

Formación médica por competencias adquiridas en el primer y segundo niveles de atención

Rosalinda Flores Echavarría, Adelita Sánchez Flores*,
Rosario Urbina Becerra*, Víctor Ríos Cortezar***

Resumen

En la educación por competencias se privilegia la formación en ambientes reales en los cuales se verifica la práctica profesional, en la medicina hay dos ambientes centrales: el segundo y el primer nivel de atención. Para conocer la importancia de estos ambientes en el desarrollo de competencias se realizó esta investigación consistente en establecer cuales competencias transversales para el médico, se realizan con mayor frecuencia en cada espacio clínico.

Metodología: Se definieron 22 competencias consideradas importantes por los profesores del programa del Primer Nivel, se identificó el grado de realización por el estudiante en términos de la frecuencia con que se realizaban las 22 actividades durante su estancia en los espacios clínicos, y si hay diferencia, estadísticamente significativa, entre el primer y segundo nivel de atención.

Se trata de un estudio transversal, comparativo, y exploratorio, en alumnos de medicina de la UAM-X.

Resultados: Las actividades de “elaboración de historia clínica”, “exploración de pacientes”, “establecimiento de una adecuada relación con los pacientes” e “identificación de factores de riesgo” tuvieron una alta frecuencia de realización. Las de nivel medio de frecuencia de realización fueron “establecimiento de diagnóstico presuntivo” y “prescripción de tratamiento”.

Abstract

In medicine, the learning process, based on professional competence has several interpretations. This was one of the main issues in the last national meeting of the Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) (The Mexican Association of Medical Schools).

Methodology: A transversal, comparative and explorative study of medical students at UAM-X was carried out. The level of performance of 22 professional activities considered important to examine by a group of expert on the subject, was measured.

Results: The activities with a high level of performance were: “the elaboration of medical records”, “examining patients”, “establishing an adequate interaction with patients” and “identifying risk factors”. The activities considered as having an average level of performance were: “establishing a pre-diagnosis” and “prescribing medical treatment”.

* Profesoras investigadoras de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco

** Profesor investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.

Fecha de recepción: 24 de mayo de 2007

Fecha de aprobación: 28 de agosto de 2007

Conclusiones: Habrá que reforzar las actividades “seguimiento de pacientes”, “orientación y cuidados en casa” y “conocimiento de las condiciones de vida de los pacientes”.

Se señala que las acciones realizadas preferentemente en el primer nivel de atención son de baja y media frecuencia de realización por lo que se recomienda que la institución educativa busque mecanismos para reforzarlas.

Palabras clave: competencias profesionales, aprendizaje en niveles de atención.

Conclusions: In the instruction of an integral general practitioner, “the follow up of a patient”, “home care guidance” and “finding out about the patient’s way of living” must be reinforced. The two activities “their interaction with colleagues” and “teamwork”, have an average level of performance, and that the place to acquire this competences is preferably at the hospital. Finally, the activities preferably carried out in the outpatient clinic have a low and average level of performance; therefore, medical schools should look for ways to reinforce them.

Key Words: Professional competence, learning process at health care centers.

Introducción

La Educación Basada en Competencias (EBC).

El término competencias laborales surge a raíz de la crisis producida por el lanzamiento del Sputnik en 1957, hecho que evidencia la necesidad de reenfocar la educación norteamericana, poniendo el énfasis en la capacidad de los egresados de transformar el mundo. Posteriormente se le ha vinculado con el saber hacer y con el sector productivo y se entiende de diferentes maneras. En la industria el denominador común se refiere a la capacidad de saber hacer, a la capacidad de un individuo para dominar un conjunto de tareas que pertenecen a una función particular (Mertens, 1996). No obstante, el vincular las competencias al mercado de trabajo, es decir a lo que se hace “aquí y ahora”, entraña un riesgo para la educación, pues, el actual mercado de trabajo rara vez expresa el futuro. En consecuencia, dado que la educación forma a los individuos para el mañana, debe contemplar no sólo el mercado presente, sino poseer una visión prospectiva. Por ello a la competencia de actuar en las condiciones actuales, debemos añadir la competencia de mantenerse competente, es decir la capacidad de asimilar los cambios e incluso innovar. Saber hacer y saber cambiar es el eje de las competencias consideradas en un sentido amplio y humanista. En la era de la informática y la automatización, no se puede pretender formar individuos aptos para ejecutar, de por vida, un número limitado de tareas. Esta situación sería, no sólo reduccionista, sino una falta de previsión, porque estaríamos dilapidando los recursos de la nación en formar individuos que se volverían obsoletos en el corto plazo.

En la actualidad son varias las escuelas de medicina que están incorporando el concepto de una educación en medicina basada en competencias para la formación de profesionales y la definición del perfil del egresado.

La Educación Basada en Competencias (EBC) en México ha adoptado variadas formas y enfoques pese a que en general no se maneja una metodología depurada (Vázquez y Pérez, 2000).

Guzmán (1998), afirma que la EBC es una modalidad educativa en la cual se forma a los estudiantes mediante una metodología de enseñanza que enfatiza “el saber hacer” y utiliza una organización e infraestructura similares a los del ámbito donde dichas competencias se efectuarán para asimilarlas mejor. Sin embargo, los autores del presente trabajo discrepan de quienes proponen un enfoque puramente práctico de las competencias al margen del conocimiento teórico y de la capacidad de hallar nuevos significados capaces de innovar y transformar el mundo.

La orientación de las iniciativas y procesos de cambio estratégicos de la EBC gira en torno a cuatro ejes de actuación: 1) el acercamiento entre el mundo laboral y la educación/formación; 2) la adecuación de los trabajadores (as) a los cambios en la tecnología y en la organización social de la producción y el trabajo; 3) la renovación de las entidades de educación/formación de los equipos docentes/instructores, y de la propia oferta educativa/formativa; y 4) de las modalidades de adquisición y reconocimiento de las cualificaciones (CIDECE, 2000). Tinoco (2001), distingue cuatro tipos de competencias:

- Competencias básicas: Son las más generalizadas, por ejemplo, lectura, redacción, matemáticas, etc.
- Competencias genéricas o transferibles: Son comunes en el desempeño de numerosos trabajos, por ejemplo, manejo de información, comunicación de ideas, solución de problemas, etc.
- Competencias específicas. Son aquellas que se relacionan con un puesto estipulado o con una línea determinada de puestos, por ejemplo, las asociadas a conocimientos técnicos.
- Competencias transversales: Son las que le dan al sujeto la posibilidad de moverse y de transferir las competencias de un contexto a otro.

En medicina ha tenido varias interpretaciones el aprendizaje basado en competencias profesionales, siendo un tema central de una de las últimas reuniones nacionales de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM). En esta reunión el Dr. Villalpando (2001) planteó la interrogante de “¿Cuáles son las competencias que deben tener los médicos en el siglo XXI?”, destacando que las instituciones de salud, empleadoras de los médicos, deben tener claro qué es lo que se espera del desempeño de los médicos generales; cuáles son las obligaciones que deben cumplir y, cuáles son las normas y estándares a que deben sujetarse, siempre en el marco del estado del arte del conocimiento, del equipamiento e instrumental disponible y de las aptitudes médicas esperadas.

En la misma reunión de la AMFEM, Abreu (2001) opinó que la corriente de competencias profesionales está orientada a evaluar a las personas, en el contexto de su operación en el mundo real, pero también pueden representar un riesgo, cuando son consideradas en un sentido estrecho y se limitan a producir individuos para el mercado de trabajo y no individuos para crear y transformar al mundo. Refiere también que: “las competencias deben ser instrumentos útiles para la evaluación, la enseñanza, la certificación y la contratación de personal. Deben estar enunciadas de forma clara y estar lo suficientemente explícitas para ser entendibles por profesores, alumnos y empleadores”. El Dr. Abreu define la EBC como: “el potencial para contener eficientemente con las tareas demandadas por la sociedad y la profesión en los ambientes complejos y dinámicos en los cuales se ejerce la medicina. Se constituyen por una serie de aptitudes integradas que abarcan capacidades intelectuales, destrezas y valores, que permiten a los individuos dar respuesta a los requerimientos de la práctica profesional presente y futura.”

Es desde este último punto de vista que se realizó la presente investigación ya que considera a las competencias del quehacer médico en sus dimensiones de forma y contenido de manera integral.

Los escenarios de aprendizaje para adquirir competencias

En la educación por competencias se privilegia la formación de los alumnos en los ambientes reales en los cuales se verificará la práctica profesional. En el caso de la Licenciatura en Medicina de la UAM Xochimilco, son dos ambientes clínicos centrales: el hospital de segundo nivel y el primer nivel de atención, además del salón de clases y el espacio comunitario.

Para las instituciones formadoras de médicos es fundamental precisar en qué espacios educativos formar y capacitar a los estudiantes para la adquisición de distintas competencias profesionales, reconociendo que los diversos escenarios de enseñanza son necesarios, pero que es importante definir qué competencias son desarrolladas en cada uno para optimizar el aprendizaje del alumno en el ambiente apropiado.

El aula o salón de clases

Este es el espacio más tradicional de la enseñanza, donde el alumno, mediante el encuentro con sus colegas y profesores tiene la oportunidad de adquirir conocimientos abstractos y analizar la teoría detrás de cada acto de la práctica. Encontramos actualmente en el aula, además de la cátedra magistral en la que el profesor transmite una serie de conocimientos y narra sus experiencias a los alumnos, gran variedad de técnicas didácticas que pretenden, cada vez con mayor énfasis, la participación activa de los alumnos (Acosta y Lifshitz, 1997). Es también el espacio de discusión y reflexión de los alumnos y el profesor sobre las experiencias adquiridas en los otros espacios para lograr en el alumno diferentes niveles de integración.

Comunidad

Este escenario puede brindar una invaluable riqueza a los alumnos, propiciando experiencias de aprendizaje relacionadas con la atención de la salud y con el enfoque de la prevención de los riesgos y daños. Es aquí donde el médico en formación puede valorar el impacto y los beneficios del trabajo multidisciplinario (Acosta y Lifshitz, 1997). Sin embargo, debe ser un espacio cuidadosamente guiado por el personal docente a fin de subsanar la carencia de recursos.

Primer nivel de atención

Según la Dra. Bárbara Starfield, citada por Fernández (2000), el primer nivel de atención, en forma ideal, debe cumplir con cuatro principios básicos: a) ser el primer contacto del sistema de salud, b) ser integral (abordar un amplio catálogo de enfermedades), c) ser longitudinal (atención del paciente a lo largo de su vida) y (d) estar coordinado, actuando de árbitro en el sistema de salud y canalizando a los pacientes con los especialistas adecuados. Es por estas razones que para el alumno de medicina es indispensable el aprendizaje y el contacto con pacientes en este nivel.

Sin embargo, la mayoría de los centros universitarios cuentan con una etapa muy breve de formación en ese nivel dentro de su programa de estudios. Un ejemplo de ello es que para el año de 1992, en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), se inició la operación del proyecto UNI-UAM-X/Tlahuac, convirtiéndose en el Programa Universitario de Primer Nivel y Salud Comunitaria. Este programa encontró resistencia por parte de los alumnos y docentes, quienes consideraban que el primer nivel carece de la infraestructura material y humana para la formación de los estudiantes (Sánchez et al., 2000).

Segundo nivel de atención

Es en este nivel donde el estudiante pasa más tiempo y tiene mayor contacto con los pacientes durante su etapa de formación. Sus virtudes como escenario de enseñanza son conocidos: concentración de pacientes de un mismo tipo, sesiones clínicas, tutoría de médicos adscritos y residentes, intercambio con pares académicos, sesiones anatomo clínicas, tecnología intermedia o avanzada para diagnóstico y tratamiento (estudios de laboratorio, imagenología, etc.).

En 1990, se realizó un análisis de las carreras del área de la salud que ofrece la UAM-X, el cual puso al descubierto que la práctica dominante de las profesiones de la salud ha influido para que se dé mayor énfasis a la enseñanza en el segundo nivel de atención a la salud (2000).

Para Alberto Lifshitz (1997), sin esta experiencia clínica, la educación médica se convertiría en pura especulación conceptual por lo que no habría confrontación práctica y reforzamiento del conocimiento. El alumno es inducido a estudiar los aspectos teóricos de los problemas que se observan en la práctica, comparar entre los estados de salud y enfermedad, y a entender las alteraciones morfofuncionales más importantes que se producen en el enfermo. Se le instruye además, en diversos procedimientos

para diagnóstico y tratamiento, capacitándolo para ejercer con criterio una práctica profesional.

Tercer nivel de atención

Los centros hospitalarios de tercer nivel, por la infraestructura y los recursos económicos con los que cuentan, muchas veces parecen inalcanzables para el ejercicio del médico general, pero es importante que el estudiante de medicina cuente con una integración en alguna etapa de su formación, aunque sea de corta duración, para que tenga conocimiento y discernimiento de cuándo debe canalizar un paciente a estos centros hospitalarios, puesto que la medicina practicada allí está basada en la subespecialización y la alta tecnología.

La presente investigación se planteó tomando como base la consideración de que la diversificación de espacios de enseñanza favorece una mejor formación del médico. Se trata de establecer cuáles competencias, de las denominadas transversales para el médico, se desarrollan con mayor énfasis en cada espacio clínico, considerando el primer y segundo niveles. En el estudio se definieron 22 competencias o actividades a desarrollar fundamentalmente en el primer nivel de atención, consideradas importantes por los profesores del programa de la licenciatura. Se identificó el *grado de realización* de la actividad, definido éste como la frecuencia en que dichas actividades se llevaban a cabo por el estudiante durante su formación académica en los dos niveles de atención investigados, y si hay diferencia significativa entre el primer y segundo niveles de atención a la salud. Es importante señalar que los profesores definieron las competencias a desarrollar y que éstas fueron planteadas a los alumnos como actividades realizadas; por consiguiente, los términos competencia y actividad se utilizan indistintamente a lo largo de este trabajo.

Con el objeto de conocer la importancia de cada uno de los ambientes clínicos antes mencionados, en la adquisición de las competencias establecidas en los planes y programas de estudio de dicha licenciatura, se realizó la presente investigación.

Metodología

Se trata de un estudio transversal, comparativo, expost-facto y exploratorio. Para la medición del grado de realización de cada actividad se elaboró una encuesta con el listado de las 22 actividades consideradas importantes de explorar por el grupo de expertos (profesores de la cuarta y última fase de la Licenciatura en Medicina de la UAM-X), lo que le da validez de constructo al instrumento. Posteriormente, para simplificar

el análisis, estas actividades se agruparon en cuatro grupos: 1. Adquisición de conocimientos y habilidades clínicas; 2. Relación con el paciente y la comunidad; 3. Relación con los colegas y trabajo en equipo y 4. Acciones preventivas, epidemiológicas y en comunidad.

Se aplicó la encuesta a 30 alumnos, tomados al azar, de la Licenciatura en Medicina de la UAM-X de los módulos XIII, XIV y XV que se cursan simultáneamente con el Servicio Social. Cada alumno contestaba dos cuestionarios iguales pero uno referido al primer nivel y otro al segundo nivel de

atención. Para cada nivel de atención debía de decidir, en una escala de Likert numerada del uno al ocho, el grado o frecuencia de realización de cada una de las 22 competencias en el nivel correspondiente, considerando el número 1 como bajo grado de realización o baja frecuencia y el ocho como alto grado o alta frecuencia de realización.

Se consideró como variable independiente el nivel de atención en que adquirió la competencia, y como variables dependientes las 22 competencias profesionales (Cuadro 1).

CUADRO 1.
DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES POR GRUPO.

1. Adquisición de conocimientos y habilidades clínicas.
Elaboración de historia clínica.
Exploración de los pacientes.
Adquisición de conocimientos.
Perfeccionamiento o adquisición de habilidades profesionales.
Establecimiento de diagnóstico presuntivo.
Prescripción de tratamiento.
2. Relación con el paciente y la comunidad.
Orientación y cuidados en casa.
Seguimiento de pacientes.
Referencia y contrarreferencia.
Establecimiento de una adecuada relación con los pacientes.
Conocimiento de las condiciones de vida de los pacientes.
3. Relación con los colegas y trabajo en equipo.
Participación con otros profesionales de la salud en la resolución de problemas.
Comunicación con los otros colegas sobre casos clínicos.
4. Acciones preventivas, epidemiológicas y técnicas.
Identificación de factores de riesgo.
Registro de información.
Realización de cercos epidemiológicos.
Educación y promoción para la salud.
Detección de enfermedades crónicas degenerativas.
Detección de embarazadas.
Toma de muestras.
Aplicación de biológicos.
Acceso a tecnología adecuada para el diagnóstico y la terapéutica.

Para facilitar el análisis se agruparon las respuestas 1 y 2 como bajo grado de realización de la actividad, las respuestas 3 al 6 como grado medio de realización de la actividad y las respuestas 7 y 8 como alto grado de realización de la actividad.

Se utilizó el estadístico Ji cuadrado para determinar el grado de asociación del nivel de realización de la competencia con el espacio de enseñanza. Se determinó el nivel de significancia estadística en .05. Se calculó además la frecuencia simple de cada competencia por nivel de atención. Para facilitar el análisis, el grupo de expertos (profesores de la cuarta y última etapa de la licenciatura), decidió clasificar el grado de realización de las actividades (independientemente del espacio de aprendizaje) en tres niveles: alto grado de realización (porcentaje por arriba de 66.0), grado de realización medio (con porcentaje entre 51 y 65) y grado de realización bajo (con porcentaje por debajo de 50).

Resultados

Grupo 1. Adquisición de conocimientos y habilidades clínicas

Como se puede observar en el cuadro 2, en el primer grupo se encontró que, según la apreciación de los estudiantes, cuatro de las seis actividades comprendidas en este grupo, tuvieron un alto grado de realización: “Elaboración de historia clínica” (72.4%), “exploración de pacientes” (85.0%), “perfeccionamiento o adquisición de habilidades profesionales” (86.7%) y “adquisición de conocimientos” (78.0%). Por otro lado, las actividades de “establecimiento de diagnóstico presuntivo” (65.0%) y “prescripción de tratamiento” (55.0%), se ubicaron en el grado de realización medio, cuestión que llama la atención por la importancia de estas dos últimas actividades en la formación de los futuros médicos y que deben ser realizadas con frecuencia alta en cualquier espacio clínico.

CUADRO 2.

GRUPO 1. Adquisición de conocimientos y habilidades clínicas.				
Competencia Profesional.	% Total de realización de la competencia	Espacio de Enseñanza		Valor de Ji cuadrada entre los dos niveles
		% En el Primer Nivel	% En el Segundo Nivel	
Elaboración de historia clínica.	72.4 grado alto	47.6	52.4	.443
Exploración de los pacientes.	85.0 grado alto	56.9	43.1	.011
Adquisición de conocimientos.	78.0 grado alto	43.5	56.5	.166
Perfeccionamiento o adquisición de habilidades profesionales.	86.7 grado alto	48.1	51.9	.440
Establecimiento de diagnóstico presuntivo.	65.0 grado medio	59.0	41.0	.131
Prescripción de Tratamiento.	55.0 grado medio	72.7	27.3	.000

Cabe aclarar que cuatro de las seis actividades se adquieren indistintamente en el primer o segundo nivel de atención, para un nivel de significancia de .05. En la competencia “prescripción del tratamiento” se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la realización de la actividad comparando los dos niveles de atención, a favor del primer nivel (72.7%). Así como en la competencia “exploración de pacientes” con 56.9%. Es importante señalar que si el nivel de significancia hubiera sido más estricto (.01), no habría diferencia en los niveles de atención.

Grupo 2. Relación con el paciente y la comunidad

En este caso se encontró que sólo una actividad tuvo un grado de realización alto, “Establecimiento de una adecuada relación con los pacientes” (76.7%) con una diferencia significativa a favor del primer nivel (63.0%), cuadro 3.

Cuadro 3.

GRUPO 2. Relación con el paciente y la comunidad.				
Competencia Profesional	%Total de realización de la competencia	Espacio de Enseñanza		Valor de Ji cuadrada entre los dos niveles
		% En el Primer Nivel	% En el Segundo Nivel	
Orientación y cuidados en casa.	58.3 grado medio	71.4	28.6	.000
Seguimiento de pacientes.	53.3 grado medio	59.4	40.6	.011
Referencia y contrarreferencia.	42.4 grado bajo	64.0	36.0	.001
Establecimiento de una adecuada relación con los pacientes.	76.7 grado alto	63.0	37.0	.001
Conocimiento de las condiciones de vida de los pacientes.	60.0 grado medio	72.2	27.8	.000

En relación a las competencias “orientación y cuidados en casa”, “seguimiento de pacientes” y “conocimiento de las condiciones de vida de los pacientes”, el grado de realización fue medio (58.3%, 53.3% y 60.0%, respectivamente) con diferencias estadísticamente significativas a favor del primer nivel, en dos de ellas. Para la competencia “seguimiento de pacientes”, el grado de realización es mayor en el primer nivel de atención.

Grupo 3. Relación con los colegas y trabajo en equipo

En el cuadro cuatro se observa que las dos competencias incluidas en este grupo: “participación con otros profesionales de la salud” y “comunicación con otros médicos” el grado de realización comunicado por los alumnos es medio. El mayor porcentaje de realización de las actividades se ubica en el hospital (64.7% y 66.7% respectivamente).

CUADRO 4.

GRUPO 3. Relación con los colegas y trabajo en equipo.				
Competencia Profesional	% Total de Realización de la competencia	Espacio de Enseñanza		Valor de Ji cuadrada entre los dos niveles
		% En el Primer Nivel	% En el Segundo Nivel	
Participación con otros profesionales de la salud en la resolución de problemas.	56.7 grado medio	35.3	64.7	.024
Comunicación con otros médicos sobre los casos clínicos.	55.0 grado medio	33.3	66.7	.024

Grupo 4. Acciones preventivas, epidemiológicas y técnicas

Como se puede observar, en el cuadro cinco, de las nueve competencias contenidas en este grupo, sólo una se califica

como de nivel de realización alto “identificación de factores de riesgo”, y se realiza preferentemente en el primer nivel de atención. Una actividad que no se realiza es la de “establecer cercos epidemiológicos”.

CUADRO 5.

GRUPO 4. Acciones preventivas, epidemiológicas y técnicas.				
Competencia Profesional	% Total de realización de la competencia	Espacio de Enseñanza		Valor de Ji cuadrada entre los dos niveles
		% En el Primer Nivel	% En el Segundo Nivel	
Identificación de factores de riesgo.	66.1 grado alto	61.5	38.5	.025
Registro de información.	39.0 grado bajo	30	48.3	.000
Realización de cercos epidemiológicos.	No realizada	-	-	-
Educación y promoción para la salud.	55.9 grado medio	72.7	27.3	.000
Detección de enfermedades crónico degenerativas.	56.7 grado medio	67.6	32.4	.001
Detección de embarazadas.	53.3 grado medio	71.9	28.1	.001
Toma de muestras.	46.7 grado bajo	20.0	73.3	.000
Aplicación de biológicos.	37.3 grado bajo	50.0	50.0	.000
Acceso a tecnología adecuada para el diagnóstico y la terapéutica.	48.3 grado bajo	10.3	89.7	.000

De las siete restantes, cuatro se realizan en grado bajo: “registro de información”, “acceso a tecnología adecuada para el diagnóstico y la terapéutica”, “aplicación de biológicos y toma de muestras”, siendo para estas cuatro competencias el primer nivel el principal sitio de realización. Las últimas tres competencias: “educación y promoción para la salud”, “detección de enfermedades crónico degenerativas” y “detección de embarazadas” se realizan en un nivel medio y principalmente en el primer nivel de atención a la salud.

Conclusiones

Se considera importante que las actividades “elaboración de historia clínica”, “exploración de pacientes”, “establecimiento de una adecuada relación con los pacientes” e “identificación de factores de riesgo” hayan tenido, según la opinión de los estudiantes, un grado de realización alto ya que son actividades básicas en el ejercicio profesional. Se hace necesario, en un estudio posterior, evaluar la calidad con que son realizadas, pues aunque se parte del criterio de que el alto grado de realización mejora la práctica de la actividad, esto se cumple si hay asesoría y autoevaluación de la actividad.

Las actividades consideradas como de nivel medio de realización: “establecimiento de diagnóstico presuntivo” y

“prescripción de tratamiento” alertan sobre la necesidad de reforzar su realización ya que son prioritarias en el ejercicio profesional.

En la búsqueda de formar un médico general integral, habría que reforzar las actividades “seguimiento de pacientes”, “orientación y cuidados en casa” y “conocimiento de las condiciones de vida de los pacientes”, ya que no hay enfermedades sino enfermos y en el tratamiento y prevención de la enfermedad y sus complicaciones habrá que tomar en cuenta estos factores.

Resulta significativo que las dos actividades del grupo relación con los colegas y trabajo en equipo, tengan un grado de realización medio y el sitio de adquisición de la competencia sea preferentemente el hospital. Es necesario reforzar en la licenciatura la realización de estas actividades no solo en hospital, sino también en el primer nivel donde el médico puede y debe comentar con otros colegas el diagnóstico y tratamiento ya que los medios de comunicación actuales facilitan esta relación.

Finalmente, se señala que las acciones preferentemente realizadas en el primer nivel de atención son de grado de ejecución bajo y medio por lo que la institución educativa habrá de buscar mecanismos para reforzarlas.

Bibliografía

- Mertens L. *Competencia laboral: sistemas, surgimientos y modelos*. Edición en español. Montevideo Cinterfor: OIT, 1996, p 119.
- Vázquez J, Pérez, B. *Metodología educativa basada en competencias profesionales*. Universidad de Monterrey, edición en español. México, 2000.
- Guzmán JC. *Modelos curriculares de la educación basada en competencias*. Edición en español: Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México 1998. p. 56.
- CIDEC / Gobierno Vasco / Fondo Social Europeo, 2000. Competencias profesionales: enfoques y modelos a debate. Donostia, San Sebastián. <http://132.236.108.39:8050/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/doc/otros/cidec/index.htm>.
- Tinoco M. Educación basada en competencias en el ámbito de la educación superior: ANUIES en: *didac*, No. 37, UIA. Primavera, México, 2001.
- Villalpando Casas, J. *Competencias profesionales del médico para el nuevo milenio*. Ponencia presentada en la XLIV Reunión de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Tuxla Gutiérrez, Chiapas. México. 2001.
- Abreu L. *Competencias Profesionales: Aspectos Introductorios*. Ponencia presentada en la XLIV Reunión de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. Tuxla Gutiérrez, Chiapas. México, 2001.
- Acosta E, Lifshitz A. Formación profesional del médico en: *Educación Médica. La enseñanza y aprendizaje de la clínica*. Editorial AUROCH S. A. de C. V., 1997.
- Fernández C. España, entre los países con mejor atención primaria de salud. Sanidad. Jueves 28septiembre. 2000. <http://www.diariomedico.com/sanidad/san280900comseis.html>.
- Sánchez A. et al. *Las Oportunidades de Aprendizaje en el Primer Nivel de Atención*. Ponencia presentada en la reunión anual de la Red de Instituciones Educativas en Ciencias de la Salud con Orientación Comunitaria: Innovations in Health Professions Education and Community Orientation. Manama, Bahrain, 2000.
- Lifshitz A, Ruvalcaba V. *Enseñanza de la Clínica en Educación Médica. La Enseñanza y Aprendizaje de la Clínica*. Editorial AUROCH S.A de C.V., 1997.