

Aportes de Medicina Familiar en el desarrollo de las competencias profesionales de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Contributions of Family Medicine in the development of professional competences of the medical career of the Faculty of Medicine of the National University of Córdoba.

Autores: Ciuffolini Beatriz^a, Buffa Barrera Gabriela^b, D'Angelo Eliana^c, Didoni Marisa^d, Ducoin Florencia^e, Lucero G. Dario^f, Quattrini Gloria^g, Marrone Andrea^h, Perez Andreaⁱ.

a,b,c,d,e,f,g,h,i: Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Autor de correspondencia:
Gabriela Buffa.

Dirección postal: Caseros 827, torre 1, Dpto 2D. CP: 5000; Córdoba, Argentina.

E-mail: gabybuffa@gmail.com

Recibido: 20/01/2019
Aceptado: 23/04/2019

RESUMEN

Medicina Familiar constituye un espacio de integración curricular en la Práctica Final de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. Objetivo: identificar aportes de la asignatura para adquisición de competencias según resolución CONEAU N° 1314. Material y método: Estudio descriptivo cuali-cuantitativo, transversal. Período 2016 – 2017. Encuesta de autoevaluación y test de observación directa al inicio y al final del cursado. Se realizó análisis de contenido. Resultados: Autoevaluación inicial y final: competencias de alto impacto (investigación de la dolencia, búsqueda de opinión y acuerdo en tratamientos, investigación contexto). Competencias de bajo impacto (identificación motivo de consulta, explicación al paciente que se lo va a examinar, uso racional de métodos complementarios). Análisis cualitativo competencia "Búsqueda de acuerdo y consenso", categorías: explicar el problema, diagnóstico, alternativas de tratamiento; consultar comprensión del problema, dudas, preferencias. Competencia "Investigación contexto social, categorías: estructura familiar; condiciones laborales; contexto. Evaluación competencias pre y pos cursado (observación directa): impacto intermedio, valoraciones satisfactorias sin modificaciones significativas pre y post. Comparación percepción de los alumnos/ nivel de desarrollo de competencias: mayor divergencia ("organización de entrevista", "claridad para realizar examen físico", "precisión para definir los problemas", "selección de tratamientos según efectividad"). Conclusión: se logró el afianzamiento de competencias relacionadas con la entrevista y el abordaje integral.

PALABRAS CLAVE: Medicina Familiar y Comunitaria, Educación Basada en Competencias, Educación de Pregrado en Medicina.

SUMMARY

Family medicine constitutes a space of curricular integration in the final practice of the career of medicine of the National University of Córdoba. Objectives: to identify the contributions of the subject in the acquirement of competence according to CONEAU's resolution N° 1314. Material and methods: transversal descriptive quali-cuantitative study. During the period of the years 2016-2017. Self-evaluation survey and a direct observation test in the beginning and the end of the classes. Analysis of the data: SPSS statistics and analysis of the content. Results: Initial and final self-evaluation: High impact competences (inquiry of the disease, search for opinions and agreements about the treatments, investigation of the social and family context and support network). Low impact competences (identifying reason of the consultation, explaining to the patient that they were going to be examined, rational use of complementary methods). Qualitative competence analysis "Search for agreements and consensus", categories: to explain the problem, diagnosis, treatment alternatives; consultation about (consult of) the comprehension of the problem, doubts and preferences. Competence "Investigation of the social context", categories: family structure, working conditions, neighborhood context, family relationships. Evaluation of the competences pre and post taking classes (direct observation): intermediate impact: satisfactory evaluations without significant modification pre and post. Student perception and level of competence development comparison: greater divergence ("organization of the interview", "clarity to do a physical exam", "precision to define problems", "choice of treatments according to effectiveness"). Conclusion: Family medicine managed to secure professional's competences related to clinical interview and integral approach of the person.

KEYWORDS: Family Practice, Competency-Based Education, Education, Medical, Undergraduate.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de la Salud (APS) postula que los recursos humanos (RRHH) constituyen un componente estructural de los sistemas de salud y que su formación es esencial para el cumplimiento de los objetivos de dicha estrategia. Las metas establecidas por OPS en materia de RRHH en salud para el período 2007-2015 definen el perfil del egresado de medicina como *“un médico general, en condiciones de prestar atención médica integral al ser humano, en su entorno familiar y social, mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque bio-psico-social-ambientalista, con la APS como estrategia y eje transversal de su formación”*⁽¹⁾.

En contraposición con estas premisas, el modelo de formación de recursos humanos en salud dominante está fuertemente signado por la escisión entre teoría y práctica, la medicalización de los problemas y la comprensión de la salud-enfermedad como una mercancía⁽²⁾. El cuestionamiento a este modelo de formación, sucedido a partir de la década del 70, posibilitó el surgimiento de nuevas propuestas de formación sustentadas en un paradigma crítico que propicia la comprensión de la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención (PSEA). De esta forma se conceptualiza al PSEA como un proceso social e histórico, donde el enfermar es un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales, sus condiciones sociales, culturales, económico-políticas y medioambientales⁽³⁾. En este marco las innovaciones en los procesos de formación en salud procuran atender a los principales cuestionamientos realizados al modelo de formación dominante (hospitalo-céntrico, biologicista y tecnocrática, con procesos de enseñanza centrados en el docente y la transmisión de conocimientos), propiciando el desplazamiento de los escenarios de formación desde los hospitales de alta complejidad hacia los efectores de primer nivel y sus comunidades, el desarrollo de contenidos que pongan énfasis en las prioridades sanitarias locales, el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad, la promoción del aprendizaje activo y la organización de programas y sistemas de evaluación por competencias⁽⁴⁾.

En Argentina la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) en el año 2007, mediante la resolución 1314/07 establece los contenidos curriculares básicos para la carrera de Medicina y las competencias a desarrollar por el futuro médico organizadas en cuatro dimensiones (Práctica Clínica, Pensamiento científico e investigación, Profesionalismo y Salud poblacional y sistemas sanitarios). Este perfil del egresado postula el desarrollo de una práctica clínica centrada en la persona, la familia y la comunidad; la adquisición de un pensamiento científico y la promoción de actividades de investigación como así también el profesionalismo. Con actitud ética y crítica

de la práctica profesional y actualización permanente. Además de que el estudiante debe adquirir competencias relacionadas con la Salud Poblacional y los Sistemas de Salud generando acciones de prevención y promoción como así también de mantenimiento de estilos de vida saludables⁽⁵⁾.

El concepto de competencia hace referencia a “una combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades, que describen los resultados del aprendizaje de un programa educativo, o lo que los alumnos son capaces de demostrar al final de un proceso educativo”^(6,7). Como indica Bisquerra⁽⁸⁾, *“la competencia en educación se podría concretar como la capacidad de movilizar adecuadamente el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia. En la competencia se destaca la relación entre la persona y sus atributos, por un lado y, la situación o contexto profesional en la que se desarrolla, por otro”*⁽⁹⁾.

El Año de Práctica Final Obligatoria, en el ámbito de carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) constituye la actividad curricular prevista para capacitar en servicio a los estudiantes que hubieran concluido el cursado de los cinco primeros años de la carrera⁽¹⁰⁾. En ese marco se inserta la materia Medicina Familiar la cual constituye un espacio de integración curricular. Mediante la implementación de diversas estrategias de articulación teórico-práctica se procura la incorporación de herramientas conceptuales y metodológicas que faciliten un abordaje de los problemas de salud centrado en la persona y la familia, el desarrollo de acciones integrales de cuidado de la salud con eje en las necesidades de la comunidad y en los perfiles epidemiológicos locales. La propuesta metodológica pretende promover la reflexión crítica en el proceso de enseñanza-aprendizaje, mediante la presentación de situaciones problemáticas frecuentes en escenarios reales de la práctica médica, de manera que los alumnos puedan ponderar el nivel de desarrollo de sus competencias, recuperar y poner en juego los conocimientos previamente adquiridos, valorando sus alcances y la necesidad de incorporar nuevos conocimientos. A tal fin se desarrollan actividades presenciales (actividades en centros asistenciales, seminarios de integración, tutorías presenciales) y no presenciales (tutorías virtuales, análisis de situaciones problema, reflexión y búsqueda bibliográfica).

El presente estudio se propone indagar cuáles son los aportes de Medicina Familiar en el desarrollo de las competencias profesionales de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC.

OBJETIVOS

- Identificar la percepción de los alumnos sobre el nivel de desarrollo de las competencias profesionales

al inicio y al final del cursado de Medicina Familiar.

- Evaluar el nivel de desarrollo de las competencias profesionales pre y pos cursado de la Materia.
- Comparar la relación entre percepción de los alumnos y el nivel de desarrollo de las competencias profesionales pre y pos cursado de la Materia.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo cuali-cuantitativo, transversal. El período de implementación abarcó de mayo 2016 a diciembre 2017. Se incluyeron la totalidad de los alumnos que cursaron Medicina Familiar en el período de estudio. Se elaboraron dos instrumentos de evaluación: una encuesta de autoevaluación y un test de observación directa aplicados al inicio y al final del cursado. El diseño de los mismos se realizó considerando las cuatro dimensiones de competencias establecidas por CONEAU previamente descriptas. Validados mediante análisis bibliográfico y series de consultas a expertos.

La encuesta de autoevaluación de carácter anónimo, autoadministrada, con ítems estructurados con escala de Likert y preguntas abiertas, destinada a valorar la percepción de los estudiantes acerca del nivel de desarrollo de las competencias profesionales. El test diagnóstico estructurado aplicado por los docentes en observación directa de la práctica de los alumnos.

Se confeccionó además un instructivo de implementación y se llevaron a cabo instancias de capacitación y supervisión presenciales y virtuales con los tutores-docentes a cargo de su aplicación.

El tratamiento estadístico de los datos cuantitativos se realizó mediante el programa estadístico SPSS. Se aplicó estadística descriptiva (medidas de posición y relación entre estadísticos).

El análisis de los datos cualitativos se realizó mediante la técnica de análisis de contenido.

RESULTADOS

En relación al objetivo *“Identificar la percepción de los alumnos sobre el nivel de desarrollo de las competencias profesionales pre y pos cursado de la Materia”*, se presentan los resultados de mayor relevancia. Se obtuvieron 277 respuestas iniciales y 281 finales. Los resultados comparados de las autoevaluaciones iniciales y finales se presentaron en tres categorías en referencia al impacto del cursado (variación entre las valoraciones iniciales y finales): alto impacto (valores menores o iguales a 0,8), impacto intermedio (valores de 0,81 – 0,89) y bajo impacto (valores iguales o mayores a 0,9).

Obtuvieron alto impacto las competencias *“Investigación de la dolencia de la persona”* (0,79) y *“Búsqueda de la opinión y acuerdo con la persona para la realización de tratamientos”* (0,78) (Dimensión “Práctica Clínica”).

Las competencias *“Investigación del contexto social*

en relación al motivo de consulta” (0,74); *“Averiguar aspectos familiares en la consulta”* (0,74) y *“Consideración de la red de apoyo”* (0,71), siendo éste último valor el que mayor impacto refleja (Dimensión “Salud Poblacional y Sistemas de Salud”).

A fin de caracterizar la competencia *“Búsqueda de acuerdo y consenso”* (Dimensión “Práctica Clínica”), se analizó el contenido de la pregunta abierta referida al “cómo” procuran los estudiantes dicho acuerdo en el ámbito de la consulta. En cuanto a las respuestas, las categorías con mayor frecuencia mediante la valoración previa y posterior a la intervención hicieron referencia en primer término a “explicar” (explicar el problema, el diagnóstico, las alternativas de tratamiento, las ventajas y desventajas del mismo), en segundo lugar hicieron mención a “preguntar” (consultando sobre comprensión del problema, dudas, preferencias, disponibilidad) y por último propusieron como estrategia de consenso “escuchar, dialogar, procurar empatía”.

Para evaluar la valoración de la competencia *“Investigación del contexto social”* (dimensión “Salud Poblacional”), se analizó el contenido de la pregunta abierta referida a “cómo lo investigaban” dicho contexto en el ámbito de la consulta. Las categorías utilizadas con mayor frecuencia en la evaluación inicial y final fueron las siguientes, registrando además la misma frecuencia de aparición: Estructura familiar; Condiciones laborales; Contexto barrial; Relaciones familiares (vínculos, roles, conflictos) y Redes y grupos de apoyo. En relación a esta misma competencia dos categorías mostraron una valoración más relevante en la evaluación final en referencia a lo consignado previamente: la valoración de la situación socioeconómica y el acceso a actividades recreativas.

Las competencias identificadas de “impacto bajo”, correspondieron a: *“Identificar motivo de consulta”* (0,92), *“Explicar al paciente que se lo va a examinar”* (0,92), *“Uso racional de métodos complementarios”* (0,90), *“Conciencia de las propias limitaciones”* (0,96) (Dimensión “Práctica Clínica”), las cuales mostraron muy altas puntuaciones desde el inicio del cursado la Materia.

El resto de las competencias evaluadas tuvieron un rango de “impacto intermedio”.

Se destaca el hecho de que la competencia *“Acceso a instituciones y redes”* (Dimensión “Salud Poblacional y Sistemas de Salud”), fue la única con baja puntuación al inicio (1,75) en la cual se percibió sólo un fortalecimiento intermedio al finalizar el cursado (0,81). Con respecto a la “Valoración global” de la adquisición de competencias, la percepción por parte de los estudiantes, fue de un rango intermedio (0,84).

En respuesta al objetivo de *Evaluar el nivel de desarrollo de las competencias profesionales pre y pos cursado de la Materia*, los resultados comparados de los test diagnósticos iniciales y finales mostraron que para la mayoría de las competencias el impacto fue intermedio, registrándose valoraciones satis-

factorias de las mismas desde el inicio del cursado (medias superiores a 2,5), sin modificaciones significativas en la evaluación posterior al cursado.

Con respecto al objetivo de *Comparar la relación entre percepción de los alumnos y el nivel de desarrollo de las competencias profesionales pre y pos cursado de la Materia*, al cotejar los resultados de ambos instrumentos (autoevaluación y test diagnóstico), se identificaron: valores convergentes (cerca de 1), es decir que ambas respuestas mostraban escasa o nula diferencia; y valores divergentes (distantes de 1) significando altas diferencias en las respuestas.

Los valores que registraron "mayor divergencia" fueron relacionadas a las siguientes competencias: "*Organización para realizar la entrevista*" (0,88), "*Claridad para realizar el examen físico*" (0,94), "*Precisión para definir los problemas*" (0,92), "*Selección de tratamientos según criterios de efectividad*" (0,92) (todos dentro de la Dimensión "Práctica Clínica").

La competencia que mostró "menor divergencia" fue "*El reconocimiento de redes familiares e instituciones para la resolución de los problemas*." (Dimensión "Salud Poblacional") Vale destacar que fue la menor valorada en la autoevaluación (2,14) al igual que en la evaluación docente (2,20), constituyéndose en la competencia valorada más deficientemente.

DISCUSIÓN

En la literatura si bien existen numerosos estudios vinculados a la evaluación de competencias en la carrera de grado de Medicina algunos se centran en aspectos concretos de algunas asignaturas en particular y en competencias específicas. Sin embargo, no existen estudios que busquen analizar el proceso general de aprendizaje y la adquisición de competencias que brinda la Medicina Familiar y tampoco una visión general de la carrera de Medicina.

Algunos autores (11) plantean que el modelo educativo por competencias profesionales en educación médica procura incrementar la calidad de los procesos formativos, teniendo en cuenta las necesidades de la sociedad, del desarrollo de la profesión y del trabajo académico. Por otra parte manifiestan que al orientar de este modo el proceso de enseñanza, las Facultades de Medicina deben redefinir sus proyectos educativos y promover de manera congruente acciones en los ámbitos pedagógicos que se traduzcan en modificaciones reales de las prácticas docentes.

Un estudio realizado en la Universidad Nacional del Nordeste⁽¹²⁾ señala que "*cuando los graduados evalúan las competencias clínicas adquiridas en la carrera de grado, tienden, en general, a sostener que fueron mejor capacitados en un conjunto de competencias que podrían asociarse más claramente con un modelo médico tradicional y en cambio, se consideraron menos capacitados en las nuevas competencias que hoy se exigen a los médicos y que están más vinculadas con las dimensiones sociales y humanas*

de la profesión médica." Estos resultados encuentran profundas coincidencias con los datos obtenidos en nuestro trabajo.

Otro aspecto de singular interés es la baja puntuación encontrada en los test de autoevaluación de la competencia "Acceso a instituciones y redes familiares para la resolución de los problemas de salud", lo que podría interpretarse como un reflejo de lo que sucede en la práctica médica habitual, donde por circunstancias variadas, los procesos de atención se sustentan mayoritariamente en una perspectiva de abordaje individual y fragmentado.

En consonancia con un estudio realizado en Cataluña (España) en el año 2004 (9) nuestra investigación muestra que la utilización de un instrumento de evaluación sobre la percepción de competencias logradas por alumnos y la percepción de los docentes, mediante un proceso de autoevaluación resulta de sustancial interés al estar vinculado con el aprendizaje autónomo, propiciando una visión más completa de la realidad ya que considera la mirada de ambos actores.

Las deficiencias encontradas entre los resultados, particularmente las vinculadas a la aplicación del test de evaluación (observación directa) nos generan nuevos interrogantes en relación a la existencia de limitaciones en el proceso de diseño y validación del instrumento como así también a la heterogeneidad de las competencias docentes para su aplicación y a las condiciones de los contextos de práctica.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta estas consideraciones y el perfil profesional abogado por la Medicina Familiar, adquiere especial significación el alto impacto encontrado en lo que se refiere a aquellas competencias relacionadas a la perspectiva de abordaje que propicia la especialidad, con los cuales los alumnos no habían tenido contacto en otras instancias de su formación de grado. Particularmente las referidas al PCCP (investigación de la dolencia de la persona, la búsqueda de la opinión y acuerdo para la realización de tratamientos, la investigación del contexto social relacionado con el motivo de consulta, la investigación de aspectos familiares y la consideración de la red de apoyo). Siendo de un impacto no tan significativo las competencias vinculadas al método clínico (identificar el motivo de consulta, explicar al paciente que se lo va a examinar, uso racional de métodos complementarios); adquiridas a lo largo de la carrera durante la formación clínica.

En conclusión, la propuesta de la materia permitió el afianzamiento de competencias profesionales relacionadas con la entrevista clínica y con el abordaje integral de la persona y la determinación social de la salud.

Teniendo en cuenta que es de suma importancia continuar estudiando la temática es que nos planteamos a futuro próximas investigaciones que aporten

más claridad y den una respuesta más acabada a la compleja problemática de la educación médica en nuestra Universidad y nuestro país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Planes decenales de recursos humanos en salud: hacia una visión común. VIII Reunión Reg. de los Observatorios de RR HH para la Salud, OPS y el Ministerio de Salud de Perú, Lima; nov 2006.
2. Almeida Filho N. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología, Buenos Aires, Ed Lugar. 2000
3. Feuerwerker L, De Sena R. La construcción de nuevos modelos académicos de atención a la salud y de participación social. En Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M, editores. La Educación de los Profesionales de la Salud en Latinoamérica. Tomo 1. Coedición: Hucitec, Lugar Editorial, Editora DA Uel. ISBN: 85-271-0510-1. San Pablo, Brasil. 1999.
4. OPS/OMS. La renovación de la APS en las Américas. Documento de posición de la (OPS/OMS). Washington, DC; 2007
5. Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), año 2007, resolución 1314/07. <http://www.coneau.gob.ar/CONEAU/>
6. Benzanilla M. El proyecto Tuning y las competencias específicas. Seminario internacional. Orientaciones pedagógicas para la convergencia europea de Educación Superior. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
7. Zabala M. La enseñanza universitaria. El escenario y sus protagonistas. Madrid: Narcea; 2002.
8. Bisquerra R. Educación emocional y competencias básicas para la vida. RIE. 2003;21:7-43.
9. Ros Martrat Eulalia. Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria: Una mirada desde tutores y residentes. Educ. méd. [Revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2015 Dic 15] ; 7(4): 29-35. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132004000600009&lng=es.
10. Departamento de Enseñanza Práctica. Práctica Final Obligatoria. UNC. FCM. <http://pfo.webs.fcm.unc.edu.ar/>
11. Lafuente José-Vicente, Escanero Jesús F., Manso José M^a, Mora Sergio, Miranda Teresa, Castillo Manuel et al. El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. Educ. Méd. [Revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2015 Dic 15]; 10(2): 86-92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132007000300004&lng=es.
12. Espínola Blanca H. de, Bluvstein Samuel, Melis Ingrid G., González Marcelo A.. La formación de competencias clínicas según la percepción de los graduados de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, UNNE, Argentina. Educ. méd. [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2015 Dic 15] ; 8(1): 31-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132005000100008&lng=es.