzar la residencia o durante sus primeros meses para evaluar su formación durante la etapa de pregrado.
- Comparar al residente con todos los médicos internos supervisados a lo largo de los años y no sólo con los de su grupo actual.
- Evitar que las decisiones tomadas puedan estar influidas por el llamado 'efecto halo' (tendencia al juicio específico influido por los valores de la impresión general del individuo).

Para ello se debía realizar la evaluación por medio de una secuencia aleatoria de las preguntas, considerando cada uno de los ítems de manera independiente.

Se trata de una encuesta ambiciosa, que recoge mucha información, casi equivalente a la utilizada en estudios previos para la autoevaluación del residente y que procede del estudio longitudinal de Jefferson [9].

Análisis estadístico

Los resultados de las encuestas se introdujeron en una base de datos diseñada con dicho propósito. De cada variable se introdujo su valor. Para las distintas respuestas de la encuesta se calculó el porcentaje sobre el total de las respuestas válidas. Para determinar la asociación estadística entre las distintas variables se realizaron determinaciones no paramétricas, dado que la mayoría de las variables empleadas

eran ordinales. Para estudiar la realización entre las variables nominales se empleó el test de chi al cuadrado, y la prueba exacta de Fisher cuando era apropiado. Para las variables ordinales se empleó además la prueba *U* de Mann-Whitney-Wilcoxon, con el fin de comparar las variables ordinales con las dicotómicas, y la prueba de Kruskal-Wallis, para comparar las variables cuantitativas con las nominales. Se realizó un análisis de correlación mediante técnicas no paramétricas (coeficiente de correlación de Spearman) entre variables numéricas.

Los cálculos estadísticos se efectuaron mediante el programa SPSS v. 12.0. La significación estadística se estipuló para valores $p < 0,05$.

Resultados

Datos demográficos

Han contestado las encuestas los tutores de 67 residentes (tasa de participación: 75,2%). Nuestros egresados comienzan la especialidad elegida junto a otros compañeros residentes, con un número que oscila entre 0 y 14 (es decir, según el hospital y la especialidad, podemos encontrar especialidades con sólo un residente por año y otras con 15 residentes por año), con una media de $2,52 \pm 2,90$, y una mediana y moda de 2. La procedencia de distintas facultades entre los residentes de primer año oscila entre 1 y 8, con media de $2,51 \pm 1,50$, una mediana de 2 y una moda de 1.

Respecto a las 32 preguntas iniciales

En la tabla I se resume el porcentaje de cada una las respuestas de los tutores sobre la evaluación de los residentes en los 32 ítems de la encuesta. En 20 de las 32 preguntas, más de la mitad de las contestaciones son positivas, con formación superior a la media. En 16 de estas preguntas, el porcentaje de respuestas por encima de la media es superior al 60% (preguntas 2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 21, 22, 23, 25, 26, 27 y 30). En siete preguntas, más de dos tercios de las respuestas refieren que la formación es superior a la media (preguntas 2, 3, 6, 12, 21, 23 y 26).

Pregunta 33

Cuando preguntamos por el desempeño general en las distintas áreas de formación médica (conocimientos, recogida de datos, diagnóstico y actitudes profesionales), más de la mitad de los encuestados consideran que la formación recibida por el resi-

dente formado en Albacete es superior a la media de sus compañeros procedentes de otras facultades, con respuestas que consideran que el desempeño es excepcional en más del 30% de los casos (Tabla II).

Pregunta 34

La consideración que tienen los tutores de los residentes que han estudiado en Albacete, referente a su formación en el área clínica, es buena, con un 68,7% de respuestas que consideran que está por encima de la media, mientras que disminuye algo al preguntar por capacidades como educadores de pacientes y como gestores de recursos sanitarios (Tabla III).

Pregunta 35

Cuando preguntamos que se valore la empatía de los alumnos, las respuestas están entre 4 y 10, con una media de $7,71 \pm 1,74$, y una mediana y moda de 8. Hay una correlación positiva ($p < 0,001$) entre la valoración de la empatía y el desempeño general del residente en las áreas de diagnóstico clínico, habilidades en la recogida de los datos, diagnóstico clínico y actitudes profesionales (Figura).

Pregunta 39

Cuando se pregunta a los tutores si la formación del residente está en consonancia con lo que se espera de él, la gran mayoría de los tutores ($n = 65$; 97%) responden afirmativamente. El 71,6% de los tutores ($n = 48$) encuentran cualidades en el residente que le gustan, que principalmente se refieren a amabilidad, empatía, capacidad de trabajo y esfuerzo y demostración de habilidades clínicas. Sólo 13 tutores (19,4%) no encuentran cualidades que le gusten en su residente.

Consideraciones finales

Aproximadamente la mitad de los tutores ($n = 35$; 53%) consideran que la formación de los MIR que han estudiado en Albacete es superior a las de sus compañeros que han estudiado en otras facultades. Sólo uno de los tutores considera la formación de nuestro egresado como inferior a la de otros compañeros de residencia (Tabla IV).

La fuente en la que se basan las opiniones de los tutores es la observación directa en 61 casos (91%), visitas de pacientes en 29 casos (73%), y comentarios de los pacientes o evaluaciones anteriores, ambas en 36 casos (53%).

Tabla I. Respuestas de la evaluación de los tutores sobre los residentes (%).

	Afirmación	1-2	3	4	5
Ítem 1	Interés en la recogida de datos relativos a los riesgos para la salud ^b	1,6	53,1	17,2	28,1
Ítem 2	Recopilación del historial médico y todos los datos relativos a la enfermedad del paciente o de la familia ^b	1,5	31,8	30,3	36,4
Ítem 3	Capacidad para trabajar con los pacientes y con las familias ^d	1,5	27,7	32,3	38,5
Ítem 4	Capacidad para actuar con eficacia en caso de emergencia ^d	1,5	36,4	31,8	30,3
Ítem 5	Competencia para la realización de exámenes físicos ^a	1,5	32,3	32,3	33,8
Ítem 6	Voluntad de pedir ayuda cuando lo necesita ^d	6,0	26,9	29,9	37,3
Ítem 7	Atención a los factores psicológicos y emocionales relacionados con la salud del paciente ^c	6,9	46,6	13,8	32,8
Ítem 8	Identificación de las influencias ambientales sobre la salud del paciente ^c	6,9	56,9	13,8	22,4
Ítem 9	Uso de la bibliografía existente para tratamiento y diagnóstico ^a	1,5	34,3	28,4	35,8
Ítem 10	Documentación de argumentos para la obtención de datos del laboratorio ^a	1,5	44,8	22,4	31,3
Ítem 11	Información a los pacientes sobre cuidados preventivos ^a	8,2	55,7	11,5	24,6
Ítem 12	Minuciosidad en el diagnóstico diferencial ^a	4,5	28,8	30,3	36,4
Ítem 13	Toma de conciencia de los factores sociopsicológicos que afectan a la condición del paciente ^c	6,8	49,2	8,5	35,6
Ítem 14	Habilidad para manejar situaciones que producen nerviosismo o ansiedad ^d	3,0	34,3	32,8	29,9
Ítem 15	Adhesión a las normas éticas profesionales ^c	1,5	40,3	28,4	29,9
Ítem 16	Conocimientos en las áreas científicas básicas relacionadas con el programa de posgrado ^a	1,5	37,3	25,4	35,8
Ítem 17	Adecuación y justificación de la admisión de pacientes en el hospital ^c	3,2	63,5	12,7	20,6
Ítem 18	Uso de recursos sociales (p. ej., trabajadores sociales o agencias de servicios sociales) ^c	5,1	54,2	16,9	23,7
Ítem 19	Examen y evaluación de los gastos del tratamiento ^d	8,1	62,9	8,1	21,0
Ítem 20	Eficacia en la planificación de la recogida de datos del laboratorio ^b	3,0	56,1	18,2	22,7
Ítem 21	Efectividad como profesor de estudiantes de medicina u otros profesionales médicos ^d	4,5	25,4	31,3	38,8
Ítem 22	Voluntad para admitir los errores ^d	6,0	28,4	29,9	35,8
Ítem 23	Voluntad de actuar independientemente cuando sea necesario ^c	1,5	28,4	32,8	37,3
Ítem 24	Relación con otros profesionales de la salud ^d	3,0	38,8	16,4	41,8
Ítem 25	Minuciosidad en la recogida de datos de la historia personal del paciente ^b	1,5	33,8	24,6	40,0
Ítem 26	Voluntad para dedicar el tiempo necesario para completar su trabajo ^d	4,5	26,9	29,9	38,8
Ítem 27	Destreza en la elaboración y verificación de las hipótesis diagnósticas ^a	1,5	34,3	31,3	32,8
Ítem 28	Minuciosidad en la organización de los registros médicos ^c	4,8	46,8	16,1	32,3
Ítem 29	Recopilación del historial familiar del paciente ^b	1,6	39,1	29,7	29,7
Ítem 30	Minuciosidad en la obtención de datos e información de los pacientes o sus familiares relacionada con la enfermedad ^b	3,2	31,7	30,2	34,9
Ítem 31	Interés y seguimiento del protocolo de alta de los pacientes ^b	12,3	56,9	10,8	20,0
Ítem 32	Interés en buscar alternativas menos costosas para la obtención de información acerca del paciente ^c	13,4	56,7	10,4	19,4

^a Ítem que valora los conocimientos médicos; ^b Ítem que valora las habilidades de recopilación de datos; ^c Ítem que valora el juicio clínico profesional; ^d Ítem que valora las actitudes profesionales. Evaluación: 1, insuficiente; 2, por debajo de la media; 3, similar a la media; 4, por encima de la media; 5, excepcional.

Tabla II. Opiniones de los tutores sobre el desempeño general del residente en varias áreas de la profesión: número de respuestas y porcentaje.

	1-2	3	4	5
Conocimientos ^a	2 (3,0%)	22 (32,8%)	20 (25,9%)	23 (32,3%)
Recogida de datos ^b	1 (1,5%)	22 (33,8%)	17 (26,2%)	25 (38,5%)
Diagnóstico clínico ^c	2 (3,0%)	22 (33,3%)	21 (31,8%)	21 (31,8%)
Actitudes profesionales ^a	1 (1,5%)	26 (38,8%)	16 (23,9%)	24 (35,8%)

^a 67 respuestas válidas; ^b 65 respuestas válidas; ^c 66 respuestas válidas. Opiniones: 1, insuficiente; 2, por debajo de la media; 3, similar a la media; 4, por encima de la media; 5, excepcional.

Tabla III. Opiniones de los tutores sobre la competencia de los residentes respecto a su desempeño en el área clínica, como educadores de pacientes y como gestores de recursos sanitarios: número de respuestas y porcentaje.

	1-2	3	4	5
Área clínica ^a	1 (1,5%)	20 (29,9%)	26 (38,8%)	20 (29,9%)
Como educador de pacientes ^b	3 (4,6%)	39 (60,0%)	7 (10,8%)	16 (24,6%)
Como gestor de recursos sanitarios ^c	4 (6,3%)	39 (61,9%)	6 (9,5%)	14 (22,2%)

^a 67 respuestas válidas; ^b 65 respuestas válidas; ^c 63 respuestas válidas. Opiniones: 1, insuficiente; 2, por debajo de la media; 3, similar a la media; 4, por encima de la media; 5, excepcional.

Discusión

La introducción en España del sistema de MIR en los años setenta ha contribuido en gran medida al desarrollo de un alto grado de competencia profesional en los hospitales acreditados y ha servido también de revulsivo para hospitales que han mejorado su infraestructura y cartera de servicios con el fin de conseguir la acreditación para la formación de especialistas. Este sistema de educación médica de los posgraduados recoge la labor fundamental del tutor en el proceso de desarrollo profesional del residente, que debe poseer una formación específica en materia de planificación, metodología docente y evaluación de la competencia, y sólo de esta manera se podrá responder al compromiso contraído con la sociedad a la hora de formar especialistas competentes. Por tanto, es de vital importancia para un tutor disponer de herramientas válidas y fiables a la hora de evaluar la progresión del médico especialista en formación. Aunque en Estados Unidos el modelo de observación directa por los tutores se ha utilizado ampliamente [1], para la evalua-

Tabla IV. 'Si compara a este residente con sus compañeros de promoción o de otros años, considera que la formación académica al inicio del programa es':

	n	%	% acumulado
Inferior a sus compañeros	1	1,5	1,5
Igual que sus compañeros	30	45,5	47,0
Superior a sus compañeros	35	53,0	100,0

Respuestas válidas: 63. Opiniones: 1, insuficiente; 2, por debajo de la media; 3, similar a la media; 4, por encima de la media; 5, excepcional.

ción de competencias, según nuestra revisión bibliográfica, es la primera vez que en nuestro país se aplica esta opción.

El mejor resultado que podemos comunicar con este trabajo es la opinión adecuada de los tutores de residencia sobre la formación de los egresados de la Facultad de Medicina de la UCLM.

El grupo de investigación liderado por Ramsey [1,12,13] acumuló gran experiencia en la década de los años noventa respecto a la validez de la evaluación de los médicos residentes por sus tutores. En 1989 presentaron un trabajo en el que analizaban los conocimientos, habilidades y actitudes de médicos internistas, certificados o no por la American Board of Internal Medicine. Uno de los métodos de evaluación fue el análisis por tutores y sus resultados se correlacionaron altamente con el examen de certificación. Con posterioridad, en 1993, mediante cuestionarios escritos enviados a tutores y profesionales asociados, evaluaron el desempeño clínico de los residentes. Los resultados que obtuvieron sugerían que era fiable la información que aportaban los tutores respecto a habilidades clínicas y de comunicación y cualidades humanas. Otro gran estudio, en este caso publicado en 1996, recogió la información de 3.005 tutores de un total de 4.139 residentes repartidos por 11 hospitales estadounidenses; se concluyó que la información proporcionada por los tutores era fiable.

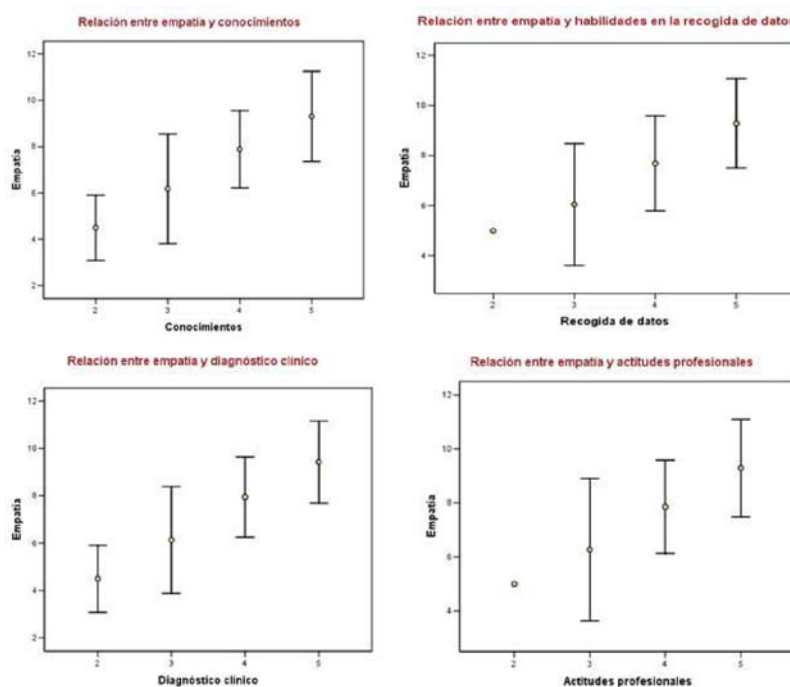
Una comprensión exquisita de los hallazgos que proporciona el análisis de nuestros datos conllevaría definir previamente el significado de 'competencia en la práctica médica', dado que la bibliografía también ha mostrado desacuerdo al respecto. Epstein y Hundert [14] propusieron que la competencia profesional era el uso habitual y sensato de la comunicación, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la re-

flexión en la práctica diaria, para el beneficio del individuo y de la comunidad a la que está sirviendo. La competencia se construye sobre una fusión de habilidades clínicas básicas, conocimientos científicos y cualidades morales. Debe incluir una función cognitiva (conocimientos), una función integrativa (razonamiento clínico), una función de relaciones (comunicación eficaz con pacientes y colegas) y una función afectiva y moral (uso de las habilidades juiciosas y humanamente). Se trata de un concepto en continuo desarrollo, no permanente y dependiente del contexto a analizar. Según Martínez-Clares et al [15], existen tantas definiciones de competencia como autores escriben sobre el tema. De la misma manera, se constata que las distintas definiciones de competencia, en la mayoría de los casos, responden a diferentes modelos, por lo que existen tantos modelos como definiciones.

La mejor valoración de tutores para los egresados de la UCLM, y una de las mejores para los propios posgraduados, es la referente a la capacidad del residente de trabajar con los pacientes y sus familias, recopilando minuciosamente todos los antecedentes, sin considerar el tiempo necesario para realizar esa tarea, con autonomía propia pero con la sensatez de pedir ayuda si fuera necesario y con dedicación a los estudiantes de medicina.

Basándonos en estos resultados, pensamos que el programa de formación que reciben los alumnos de la Facultad de Medicina de la UCLM es correcto y adecuado. Aproximadamente cuatro horas diarias dedican nuestros estudiantes, durante cuarto, quinto y sexto curso, a la atención directa al paciente, siempre acompañados de un miembro de los servicios clínicos, frente a dos horas lectivas, puramente teóricas. El contacto con el enfermo proporciona la adquisición de competencias que no podrían alcanzarse a partir del estudio ni de un tratado clásico de medicina ni de la revisión de la bibliografía más novedosa. Los alumnos, junto al personal docente de nuestro centro, a pie de cama de los pacientes, han aprendido a trabajar con ellos y con sus familias, dedicándoles el tiempo necesario, y ahora que ellos también son profesionales de la medicina repiten estas experiencias nuevamente con otros estudiantes por diferentes centros hospitalarios de la geografía española. En los resultados de Silber et al [16], aunque en general la valoración es positiva para estos ítems, ninguno de ellos se encuentra en las primeras posiciones, entre las preguntas mejor valoradas. Ocupa el primer lugar la adhesión a las normas éticas profesionales (en nuestro caso, el resultado también es favorable, ya que todos los egresados, excepto uno, son valorados con una puntuación

Figura. Relación entre empatía y el desempeño general del residente en las distintas áreas. Se representa la media $\pm$ 2 desviaciones estándares de la empatía para cada respuesta de desempeño general.



similar o superior a la media, incluso un 30% de forma excepcional).

En contraposición al *pool* de resultados positivos, encontramos otro grupo de respuestas que reciben valoraciones negativas. Nos referimos, en concreto, a la problemática psicosocial y a la gestión de recursos sociosanitarios, que ya previamente abordamos de forma amplia [observaciones no publicadas]. Otra asignatura pendiente para los egresados de la Facultad de Medicina de la UCLM, según la valoración realizada por sus tutores, es la información a los pacientes sobre cuidados preventivos, donde más del 8% recibe una puntuación por debajo de la media. Según O'Neil et al [17], 'el mejor manejo de la salud recae directamente sobre la enfatización de la educación sanitaria, promoción de estilos de vida saludables y la detección precoz de la enfermedad para su tratamiento'. Dentro de un sistema sanitario integrado, los profesionales de la medicina deben asumir responsabilidades para proporcionar salud duradera a sus pacientes, priorizando este objetivo sobre el del tratamiento de la enfermedad, y destinando para ello los recursos sanitarios oportunos. La salud individual y colectiva, tanto de familias como

de comunidades, representa un indicador de calidad y requiere menor gasto económico. Los profesionales sanitarios como colectivo deberían proporcionar a las comunidades conocimientos y habilidades para que ellos mismos sean capaces de autopromover y proteger su propia salud. A tenor de los resultados obtenidos en nuestro estudio, proponemos una reforma curricular en el sistema educativo de la Facultad de Medicina de la UCLM donde se introduzcan nuevos objetivos y se refuercen los ya existentes respecto a la medicina preventiva. Nuestra propuesta es escalonada, como ya hicieron Ogrinc et al [18], a lo largo de las diferentes etapas de formación del graduado, con una primera fase donde los estudiantes de fase preclínica deberían conocer y entender el papel que les corresponde en la protección y promoción de la salud en las comunidades humanas donde viven. Alcanzado el escalón clínico de la formación, con los conocimientos previamente adquiridos, el estudiante debería ser capaz de comprender la necesidad de realizar las acciones de salud adecuadas, que pensamos que desarrollaría y pondría en marcha sin ningún tipo de problemas una vez iniciado su trabajo como MIR.

Quedarían por definir estrategias para alcanzar la salud, entendida ésta como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. En este sentido, el trabajo social tiene mucho que hacer dentro del sistema sanitario: en el equipo de salud de atención primaria, en los diferentes departamentos hospitalarios, en los servicios de urgencia, en salud mental, en drogodependencias, en dependencia del alcohol, en rehabilitación, en los equipos planificadores y de gestión, en el cambio de la población en determinadas actitudes, en la donación de órganos y de sangre, en las asociaciones de autoayuda y en asociaciones de familiares de enfermos, en el trabajo con la comunidad y en todo lo específicamente relacionado con la salud pública, sin olvidar las líneas de investigación. El sistema sanitario pone al alcance de los ciudadanos la posibilidad de elevar su calidad de vida, ya que incorpora la visión interdisciplinar de cada problema y abre las puertas a la atención de los aspectos sociales que inciden en temas sanitarios, en concreto en el proceso de la salud y la enfermedad. Todo ello debe ser aprendido por nuestros estudiantes, para posteriormente utilizar adecuadamente los recursos sociales.

En conclusión, la formación recibida en la etapa de pregrado por los alumnos de la Facultad de Medicina de la UCLM, a tenor de nuestros resultados globales, es adecuada respecto a conocimientos médi-

cos, habilidades de recopilación de datos, juicio clínico profesional y actitudes profesionales, lo que les capacita para un correcto ejercicio profesional posterior (como MIR). Nuestros resultados ponen de manifiesto serias deficiencias en la formación recibida por los alumnos respecto a la gestión de recursos sociosanitarios, problemática psicosocial (uso de recursos sociales) y habilidad para proteger la salud (medicina preventiva). Ante estos hallazgos, esperamos que las autoridades competentes introduzcan nuevos objetivos y refuercen los ya existentes respecto a estos problemas detectados. Consideramos que con este estudio cumplimos nuestro deber de evaluar la formación que proporciona la facultad y el compromiso social de proveer profesionales adecuados.

Bibliografía

1. Ramsey PG, Wenrich MD, Carline JD, Inui TS, Larson EB, LoGerfo JP. Use of peer ratings to evaluate physician performance. *JAMA* 1993; 269: 1655-60.
2. Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 393-402.
3. Boulet JR, McKinley DW, Norcini JJ, Whelan GP. Assessing the comparability of standardized patient and physician evaluations of clinical skills. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2002; 7: 85-97.
4. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J* 1975; 1: 447-51.
5. Issenberg SB, McGaghie WC, Hart IR, Mayer JW, Felner JM, Petrusa MR, et al. Simulation technology for health care professional skills training and assessment. *JAMA* 1991; 282: 861-6.
6. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Outcome project. 1999. URL: <http://www.acgme.org/outcome/project/outintro.htm>.
7. Diario Oficial de la Unión Europea. DOUE n.º 267, de 19 de septiembre de 1986. Directiva 86/457/CEE del Consejo, de 15 de septiembre de 1986, relativa a una formación específica en medicina general.
8. Gonnella JS, Callahan C, Louis, DZ, Hojat M, Erdmann JB. Medical education and health services research: the linkage. *Med Teach* 2004; 26: 7-11.
9. Hojat M, Gonnella JS, Veloski J, Erdmann JB. Jefferson Medical College Longitudinal Study: a prototype for evaluation of changes. *Educ Health* 1996; 9: 99-113.
10. Veloski J, Herman MW, Gonnella JS, Zeleznik C, Kellow WF. Relationships between performance in medical school and first postgraduate year. *J Med Educ* 1979; 54: 909-16.
11. Gonnella JS, Hojat M. Relationship between performance in medical school and postgraduate competence. *J Med Educ* 1983; 58: 679-85.
12. Ramsey PG, Carline JD, Inui TS, Larson EB, Logerfo JP, Wenrich MD. Predictive validity of certification by the American Board of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1989; 110: 719-26.
13. Ramsey PG, Carline JD, Blank LL, Wenrich, MD. Feasibility of hospital-based use of peer ratings to evaluate the performances of practicing physicians. *Acad Med* 1996; 71: 364-70.
14. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287: 226-35.
15. Martínez-Clares P, Martínez-Juárez M, Muñoz-Cantero JM. Formación basada en competencias en educación sanitaria:

- aproximaciones a enfoques y modelos de competencia. *Relieve* 2008; 14: 1-23.
16. Silber CG, Nasca TJ, Paskin DL, Eiger G, Robeson M, Veloski JJ. Do global rating forms enable program directors to assess the ACGME competencies? *Acad Med* 2004; 79: 549-56.
17. O'Neil EH, and the Pew Health Professions Commission. *Recreating health professional practice for a new century*. The Fourth Report of the Pew Health Professions Commission; 1998. URL: http://www.futurehealth.ucsf.edu/pdf_files/recreate.pdf.
18. Ogrinc G, Headrick LA, Mutha S, Coleman MT, O'Donnell J, Miles PV. A framework for teaching medical students and residents about practice-based learning and improvement, synthesized from a literature review. *Acad Med* 2003; 78: 748-56.