

L'ADQUISICIÓ DE LES COMPETÈNCIES PROFESSIONALS EN
L'ESPECIALITAT DE MEDICINA DE FAMÍLIA I COMUNITÀRIA A
CATALUNYA. UNA APORTACIÓ DES DE LA FORMACIÓ

EULÀLIA ROS MARTRAT



Universitat Autònoma de Barcelona

TESI DOCTORAL

Títol	L'adquisició de les competències professionals en l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària a Catalunya. Una aportació des de la formació.
Realitzada per	Eulàlia Ros Martrat
En el Departament	Pedagogía Aplicada de la UAB
Dirigida per	Dr. Esteve Pont Barceló

L'ADQUISICIÓ DE LES COMPETÈNCIES PROFESSIONALS
EN L'ESPECIALITAT DE MEDICINA DE FAMÍLIA I
COMUNITÀRIA A CATALUNYA. UNA APORTACIÓ
DES DE LA FORMACIÓ.

EULÀLIA ROS MARTRAT

BARCELONA 2002

*Al Martín i als meus
pares que tant estimo*

INDEX GENERAL

Agraïments

Breu resum

1. Introducció

1.1. JUSTIFICACIÓ I DELIMITACIÓ DEL PROBLEMA	13
1.2. OBJECTIUS DEL TREBALL	19
1.3. HIPÒTESI I SUBHIPÒTESIS	21

2. Aproximació teòrica i conceptual

2.1. A PROPÒSIT DE LA COMPETÈNCIA PROFESSIONAL	23
2.1.1. Competència i competència professional: desenvolupament conceptual... 24	
2.1.1.1. La competència i la competència professional	24
2.1.1.2. Accepcions i naturalesa de la competència	25
2.1.2. Relació amb altres conceptes pròxims:	31
2.1.2.1. Competència i actuació professional	32
2.1.2.2. Competència i qualificació professional	34
2.1.3. Tipologies de competències professionals	37
2.1.4. Tècniques per definir competències i perfils professionals.....	38
2.2. LA FORMACIÓ EN EL CONTEXT LABORAL I LA SEVA CONTRIBUCIÓ EN EL DESENVOLUPAMENT DE COMPETÈNCIES PROFESSIONALS	42
2.2.1. Aprenentatge experiencial i competències professionals: aportacions de Kolb, Benner i Schön	43
2.2.2. La formació en el lloc de treball i la seva contribució a aquest aprenentatge experiencial	53
2.3. L'AVALUACIÓ DE LES COMPETÈNCIES PROFESSIONALS	57
2.3.1. L'avaluació des del punt de vista pedagògic i didàctic.....	58
2.3.2. Avaluació de competències professionals: per què, qui, com	63

2.4. SÍNTESI DE LES COMPETÈNCIES PROFESSIONALS A TRAVÉS DE LES SEVES CARACTERÍSTIQUES PRINCIPALS	65
2.5. COMPETÈNCIES PROFESSIONALS DE L'ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMÍLIA I COMUNITÀRIA.....	66
2.5.1. Factors que actualment condicionen la competència professional en medicina.	66
2.5.2. La Reforma d'Atenció Primària: una nova manera d'entendre aquest nivell assistencial	72
2.5.3. Perfil professional i competències de l'especialista en Medicina de Família i Comunitària	78
2.6. EL SISTEMA MIR COM A MODEL DE FORMACIÓ EN EL LLOC DE TREBALL	83
2.6.1. El sistema MIR en el marc de la formació mèdica.....	84
2.6.1.1. El pregrau o formació bàsica	85
2.6.1.2. La formació contínua	88
2.6.2. El sistema MIR: model de formació especialitzada en el lloc de treball	90
2.6.2.1. Panorama històric.....	91
2.6.2.2. L'especialitat de Medicina de Família i Comunitària.....	93
2.7. PROPOSTA D'AVALUACIÓ EXTERNA DE LES COMPETÈNCIES PROFESSIONALS EN MEDICINA: LA PROVA ACOE	120

3. Procés metodològic

3.1. INTRODUCCIÓ	129
3.2. LA METODOLOGIA	130
3.2.1. El mètode descriptiu	130
3.2.2. Allò quantitatiu i allò qualitatiu dels estudis descriptius	131
3.2.3. La triangulació com estratègia metodològica de l'estudi	132
3.3. Les variables de l'estudi	137
3.4. La població	141
3.4.1. Població 1 –Residents-.....	142
3.4.2. Població 2 –Tutors-.....	143
3.5. ELS INSTRUMENTS DE MESURA.....	144
3.5.1. Qüestionari	144
3.5.1.1. Selecció	144
3.5.1.2. Construcció.....	146

3.5.1.3.	Assaig pilot.....	150
3.5.1.4.	Qüestionari definitiu	155
3.5.2.	Grup Focal	159
3.5.2.1.	Selecció	160
3.5.2.2.	Preparació.....	161
3.5.2.3.	Desenvolupament	162
3.6.	EL PROCÉS DE RECOLLIDA DE DADES	163
3.7.	EL TRACTAMENT DE LES DADES OBTINGUDES AL QÜESTIONARI.....	163
3.7.1.	Estadística descriptiva	164
3.7.1.1.	Variables categòriques.....	164
3.7.1.2.	Variables quantitatives.....	165
3.7.1.3.	Preguntes resposta oberta.....	166
3.7.2.	Estadística inferencial	167
3.7.2.1.	Variables quantitatives: comparació de mitjanes en grups independents.....	167
3.7.2.2.	Variables categòriques: comparació de proporcions	168
3.8.	EL TRACTAMENT DE LES DADES OBTINGUDES ALS GRUPS FOCALS.....	169
3.9.	EL TRACTAMENT DE LA COMBINACIÓ DE DADES QUANTITATIVES I QUALITATIVES: INFORME DE RESULTATS	170
4. Resultats		
4.1.	RESIDENTS	171
4.2.	TUTORS	227
4.3.	COMPARATIVA RESIDENTS I TUTORS	273
5. Discussió i conclusions		
5.1.	VALORACIÓ DELS RESULTATS	285
5.2.	LIMITACIONS DE L'ESTUDI	307
5.3.	RESPOSTA A LA HIPÒTESI I ALS OBJECTIUS PLANTEJATS	309

5.4. IMPLICACIONS PER A LA PRÀCTICA I RECOMANACIONS	318
5.5. LÍNIES FUTURES D'INVESTIGACIÓ	325
Referències bibliogràfiques	329
Relació d'annexos CD	353
Relació de figures, taules i gràfics	355
Relació de sigles	359
Glossari de termes mèdics	361

Agraïments

Al mirar enrere i prendre consciència del camí fet, veig moltes persones. Persones que d'una manera o d'altra, m'han estat acompanyant en aquest procés i que han contribuït a què aquell projecte esdevingués realitat. A tots ells, el meu agraïment.

Al Sr. Esteve Pont, amic i director, per les seves aportacions, reflexions, interpel·lacions i per la il·lusió i esforç que ha posat en aquest projecte. Compartir amb ell aquest treball ha estat un plaer, un estímul i un autèntic aprenentatge.

A la Sra. Marta Espinalt, al Sr. Joan Escoda, al Sr. Pepe Tejada, i al Sr. Lluís Costa que amb les seves orientacions i reflexions han estat de gran ajuda especialment en l'enfocament i metodològic, empíric i estadístic. També perquè han contribuït a que apreciés i desenvolupés l'actitud de rigor imprescindible com a investigadora.

Al Sr. Martín Zurro, Coordinador General del Programa de Medicina de Família i Comunitària de Catalunya, per introduir-me en aquesta especialitat i facilitar-me el treball de camp, als coordinadors de les Unitats Docents que em van proporcionar dades i van vetllar perquè el qüestionari arribés als col·lectius implicats i als autèntics protagonistes, tutors i residents "anònims" que van col·laborar responnent el qüestionari i especialment a aquells que, a més a més, van participar en els grups focals. Un record també per tots aquells professionals, que es van oferir a fer de jutges per validar el qüestionari, per les seves valuoses aportacions.

Al Director de l'IES (Institut d'Estudis de la Salut), el Sr. Oriol Bosch, i als seus col·laboradors, al Sr. Josep Ma. Martínez Carretero i a la Sra. Montse Valls per la seva disponibilitat i per facilitar-me tot tipus de dades i documentació, inclús de caràcter restringit. També per permetre'm conèixer la prova d'avaluació de la competència i participar com a observadora en els reunions dels membres del Comitè de Prova de Geriatria, als qui he d'agrair el fer-me sentir com un membre més. Una especial menció al Sr. Carles Blay, per haver-me encoratjat i orientat en aquest projecte.

A la Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i l'Esport i a l'Escola d'Infermeria i Fisioteràpia de Blanquerna (Universitat Ramon Llull) per tot el suport emocional i material rebut.

A tots aquells que componen els "crèdits" d'aquest treball.

A la Sra. Montse Botines en la correcció lingüística i a tants altres col·laboradors que han participat en la logística d'aquest treball: Sra. Teresa Ros, Sr. Martín Curletto, Sra. Agurtzane Zallo, Sra. Paquita Martrat, i Sr. Miquel Àngel Prats

Als amics i companys que en moments de dubtes m'han orientat, als qui han confiat en mi, als qui m'han animat, als qui m'han ofert la seva ajuda desinteressadament i als qui han sabut escoltar i esperar.

Per últim, crec que aquest treball no hagués estat possible sense el recolzament, l'afecte, la paciència, les bromes i el "pressing" de la família. Els pares, el Martín, els germans, els cunyats i els nebots, que a la seva manera també han entès que no els podia dedicar tot el temps que hagués desitjat. A tots ells, gràcies per ser-hi.

Breu resum

Aquest treball és un estudi de les percepcions sobre l'adquisició de les competències en el context professional que ofereix el model MIR de formació postgraduada de professionals mèdics, des de dos angles diferents, la dels metges-tutors i la dels metges-residents que es volen contrastar. Consta de cinc capítols.

En un primer apartat es justifica i es delimita el problema de recerca al context català, a una especialitat concreta –Medicina de Família i Comunitària- i a un moment concret –final de darrer any de formació. Arribat aquest punt es planteja la hipòtesi que guiarà tot el procés de treball i els objectius.

En un segon capítol es presenta l'estat de la qüestió amb dues parts clarament diferenciades; una que es centra en el concepte competència, les seves característiques, com s'aprenen i avaluen i l'alta de descripció de les competències del metge en Medicina de Família i Comunitària i dels elements que caracteritzen la formació MIR i aquesta especialitat en concret.

En el tercer capítol s'exposa el procés metodològic seguit en el treball de camp: les variables a analitzar, el procés de construcció i validació dels instruments utilitzats (qüestionaris i grups focal), el procés de recollida de dades i el seu tractament.

En el capítol de resultats es mostren les principals dades estadístiques obtingudes en el qüestionari acompanyades d'interpretacions qualitatives que s'han fet en els grups de discussió de forma independent, tutors i residents i de forma contrastada.

Per últim, s'analitzen els resultats obtinguts en funció del marc de referència i es presenten les principals conclusions de l'estudi per acabar amb un seguit de propostes i recomanacions per millorar la pràctica, fruit de tot el treball realitzat.

2. Aproximació teòrica i conceptual

2.1. A PROPÒSIT DE LA COMPETÈNCIA PROFESSIONAL

En l'última dècada, el concepte de competència ha anat adquirint cada cop més presència en els entorns professionals, laborals i acadèmics a l'estar associat als nous models educatius i d'organització del treball. Però si bé són molts els professionals –formadors, didactes, psicòlegs, sociòlegs, economistes, empresaris, planificadors i gestors educatius, etc.- que fan ús d'aquest concepte, no tots ells li atribueixen el mateix significat.

De fet, no es tracta d'un concepte nou¹ però sí ha evolucionat en quant a contingut ateses les noves exigències de la competitivitat (qualitat, servei, innovació...), les noves tecnologies i la complexitat creixent de les situacions professionals. Una nova perspectiva de la competència s'ha anat imposant des dels anys 70 que es fa evident, per exemple, en l'àmbit específic de la selecció de personal perquè és en aquests anys quan McClelland inicia innovacions buscant noves variables –competències- per predir el rendiment laboral com alternativa als estudis de personalitat, intel·ligència i aptituds i a la qualificació que confereixen els títols.

Una revisió de la bibliografia al respecte permet afirmar que es tracta d'un concepte polisèmic, ple de matisos -es parla senzillament de competència o de competència acompanyada d'adjectius com laboral o professional-, difícil de diferenciar d'altres conceptes pròxims i que presenta problemes per l'establiment d'equivalències terminològiques amb altres idiomes. Per tots aquests motius, l'aproximació que es fa de la competència professional en aquest marc conceptual no pretén ser una anàlisi exhaustiva d'aquest complex concepte. La intenció és només clarificar alguns elements bàsics d'aquest entrellat per poder entendre el posicionament de l'autora al llarg de la recerca.

¹ Com descriu Le Boterf (2000b) ja en els anys 50 es posa de moda que les empreses busquin persones competents i qualificades.

2.1.1. Competència i competència professional: desenvolupament conceptual

2.1.1.1. La competència i la competència professional

És el mateix competència que competència professional? Existeixen altres tipus de competència a més de la professional? Quina diferència existeix entre competència professional i laboral o ocupacional? Aquests és el primer punt que cal analitzar abans de fer un desenvolupament conceptual ja que, com s'ha avançat en la introducció, la literatura no resulta especialment clarificadora i en moltes ocasions se'n fa un ús poc precís del adjectius complementaris, quan hi són.

El concepte competència està sotmès a diverses interpretacions, depenent de qui en parli, però el que varia en cada cas, no és tant la seva naturalesa com el context en el que s'utilitza i l'ús que se'n fa del mateix. Així, mentre experts en política educativa i corporacions professionals emfasitzen la relació entre professió i competències (capacitació, qualificació, perfil...) en recursos humans s'identifiquen les competències més de caràcter ocupacional o laboral vinculades a un lloc de treball i organització concreta en el marc del que avui en dia s'anomena gestió per competències. Tots dos parlen de competències però en el primer cas serien professionals perquè s'analitzen des d'una perspectiva més genèrica i amb un caràcter més "homologable" en el sentit que implica a tot un col·lectiu professional i en el segons cas, que es podrien complementar amb adjectius com laborals o ocupacionals, referencien un perfil més específic que té relació amb un lloc de treball i amb una organització concreta i per tant, estan condicionades per aquesta dimensió contextual. No obstant, i tractant-se del col·lectiu mèdic, ambdues arriben a ser molt pròximes o fins i tot coincidents pel fet que habitualment les funcions del lloc de treball al qual accedeix el metge són aquelles pròpies de la professió.

Així, en aquest estudi es fa referència a les competències professionals com les pròpies d'una professió,² entenent que aquesta, es caracteritza, segons diversos estudiosos (Le Boterf, 2001; Macdonald, 1995; Maudsley & Strivens, 2000; Oriol Bosch, 1998; Shön, 1992) per idees com les següents:

² Segons Pont et al. (1996) la professió mèdica és una de les que s'han anomenat "grans professions", com també ho són l'advocacia i l'arquitectura, que ha potenciat especialment tots els elements característics d'un cos professional.

- Existència d'un cos de coneixements especialitzats necessaris per l'exercici que no disposa qui no forma part de la professió i sobre el que mantenen el control, desenvolupament i presentació social.
- Aquest coneixement acostuma a ser certificat i acreditat amb una titulació acadèmica universitària (no sempre).
- Existència d'un codi deontològic que regula la pràctica ètica.
- El desenvolupament professional depèn en gran mesura de l'experiència, la pràctica i la reflexió sobre aquesta.
- Saber actuar davant de situacions complexes, conflictives i ambigües.
- Desenvolupament d'una cultura professional (valors i creences que comparteixen els membres i que facilita la "identitat professional").
- Existència d'un col·legi o associació professional (forma d'organització col·lectiva dels professionals).
- Grau d'autonomia en el control del contingut tècnic del seu treball (depenent de la professió).
- Grau d'independència o llibertat en les relacions amb les estructures de mercat laboral i l'oferta i demanda de professionals (depenent de la professió).
- Estatus social i prestigi social independentment de l'origen de la persona que s'incorpora en el col·lectiu professional (en funció del valor que es confereixi socialment a la professió).

Per finalitzar amb aquesta disquisició sobre el component professional de la competència restaria veure quina és la relació que s'estableix entre aquesta i el clàssic perfil professional. En aquest sentit, donat que en la identificació de les competències d'un professional es dibuixa, amb més o menys matisos, una manera d'entendre el professional, l'autora utilitzarà l'expressió perfil competencial com a integració d'ambdós conceptes. A més, com indica Rial (2000) el desglossament del perfil per competències i unitats de competències, permet definir les accions formatives necessàries pel domini professional.

2.1.1.1. Accepcions i naturalesa de la competència

Abans d'analitzar amb més deteniment la naturalesa del mateix concepte de competència, és necessari clarificar que existeixen diverses accepcions que pot prendre el terme competència com a substantiu del verb *competere* doncs totes elles

apareixen en el transcurs d'aquest treball, a més de ser un element a tenir en compte en l'anàlisi de definicions del concepte. Seguint a Lévy-Leboyer (1997) són les següents:

- La idea de *competència com autoritat* acostuma a aparèixer en les decisions sobre els assumptes i encàrrecs que queden sota la competència directa d'un professional concret.
- La idea de *competència com incumbència* s'acostuma a utilitzar per l'acotament de tasques i funcions de les quals són responsables uns treballadors en un domini professional determinat.
- La idea de *competència com capacitat* s'utilitza per destacar el grau de preparació en diverses capacitats professionals –coneixements, saber fer...- de la persona com a conseqüència de l'aprenentatge. Fa referència al tractament pedagògic de les competències professionals que configuren una ocupació.
- La idea de *competència com qualificació* acostuma a aparèixer quan s'està decidint si una persona mostra les qualitats que s'atribueixen com a pertinents pel lloc de treball. La qualificació també eludeix a la garantia de competència que ofereix una determinada titulació.
- La idea de *competència com suficiència* en l'execució en una professió o categoria ocupacional donada, s'acostuma a utilitzar per marcar els mínims pel bon fer competent. S'acoten les especificacions mínimes que s'han de superar per accedir o mantenir-se satisfactòriament en una ocupació amb garanties de solvència i professionalitat .

A aquestes, s'ha d'afegir una altra accepció, la idea de *competència com excel·lència* en l'execució d'una professió o lloc de treball, que s'utilitza per fer referència al conjunt de comportaments que permeten una actuació excel·lent. Aquesta accepció és molt utilitzada en l'àmbit de les organitzacions i de gestió de recursos humans.³

³ En competència professional, quan es parla d'excel·lència s'escau el terme expertesa. Més endavant, en el punt 2.2.1. es presenten dues tesis (Benner i Schön) sobre el procés de professionalització i de desenvolupament de competències que permet passar de novell a expert.

Un cop precisades les diverses accepcions del concepte, l'anàlisi sobre el seu contingut i naturalesa es fonamenta en les definicions que de la competència en fan diferents autors actual i que il·lustren la diversitat plantejada. Són les següents:

"...té competència professional qui disposa dels coneixements, destreses i aptituds necessàries per exercir una professió, pot resoldre els problemes professionals de manera autònoma i flexible, i està capacitat per col·laborar en el seu entorn professional i en l'organització del treball..."^I (Bunk, 1994, p. 9)

"Una competència es defineix com un sistema de coneixements, conceptuals o procedimentals, organitzats en esquemes operatoris i que permeten, dins d'una família de situacions, la identificació d'una tasca-problema i la seva resolució a través d'una acció eficaç (execució)." ^{II} (Gillet, 1994, p. 69)

"D'acord amb la concepció integrada, la competència és conceptualitzada en termes de coneixements, habilitats, destreses i actituds que es manifesten en una selecció acurada de tasques o elements centrals en la pràctica de la professió(...) Els principals atributs que són requerits per una actuació competent d'aquestes tasques o elements clau estan identificats. Aquests inclouen habilitats cognitives (coneixement, pensament crític, estratègies de resolució de problemes), habilitats interpersonals, característiques afectives i habilitats tècniques-psicomotrius." ^{III} (Hager & Gonczi, 1996, p.15)

"Una descripció de les habilitats o capacitats requerides per una actuació competent en una ocupació tradicionalment invoca termes com "coneixement", "habilitat" i "actituds" i característiques personals rellevants de caràcter subjacent." ^{IV} (Hager & Gonczi, 1996, p.16)

"...el conjunt de sabers (saber, saber fer, saber estar i saber ser –coneixement, procediments i actituds-) combinats, coordinats i integrats en l'exercici professional"^V (Tejada, 1999, p. 22).

"S'entén per competència professional la capacitat d'aplicar, en condicions operatives i d'acord al nivell requerit, les destreses, els coneixements i les actituds adquirides en la formació i l'experiència professional, al realitzar les activitats d'una ocupació, incloses les possibles noves situacions que puguin sorgir en l'àrea professional i ocupacions afins." ^{VI} (Guerrero, 1999 ,citat a Navío, 2001, p. 26)

"L'individu pot ser considerat com constructor de les seves competències. Aquest realitza amb competència unes activitats combinant i mobilitzant un doble equipament de recursos: recursos incorporats (coneixements, saber fer, qualitats personals, experiència...) i xarxes de recursos del seu entorn (xarxes professionals, documentals, bancs de dades)(...) La persona competent és la que sap construir a temps competències pertinents per gestionar situacions professionals que cada cop són més complexes." ^{VII} (Le Boterf, 2001, p. 42-43)

“La competència o competències professionals són un conjunt d'elements combinants (coneixements, habilitats, actituds, etc) que s'integren atenent una sèrie d'atributs personals (capacitats, motius, trets de personalitat, aptituds, etc.) prenent com a referència les experiències personals i professionals i que es manifesten mitjançant determinats comportaments o conductes en el context de treball.”^{VIII} (Navio, 2001, p. 70)

“La competència és la capacitat d'un treballador per desenvolupar les tasques inherents a un lloc de treball.”^{IX} (Fernández Rios, 1995, p. 65)

“Les competències poden consistir en motius, trets de caràcter, conceptes d'un mateix, actituds o valors, contingut de coneixements, o capacitats cognoscitives o de conducta: qualsevol característica individual que es pugui mesurar de manera fiable i que es pugui demostrar que diferencia de manera significativa entre els treballadors que mantenen una actuació excel·lent dels adequats o entre els treballadors eficaços i ineficaços.”^X (Hooghiemstra, 1996, p. 29)

“Existeixen diferents interpretacions del significat de la paraula competències, que oscil·len des de les aptituds bàsiques necessàries per desenvolupar-se en un determinat lloc de treball, fins els comportaments característics que distingeixen als professionals amb rendiments excel·lents. De fet, les companyies europees defineixen les competències relacionant-les amb habilitats, coneixements, comportaments, aptituds i combinacions de dos o més d'aquests conceptes, en proporcions similars.”^{XI} (Glick i Pallarés, 1997, p. 43)

“Les competències afecten a la posada en pràctica integrada d'aptituds, trets de personalitat i també coneixements adquirits per complir una missió ...”^{XII} (Lévy-Leboyer, 1997, p. 39)

“Les competències són repertoris de comportaments que algunes persones dominen millor que d'altres, la qual cosa les fa eficaces en una situació determinada. Aquests comportaments són observables en la realitat quotidiana del treball (...). Les competències representen doncs, un lligam entre les característiques individuals i les qualitats requerides per dur a terme missions professionals precises.”^{XIII} (Lévy-Leboyer, 1997, p. 54)

“Les competències, per ser comportaments habituals, són el resultat de les característiques innates, coneixements, actituds i habilitats de la persona (...). Els coneixements, actituds i habilitats no es desenvolupen de forma aïllada. Interactuen dinàmicament en la formació de les competències sobre la base de les característiques innates de cada persona.”^{XIV} (P. Cardona i Chinchilla, 1999, p.16-17)

“Característica subjacent en una persona, que està casualment relacionada amb una actuació exitosa en un lloc de treball.”^{XV} (Boyatzis, 1982 citat a Hooghiemstra, 1996 p. 28)

“Les competències són: 1) els repertoris de comportaments que algunes persones dominen millor que d'altres, sent més eficaces en una situació donada; 2) els comportaments laborals observables que integren aptituds, trets de personalitat i coneixements adquirits; i 3) un nexa entre les característiques personals i les qualitats requerides per aconseguir les activitats professionals en l'organització.”^{XVI} (Boada, Tous, Pastor i Vigil, 1998, p.63)

“Les competències són el conjunt de coneixements, habilitats, qualitats, aptituds, que tenen les persones i que les predisposa a realitzar un conjunt d'activitats amb un bon aconseguit.”^{XVII} (A. Jiménez, 2000, p. 163)

“La competència es defineix com un conjunt d'elements heterogenis combinats que estan en interacció dinàmica. D'entre aquests ingredients es distingeixen de forma comuna els sabers, els sabers-fer, els comportaments, les facultats mentals o cognitives; i és pot admetre igualment les qualitats personals o el tarannà.”^{XVIII} (Marbach, 1999, p.15-16).

“Això és un coneixement, destresa, habilitat o característica associada a una bona actuació en el treball com resolució de problemes, pensament analític o lideratge. Algunes definicions de competència inclouen motius, creences i valors.”^{XIX} (Mirabile, 1998, p.5.7)

“La competència es reconeix a través dels tres punts següents:

La seva relació amb l'acció: es fabrica, desenvolupa i s'actualitza en l'acció, mitjançant la realització i la producció.

La seva relació amb el context: s'és competent en un context donat per resoldre un problema concret no general. La qüestió de la transferència és encara un problema mal acotat i no una evidència.

La seva naturalesa com a combinació i integració de diversos elements: sabers, sabers-fer i comportaments i també la comprensió de la situació, les maneres de cooperació i les informacions que caracteritzen una situació per la seva relació amb una altra.”^{XX} (Bellier, 2000, p. 128)

“Són un conjunt de propietats en permanent modificació que han de ser sotmeses a la prova de la resolució de problemes concrets en situacions de treball que inclouen certs marges d'incertesa i complexitat tècnica. (...) La competència prové d'un exercici d'aplicació en circumstàncies crítiques. Aquest coneixement és necessari per la resolució de problemes, no és mecànicament transmissible; alguns autors l'anomenen “coneixement indefinible” i és una barreja de coneixements tecnològics previs i d'experiència concreta que prové fonamentalment del treball en el món real.”^{XXI} (Gallart i Jacinto, 1995, p. 2)

“El conjunt de coneixements, “saber fer”, habilitats i aptituds que permeten als professionals aconseguir i desenvolupar rols de treball en els nivells requerits pel lloc de treball.”^{XXII} (Instituto Nacional de Empleo, 1987 citat a Rial 2000 p. 237)

“Capacitat productiva d'un individu que es defineix i mesura en termes d'acompliment, no només en termes de coneixements, habilitats, destreses i actituds, les quals són necessàries per no suficients.”^{XXIII} (Cinterfor / OIT, act. 13/06/00)

Per últim, Parkes (1994) presenta la següent com compilació de diverses definicions:

- . La possessió i el desenvolupament de destreses, coneixements, actituds adequades i experiència suficients per actuar amb èxit en els papers de la vida.
- . L'aplicació de les destreses, coneixements i actituds a les tasques o combinacions de les tasques conforme als nivells exigits en condicions operatives.
- . La capacitat de realitzar activitats corresponents a una professió conforme als nivells esperats en el lloc de treball. El concepte inclou també la capacitat de transferir les destreses i coneixements a noves situacions dins l'àrea professional i, més enllà d'aquesta, a professions afins. Aquesta flexibilitat acostuma a implicar un nivell de destreses i coneixements major a lo habitual, inclús entre treballadors amb experiència.
- . La capacitat d'actuar en papers professionals o en treballs conforme al nivell requerit en el lloc de treball.^{XXIV} (Recopilació de Parkes, 1994, p.25)

Sobre el contingut d'aquestes definicions es poden destacar aspectes en què clarament s'observen diferències i que mantenen viu el debat sobre aquest concepte i d'altres que majoritàriament els autors comparteixen. Són els següents:

ASPECTES DIFERENCIALS:

Al parlar dels atributs necessaris dels que ha de disposar la persona, poden ser diferents. En alguns casos fan referència a coneixements, habilitats i actituds, en d'altres a aptituds i capacitats o *skills* (destresa) i també hi ha qui inclou aspectes més interns de la persona com trets de personalitat, motius, creences i valors, tarannà... aspectes que fan referència a una predisposició que pot ser “apresa” o “alterada” però que de forma natural es dona en les persones.

Algunes definicions parlen d'atributs que ha de tenir la persona com si es tractés d'un sumatori o saber fragmentari i d'altres parlen que la competència es conforma només en la mesura que aquests components es combinen i integren. Aquesta última perspectiva, en la que ja es posicionen molts dels autors presentats, és la més acceptada actualment.

Per alguns, les competències tenen un caràcter implícit i potencial en el sentit que determinen i predisposen el comportament, és a dir, que es manifesten en l'actuació

professional; per d'altres, la competència és aquell comportament que clarament es posa en pràctica en la situació professional i que no es pot deslligar d'aquesta pràctica i com a tal no tenen caràcter implícit sinó observable.⁴

En quant al context i situació professional en el qual es mostra aquesta competència, apareixen diversos referents: resolució de problemes, conductes d'èxit (accepció d'excel·lència), comportament adequat als estàndards o al nivell requerit (accepció de suficiència), acompliment del rol professional... depenent de l'enfocament que se li hagi donat al concepte i el marc en què l'autor es situï.

ASPECTES COMUNS

Una constant que apareix en gairebé totes les definicions presentades és que, a grans trets, en les competències es posa en relació d'una banda la persona i els seus atributs, i d'altra banda, la situació o el context en què aquests es posen en joc. Per tant, subscriuint a Bellier (2000) i Le Boterf (2001) es pot dir que la competència està en les persones però no pel que són exclusivament sinó bàsicament pel que fan i com actuen en situacions professionals o laborals determinades. La competència és, per tant, inseparable del camp i context d'aplicació. A més, en la mesura en què aquest context o situació es modifica també ho fa la competència, conferint-li un caràcter dinàmic.

En definitiva, compartint el posicionament de Lévy-Leboyer (1997) i Mc Lagan (1998) entre d'altres, en aquest estudi s'entendrà la competència, més enllà dels atributs, com el vincle o l'encaix entre els elements personals (aptituds, coneixements, destreses, habilitats, actituds, motivacions...) i el lloc de treball (activitats, tasques, resultats, funcions...) a través del comportament i l'actuació professional i per tant, l'experiència és ineludible.

2.1.2. Relació amb altres conceptes pròxims

Assumint que qualsevol dissertació al voltant de la relació entre competència professional i d'altres conceptes pròxims no pot portar a cap conclusió definitiva ja

⁴ Tant el fet de plantejar el caràcter potencial o clarament comportamental de la competència, com els atributs que s'inclouen en aquesta, són punts del debat actual. Per la seva transcendència en la formació i avaluació de competències, seran ampliat més endavant (v. apartats 2.1.1.2. i 2.1.2.1.).

que d'entrada, sobre el mateix concepte de competència hi ha poc consens, es passa a analitzar les següents relacions:

2.1.2.1. Competència i actuació professional

Són moltes les paraules que apareixen en els diversos escrits sobre competència per referir-se a l'acció que com s'ha dit en el apartat anterior vincula els atributs personals i la situació professional: comportament observable, actuació, acompliment,⁵ rendiment, resultats, desempenyorament, etc. Totes elles connecten amb l'acció que es porta a terme, el seu desenvolupament o el seu resultat en la situació professional.

Es pot dir, doncs, que aquest *comportament professional* és la mateixa *competència*? En aquest sentit hi ha posicions diverses.

En un primer grup es situen aquells autors que pensen que aquest "saber actuar" és la mateixa competència, amb la qual cosa identifiquen comportament observable i actuació amb competència, perquè el saber actuar implica saber gestionar els diversos atributs personals. A més, la preocupació per la seva avaluació és també una constant entre ells. Ho justifiquen amb idees com les següents:

. Les competències són observables perquè s'han de validar en la pràctica. Tenir capacitats o coneixements no significa ser competent si no es saben mobilitzar en un context professional. Un pot tenir molta tècnica i coneixement i no saber-ho aplicar en el moment oportú (Le Boterf, 2000a).

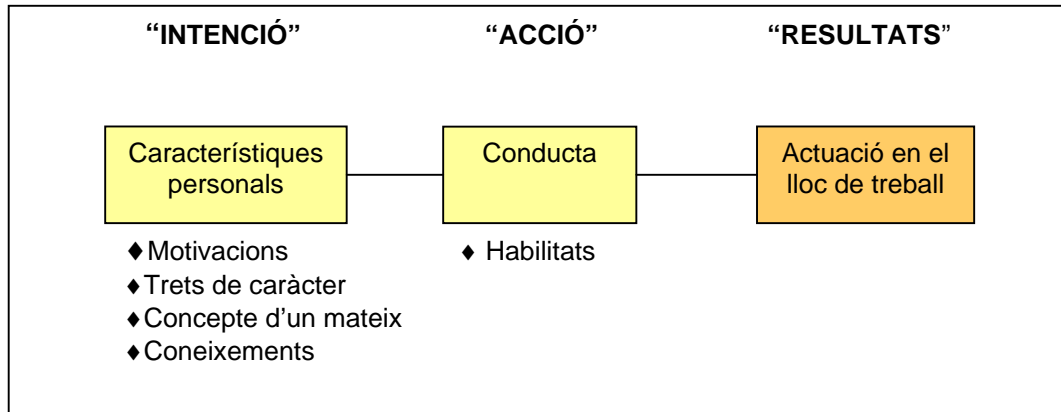
. Tots els elements en la base de les competències -motius, trets de personalitat, concepte d'un mateix i coneixements diversos- serveixen per predir conductes i per tant actuació. Les competències inclouen una intenció, una acció i un resultat (Hooghiemstra, 1996) (v. figura 1).

. Les competències han de tenir un nom i una definició verbal precisa des de conductes observables. S'ha d'avaluar l'observable, el tangible encara que probablement darrera d'aquesta hi hagi una part intangible (Llorente, 1998).

⁵ L'acompliment fa referència a la realització de funcions pròpies d'un càrrec.

. Les competències són quantificables perquè només es pot gestionar allò que es pot mesurar (A. Jiménez, 2000).

FIGURA 1. MODEL DE FLUX CAUSAL DE LA COMPETÈNCIA



Font: Hooghiemstra, T. (1996). Gestión Integrada de recursos humanos. Bilbao: Deusto

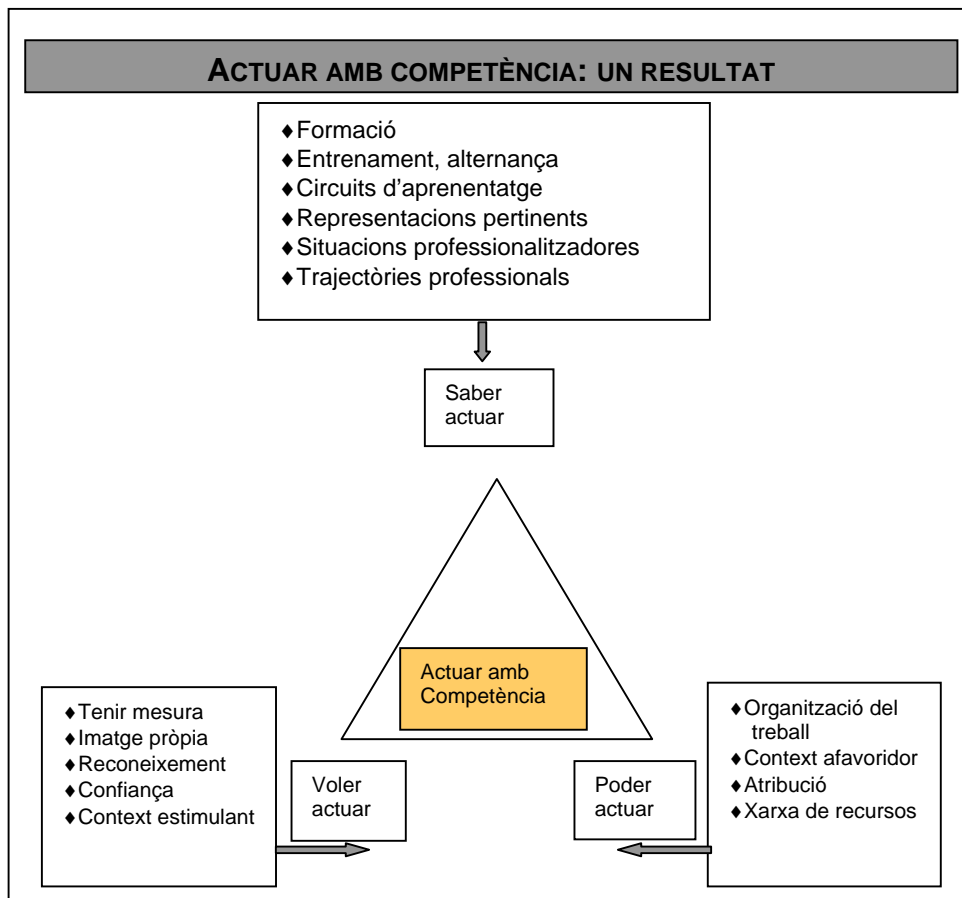
. Quan més objectives i clares siguin les definicions i conductes, més creïble resultarà el model (A. Garcia i Paniagua, 1997).

. Les competències són objectives en quant que són observables i subjectives en el sentit que la percepció depèn de l'observador. Les definicions clares i específiques fan que puguin ser interpretades de la mateixa manera per diferents observadors (P. Cardona i Chinchilla, 1999).

En un segon grup es situen aquells autors que consideren que les competències tenen un caràcter implícit i abstracte però que es manifesten en el comportament professional i que és a través d'aquest que es poden inferir i per tant avaluar. En altres paraules, el comportament és la demostració observable d'una competència, és la capacitat provada. Expressions com traduir, reflectir, mostrar, manifestar... en la conducta o actuació, apareixen en freqüència en les definicions que proposen per exemple, Boada et al. (1998), Gillet (1994), Hager&Gonzi (1996) o Mirabile (1998).

Per últim, hi ha un tercer posicionament que defensa que si bé la competència es mostra en el saber actuar, moltes vegades, hi ha elements personals o del context que poden dificultar aquesta actuació. En altres paraules, i com molt clarament presenta Le Boterf (2001) en la figura 2, a més de saber actuar és necessari un voler actuar que depèn fonamentalment de la motivació i un poder actuar condicionat pel context organitzacional.

FIGURA 2. ACTUAR AMB COMPETÈNCIA: UN RESULTAT



Font: Le Boterf, G. (2001). Ingeniería de las competencias. Barcelona, Gestión 2000.

En aquesta mateixa línia s'expressen també Jolis (2000) i A. Jiménez (2000). Aquest últim autor fa especial èmfasi en els aspectes organitzacionals en els quals s'actua, ja que segons ell no és el mateix treballar en un organització ben coordinada on les competències es poden posar en pràctica, que en d'altres on un determinat rendiment és pràcticament una heroïcitat. En definitiva, pensa que un professional excel·lent en un tipus d'organització probablement no tingui el mateix rendiment en un altre tipus d'organització o en una altra tipus d'activitat.

2.1.2.2. Competència i qualificació professional

Com en el cas anterior, la relació que estableix entre els conceptes de *competència* i *qualificació* és confosa: per alguns autors s'utilitzen indistintament, per altres de forma complementària; per uns tercers la competència supera i desplaça a la qualificació i per últim, hi ha qui considera que competència i qualificació són tots dos conceptes d'actualitat però que han sofert una evolució per poder fer front als nous reptes i escenaris del món professional com la globalització, la formació

professional o l'homologació de titulacions a nivell europeu (Monclús, 2001; Rial, 2000).

Aquesta confusió rau especialment en la dificultat de definir de forma unívoca tots dos termes, ja que com s'ha pogut constatar en el transcurs d'aquest marc teòric, la competència ha patit el mateix problema que la qualificació, que s'ha interpretat de manera diferent en cada país europeu, depenent de les relacions existents en cada cas entre els sistemes de treball i de formació (Grootings, 1994).

Per això donada la diversitat de tendències, aquesta relació és analitzada des del significat que tradicionalment s'ha atribuït a la qualificació, encara vigent, i la redefinició que s'ha de fer d'aquest concepte atenent a "l'agitació" a la que es veu sotmès el món professional i laboral en el que s'imposa la competència.

Tradicionalment, s'ha establert un fort lligam entre el concepte de qualificació i el sistema acadèmic que encara continua; són molts els autors que segueixen connectant la qualificació amb la formació i l'obtenció d'una determinada titulació o certificació (diploma). En aquest sentit, la qualificació és una manera de certificar i garantir una preparació, una capacitació de diverses competències, en altres paraules, suposa l'especificació oficial de la competència per poder desenvolupar un lloc de treball o una professió (Bermejo i Morales, 2001; Galiano, 2001; Gallart i Jacinto, 1995; Oriol Bosch, 1997b; Rial, 2000...). La qualificació té aquí un caràcter estàtic, que dona fe d'unes determinades competències en un moment donat.

Tanmateix, si s'accepta des d'una visió actual que les competències han de ser demostrades en l'actuació en un context donat, no es pot garantir que la persona és competent per disposar d'una determinada qualificació o titulació, mentre aquesta competència no es demostrï en el lloc de treball. Per tant, en molts casos no es pot igualar la qualificació que atorga l'obtenció d'un títol al ser competent professionalment tot i que en moltes professions aquest sigui requisit suficient per exercir. (Huerta, Pérez i Castellanos, rev. 29/11/01; Tejada, 1999)

De la mateixa manera, s'ha de tenir en compte que aquesta competència, que cal demostrar, té un caràcter dinàmic des d'una doble vessant: la professionalització – les competències es desenvolupen gradualment amb l'experiència professional abans no s'esdevé expert- i l'adequació del professional i del seu perfil

competencial a un entorn canviant: proliferació de noves tecnologies, canvis en les estructures organitzatives... En aquest escenari i com afirmen de Calan i Chartron (2000) la qualificació professional que atorguen uns estudis, malgrat sigui necessària per inserir-se laboralment, és insuficient per actuar amb competència.

En definitiva, l'aproximació entre tots dos conceptes obliga de cara al futur a fer una redefinició de la qualificació de manera que es puguin validar i certificar, en el sí del context de treball, les competències adquirides i desenvolupades mitjançant processos de capacitació i experiència professional. En aquest sentit, Saban (2000) al·ludint a Anta (1998) creu que per poder validar les competències és necessari plantejar-se qüestions com: què és el que s'ha d'acreditar o certificar (formació/aprenentatge i/o competències professionals)⁶ i qui i on s'han d'acreditar les qualificacions professionals (institucions formatives i/o agents laborals...). Probablement s'haurà de replantejar el currículum actual, l'ús de noves eines i nous escenaris formatius (formació en empresa, experiència laboral...) que també siguin legítims i definir un sistema d'acreditació mitjançant el consens social entre les diverses institucions implicades en el que es recullin les demandes que des dels diferents sectors es reclamen.

Coincidint amb aquesta idea Le Boterf (2000b) també apunta que en el moment actual s'ha d'entendre la qualificació "no només el conjunt de coneixements professionals i generals acreditats per un diploma sinó també el conjunt d'habilitats i competències adquirides en diverses situacions (professionals i extra-professionals), que poden representar diversos graus de professionalitat, que es poden actualitzar en els contextos organitzacionals i d'altres situacions de treball. Per un mateix domini professional o grup socio-professional poden existir diferents nivells de qualificació" ^{xxv} (p.182). Per tant, cal donar a la qualificació també un contingut evolutiu, i una dimensió transversal en les empreses i organitzacions en consonància amb les competències i coneixements adquirits de forma progressiva en el recorregut professional.

Per concloure i d'acord amb Oriol Bosch (1997b) en el futur cal anar cap a una avaluació de la qualificació en base a competències, és a dir, més propera a

⁶ Més endavant es presenta la proposta de certificació i recertificació de les competències professionals del metge que ja s'ha posat en marxa en diversos països i que està impregnant, no sense polèmica, la nostra cultura mèdica.

l'actuació professional que al sistema formatiu amb tots els canvis que això pot comportar.

2.1.3. Tipologies de competències professionals

Són molts els autors que estableixen tipologies de competència però fent ús de noms diversos i/o continguts diversos, la qual cosa és un nou element a afegir a l'habitual confusió que genera aquest concepte.

Per facilitar la seva anàlisi es presenta un quadre de doble entrada (tipus de competències i autors) on s'identifiquen amb un mateix color els continguts competencials que s'aproximen o coincideixen en les propostes presentades per diferents autors, tot i que no sempre s'anomenin de la mateixa manera.

D'aquest quadre se'n desprèn que el punt de més coincidència entre autors és en les competències bàsiques –només Rey (2000) les anomena transversals- que entenen com aquelles competències molt lligades a qualitats i aptituds que normalment s'adquireixen com a resultat de l'educació bàsica i que permeten posteriorment desenvolupar-ne de més complexes. Segons Cinterfor/OIT (act. 13/06/00) aquestes inclús prenen diversos noms en diferents països de parla anglesa: *basic skills* a Estats Units, *core skill* al Regne Unit i *key skills* a Austràlia.

TAULA 1. COMPARACIÓ ENTRE AUTORS SOBRE TIPOLOGIES DE COMPETÈNCIES

	Genèriques	Específiques	Transversals	Clau	Bàsica o Primària	Secundàries	Tècnica	Metodològiques	Social	Participatives	Teòrica	Pràctica
Lévy – Leboyer(97)	Verd	Púrpura										
Sánchez i Valdeperas (98)					Blau	Púrpura						
Rey (00)			Blau									
Guerrero(99)			Verd	Púrpura	Blau		Púrpura					
Bunk (94)							Púrpura	Púrpura	Orange	Orange		
Cinterfor/oit (act. 00)	Púrpura	Púrpura			Blau							
Huerta et al. (rev. 01)	Púrpura	Púrpura			Blau							
Jolis (00)									Orange			Púrpura

Font i elaboració: pròpia

Les competències que concretament fan referència al lloc de treball o a l'exercici de la professió (coneixements, habilitats, ...) han estat anomenades segons els autors exposats com: específiques (Cinterfor/oit, act. 13/06/00); Huerta et al., rev. 29/11/01; Lévy-Leboyer, 1997), genèriques (Huerta et al., rev. 29/11/01), tècniques (Bunk, 1994; Guerrero, 1999), metodològiques (Bunk, 1994) o pràctiques (Jolis, 2000).

Les competències que per Lévy-Leboyer (1997) són genèriques i per Guerrero (1999) són transversals, es refereixen a aquelles que comparteixen els col·lectius d'una mateixa família professional. Avui en dia, els canvis en l'organització del treball i especialment la potenciació del treball en equips interdisciplinars reclamen més flexibilitat als professionals d'una mateixa família que han de saber compartir àrees de coneixement entre especialitats frontereres.

Per últim, l'anomenada competència clau que apunta Guerrero (1999) i que a Cinterfor/OIT (act. 13/06/00) defineixen com a genèrica es refereix a aquell conjunt de comportaments que comparteixen moltes professions de diverses famílies professionals en el sentit que estan relacionades amb les noves tecnologies, els models organitzatius actuals...

2.1.4. Tècniques per definir competències i perfils professionals

Qualsevol abordatge des d'un enfocament per competències –formació, avaluació...- requereix un perfil competencial des del qual treballar. Segons la Comissió d'Infermeria i les seves Especialitats específiques (1996) la identificació de perfil professional és una necessitat indiscutible perquè permet:

- . Reflexionar sobre el propi treball.
- . Monitoritzar la qualitat dels serveis que es presten.
- . Facilitar la definició dels objectius educatiu a les institucions docents.
- . Especificar els nivells exigibles en cada una de les fases formatives i de responsabilitat en l'exercici de la professió.
- . Tenir un marc de referència dels sistemes avaluadors i de titulació.
- . Una major mobilitat i flexibilitat intraprofessional (inclosa la lliure circulació de professionals)

- . Orientar la formació continuada.
- . Detectar els potencials dels professionals.
- . Estructurar les carreres professionals en les organitzacions d'acord al nivell competencial.
- . Permet una gestió per competències dels recursos humans. (p. 6)

Així, definir competències i perfils de competències professionals o de llocs de treball és la primera tasca a desenvolupar.

Per dur a terme aquesta tasca s'han de decidir tant el nivell de detall que s'utilitzarà per descriure les competències (model de competències) com el mètode més adequat per definir-les. Aquestes decisions vindran condicionades per l'aplicació que se n'hagi de fer del perfil, atès que no és el mateix definir el perfil competencial del treballador excel·lent que del treballador amb un rendiment mitjà; ni és el mateix definir un perfil per una selecció, que per orientar la formació d'un professional o per certificar una qualificació professional. Cada cas obliga a fer una reflexió sobre el model de construcció de competències i el procediment metodològic per obtenir-les més adequat.

Respecte al primer punt, és a dir, el nivell d'anàlisi sobre el qual treballar, A. Jiménez (2000) afirma que les competències poden ser considerades com a grans contenidors (macroelements) o com a unitats molt elementals (microelements o unitats de competència). Si són massa àmplies hi ha el perill d'identificar-les amb les competències transversals o genèriques –segons la tipologia seguida- i per tant poc orientadores per un col·lectiu concret. Si contràriament s'analitzen des d'una alta especificitat, això implica taxonomies molt extenses (entre 100 i 200 competències) que fa que augmenti el grau de complexitat i la despesa econòmica i de temps i conseqüentment, resultin més difícils d'aplicar. Potser el més adequat és arribar a un nivell intermedi manejable, sense perdre de vista que com diu Mirabile (1998) la clau d'aquesta decisió rau en el tipus d'aplicacions que es pretenen a partir del perfil identificat.

La segona decisió afecta el mètode, procediments i instruments per obtenir el perfil desitjat. Sense voler entrar en una descripció de tots els possibles mètodes, es presenta a continuació una síntesi de les característiques dels procediments més habituals –en qualsevol entorn- per identificar competències i les principals crítiques

rebudes. Són les següents: (Fernandez Rios, 1995; Hooghiemstra, 1996; Lévy-Leboyer, 1997; Manso, 2000a, Manso 2000b; Marcos, 2001; Mc Lagan, 1998; Neufeld, 1985; Pont, 1996)

Descripció d'anàlisi de tasques: a través de l'observació de la pràctica diària i de l'entrevista, es tracta d'analitzar les tasques relatives a un lloc de treball o professió a partir d'una mostra representativa de professionals que l'ocupen. Serveix especialment per llocs de treball relativament simples i en una primera etapa d'anàlisi però és poc aplicable quan les tasques són complexes. Ajuda a detectar què es fa, és a dir, comportaments i funcions professionals i a constatar quant de temps s'hi dedica però contràriament no serveix per valorar com es fa la tasca (requisits, competències...) ni discriminar-ne la dificultat i la importància. Aquestes observacions acostumen a complementar-se amb l'autodescripció del professional amb diaris o entrevistes.

Autodescripció: pot completar l'observació i pot adoptar diverses formes. Es tracta de recollir les activitats diàries. És particularment útil en llocs de treball on el tipus de tasques fan ineficaz l'observació. Permet contrastar autoinformes de persones que ocupen el mateix lloc de treball (Lévy-Leboyer, 1997).

Crítica: el perfil resultant pot ser que no derivi d'exemples de la pràctica diària sinó d'allò que és percebut com a important pels col·laboradors (Neufeld, 1985).

Entrevista d'Incidents Crítics: permet extreure competències, aptituds i trets de personalitat a partir incidents crítics, és a dir, d'aquelles situacions que tenen una contribució significativa en l'èxit o fracàs d'una determinada activitat, i de fer-ne una anàlisi (que s'ha fet o no s'ha fet, quines competències s'han posat en marxa o no, quines actituds han estat clau...). Aquest mètode, inventat per Flanagan al 1954, segueix sent vigent en l'actualitat i dona molt bons resultats per definir els requisits mínims de competència, detectar àrees d'incompetència i identificar les competències que s'associen a un rendiment excel·lent quan l'entrevistat és identificat prèviament com a tal.

Tècniques de consens: els experts reconeguts en una àrea –professors i/o professionals en exercici- són freqüentment consultats per definir, per consens, el contingut d'una disciplina (perfil professional), el comportament professional “correcte” i la direccionalitat dels programes formatius a partir de tècniques

diverses. Entre aquestes es troben: el mètode Delphi (tècnica clàssica d'estudis de prospectiva), les entrevistes col·lectives, els grups de discussió multiprofessional, etc.

Crítiques: als professionals els comporta molta dedicació, és difícil que tot el col·lectiu hi estigui representat i hi ha el perill que la definició que es doni per consens reflecteixi més un ideal, que no pas la pràctica real de l'especialitat.

Entrevistes o enquestes a professionals en exercici: s'utilitzen tècniques diverses per identificar funcions i aspectes que no han quedat coberts des de la formació.

Entrevistes o enquestes a alumnes: l'anomenada avaluació de la satisfacció permet analitzar l'activitat docent des de la percepció de qui ho rep (càrrega de contingut, currículum ocult...). També permet recollir expectatives i necessitats sentides especialment en l'àmbit de la formació continuada.

Altres tècniques específiques per definir competències i perfils professionals en l'àmbit concret de les ciències de la salut són: (Manso, 2000a; Manso, 2000b; Neufeld, 1995)

Estudis estadístics-epidemiològics de prevalència, morbimortalitat i demogràfics: permeten orientar sobre els principals tipus de problemes que es troben els professionals en exercici per tal de poder establir prioritats i adaptar la formació a les necessitats sociosanitàries reals.

Estudis d'opinió dels consumidors: des de la perspectiva del client aquests estudis es centren en competències relacionades amb la comunicació, relació d'ajuda i aspectes psicològics desitjables en un professional, que és allò que pacients, familiars... poden jutjar.

Crítica: no proporcionen un marc exhaustiu per a definir la competència, més aviat serveixen per aclarir àrees que prèviament es situaven en el domini de "l'art" de la medicina.

Anàlisi de les demandes, mala pràctica, reclamacions de clients, usuaris, grups socials...: permeten preveure errors i millorar la qualitat de les prestacions. Si es detecten buits d'aprenentatge, cal que s'incloguin en el currículum.

2.2. LA FORMACIÓ EN EL CONTEXT LABORAL I LA SEVA CONTRIBUCIÓ A L'ADQUISICIÓ DESENVOLUPAMENT DE COMPETÈNCIES

Parlar de competències implica plantejar canvis en els processos d'ensenyament-aprenentatge pel desenvolupament de competències professionals, tant en entorns laborals com pròpiament de formació.

Des de fa uns anys en el marc de les organitzacions es parla d'una nova manera d'entendre els recursos humans integrant-ne les diverses polítiques en funció de les competències. Així, els elements d'una gestió integrada de recursos humans al voltant del model de competències són: selecció i contractació, avaluació del rendiment, valoració del potencial, retribució, formació i desenvolupament,⁷ plans de carrera, plans de successió i disseny i avaluació del lloc de treball (Hooghiemstra, 1996). Per altra banda, Regojo (2000) exposa que aquest nou model de gestió en el que s'ubica la formació i desenvolupament de competències té com a avantatge preparar l'empresa pel futur en el sentit d'identificar les competències entre l'avui i les necessàries pel demà i possibilitar així el seu desenvolupament de manera que s'afavoreixi una cultura d'aprenentatge continu.

Amb tot, aquest no és l'únic context en el que s'ha de plantejar un enfocament de la formació per competències. Si la voluntat és disminuir al màxim la distància entre el món social, laboral i acadèmic, aquest últim, per la seva responsabilitat en la formació i qualificació de professionals,⁸ també ha d'anar incorporant la competència en el seu llenguatge habitual malgrat s'hagin d'afrontar grans resistències. Com expressa Manso (2000a) al referir-se específicament a la formació en ciències de la salut:

La quasi totalitat de l'ensenyament universitari en el nostre país, incloses les ciències de la salut, es basa en programes tradicionals de continguts (el que "ensenyarà" el professor) però no es defineixen les competències professionals ni els objectius d'aprenentatge. Quan es dissenyen nous

⁷ En les organitzacions és on més sentit té el desenvolupament de competències per l'aprenentatge experiencial que possibilita aquest context.

⁸ Les competències s'adquireixen en trajectòries que impliquen una combinació d'educació formal, aprenentatge en el treball i educació no formal.

programes o currículums, es copien models forans tradicionals o simplement s'improvisen els continguts, generalment amb bones intencions, però sense tenir en compte la pertinència dels aprenentatges, és a dir, la seva adaptació a les necessitats sanitàries reals d'una determinada societat.^{xxvi} (p. 62)

2.2.1. Aprenentatge experiencial i desenvolupament de competències: aportacions de Kolb, Benner i Schön

No es pot parlar de formació sense endinsar-se prèviament en l'aprenentatge de competències ja que aquest és l'eix sobre el qual gira la formació.

Si bé com s'ha definit en el capítol anterior, les competències han de posar-se necessàriament en pràctica en la situació professional, l'experiència esdevé una peça fonamental en l'adquisició i desenvolupament de competències i per tant, en el procés de professionalització. Es pot dir llavors que qualsevol experiència és formativa? Què caracteritza el que s'anomena aprenentatge experiencial?

A propòsit de la primera qüestió, Marhuenda (2001) assenyala que el fet que l'experiència sigui una manera molt valorada d'aprendre no significa que no s'hagi de planificar i que el simple fet de tenir experiència sigui suficient perquè aquesta tingui un caràcter educatiu ja que també es poden obtenir efectes no desitjats com aprendre de l'absentisme, del vicis, d'actituds prepotents.

En relació a la segona qüestió, l'experiència constitueix una font d'aprenentatge molt diferent a l'acadèmica. Fent al·lusió a Boud, Keogh & Walker (1989), Marhuenda (2001) indica que existeixen dos tipus d'experiència: la primera, per assaig-error en la que s'adquireixen hàbits i automatismes per repetició i pràctica i la segona, aprendre de l'experiència reflexionant sobre aquesta i prenent consciència del viscut –no només del què s'ha fet sinó també del com i perquè s'ha actuat d'aquesta manera- per poder anar reforçant o reconstruint els esquemes operatius que es posen en marxa. I és precisament des d'aquesta última manera d'entendre l'experiència que constitueix una font d'aprenentatge i un camí cap a la professionalització (Benner, 1987; Kolb, 1984; Le Boterf, 2000b; Oriol Bosch, 1997b; Schön, 1992).

En paraules de Lévy-Leboyer:

L'experiència és, en efecte, una condició sine qua non de l'adquisició de les competències, però no sempre és útil. En altres paraules, tots els individus no aprofiten de la mateixa manera les possibilitats que se'ls ofereixen. Adquirir competències pot semblar una activitat espontània; de fet, requereix una actitud favorable: abans de la nova experiència, preparant-se per a considerar-la a la vegada com un repte i com una ocasió de desenvolupament propi; després de l'experiència, prenent-se temps per reflexionar sobre allò que ha succeït i per extreure les conclusions necessàries.^{xxvii} (Lévy-Leboyer, 1997, p.142)

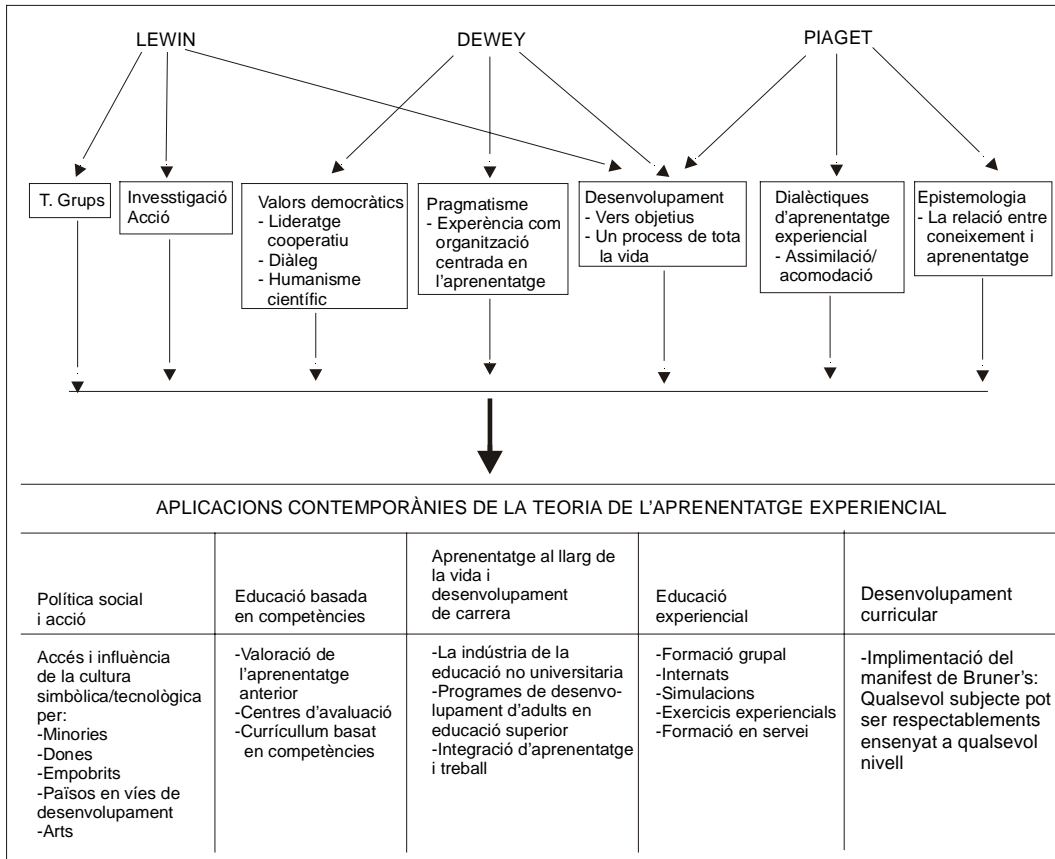
En aquesta línia, es vol destacar el treball de tres teòrics (Kolb, Benner i Shön) que, preocupats per la formació i el desenvolupament dels professionals, a mitjan dels anys 80, van elaborar les seves tesis al voltant d'aquest aprenentatge pràctic tant lligat al desenvolupament de competències. Tots ells de gran ressò en el món acadèmic i professional. En síntesi, les seves propostes són les següents:

KOLB (1984)

La proposta de Kolb parteix de tres reconeguts autors i les seves aportacions sobre l'aprenentatge experiencial: Dewey (universitat), Lewin (formació i desenvolupament organitzacional) i Piaget (desenvolupament cognitiu i aprenentatge experiencial), amb les directrius que aquests aporten per programes d'aprenentatge experiencial i els àmbits d'aplicació actuals, com queda sintetitzat en la figura 3.

En la seva teoria de l'aprenentatge experiencial, Kolb presenta una nova perspectiva del procés d'aprenentatge diferent de les teories cognitives o conductistes subjacents en els mètodes educatius tradicionals. Sense tractar-se d'una alternativa a aquestes, té una visió més holística de l'aprenentatge al combinar experiència, cognició, percepció i comportament partint de la realitat mateixa, de la que es recullen dades i observacions que després de ser analitzades i assimilades com a teoria, s'aplicaran en les noves experiències a través d'un procés inductiu-deductiu.

FIGURA 3. TRES TRADICIONS DE L'APRENTATGE EXPERIENCIAL

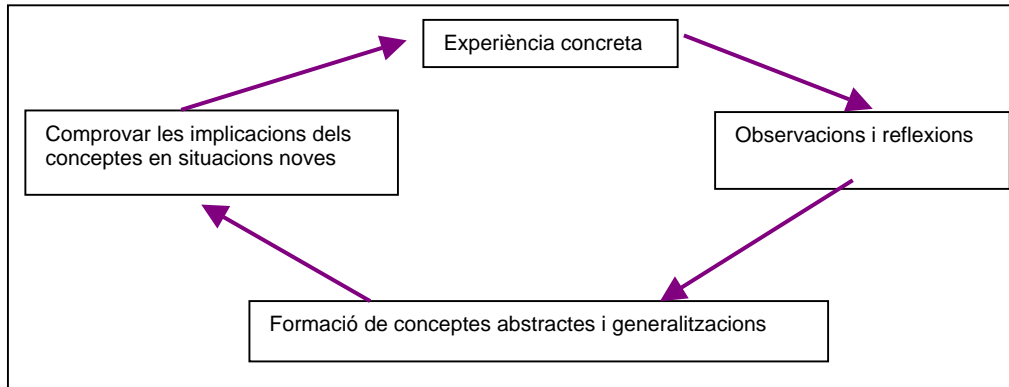


Font: Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning. Experiencie as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall

Aquest procés d'aprenentatge reflexiu es representa de forma gràfica en l'anomenat Cicle de Kolb (v. figura 4), que segons Le Boterf (2001) facilita el procés de construcció de la competència.

Així, en l'experiència concreta el subjecte es lliura a l'acció; després ve un moment d'observació reflexiva que permet analitzar diversos punts de vista, les pròpies experiències i les d'altres fins arribar a una conceptualització abstracta, és a dir, a aquelles coses (principis rectors, conceptes, condicions d'èxit...) que menys varien i que s'han de sotmetre a prova i ser interpretades en funció de noves experiències. Per tant, és la reflexió sobre l'experiència la que permet que aquesta sigui realment una oportunitat i font d'aprenentatge.

FIGURA 4: CICLE REFLEXIU DE KOLB



Font: Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning. Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall

Per últim, Kolb presenta una síntesi dels principis sobre l'aprenentatge experiencial que totes tres tradicions -Piaget, Lewin i Dewey- comparteixen, per bé que aparentment semblin tant diferents. Són les següents:

a. *L'aprenentatge es concep més com a procés que com a un resultat.* Les idees i els conceptes no són fixes i immutables sinó que es van reformulant constantment a través de l'experiència.

b. *L'aprenentatge és un procés continu que es fonamenta en l'experiència.* El coneixement que es deriva i es posa a prova en les experiències del que aprèn i reaprèn, no només ha de tractar-se de noves idees sinó de modificar les que ja es tenen. Com apunten Argyris i Shön (1974, citats a Kolb, 1984), la probabilitat que les prèvies –teories en ús- tornin a aparèixer al marge de les teories adherides, apreses per substitució, és elevada i especialment si les noves resulten incongruents amb les anteriors, més integrades en la perspectiva conceptual i actitudinal del món de la persona.

c. *El procés d'aprenentatge requereix la resolució de conflictes entre dos maneres dialècticament oposades d'adaptar-se al món.* L'aprenentatge és el resultat de resoldre la tensió entre la teoria i la pràctica, allò concret i allò abstracte, pensar i actuar. En altres paraules, tot procés d'aprenentatge necessita habilitats oposades des de l'experimentació activa fins a la conceptualització abstracta.

d. *L'aprenentatge és un procés holístic d'adaptació al món.* En aquest sentit, l'aprenentatge implica el funcionament integrat de tot l'organisme: pensament,

sentiment, percepció i comportament. Des d'aquesta perspectiva, és el principal procés d'adaptació al món que, més enllà de l'aula, es dona en moltes situacions i en totes les etapes de la vida.

e. *L'aprenentatge implica transaccions entre la persona i l'entorn.* Si en la formació tradicional l'aprenentatge es veu com un procés bàsicament personal i intern, des de l'aprenentatge experiencial la relació transaccional entre persona i entorn es dona considerant els dos significats de la paraula experiència, el subjectiu i personal que es refereix a l'estat intern de la persona i l'objectiu i ambiental, que s'interrelacionen.

f. *L'aprenentatge és el procés de creació de coneixement.* El coneixement es va creant de la transacció entre el coneixement social (objectiu) i el coneixement personal (subjectiu) en el procés anomenat aprenentatge.

BENNER (1987) (Treball original del 1984)

Segons Benner, infermera i investigadora, la perícia professional reclama sabers teòrics (científics) i sabers pràctics (*know-how*) que moltes vegades s'escapen de qualsevol formulació científica de caràcter teòric i que per tant, s'han d'adquirir en i amb la pràctica. Com ella mateixa diu: "l'experiència és un requisit previ de la perícia o qualificació professional." ^{xxviii} (Benner, 1987, p. 31)

Benner aplica el model de Dreyfus sobre l'adquisició de l'expertesa a l'àmbit de la infermeria arribant a descriure el pas per cinc etapes abans que no s'assoleixi una execució professional experta. Les característiques pròpies de cada fase i les repercussions d'aquestes en el procés l'aprenentatge són les següents:

1. *Principiant:* tot just s'inicia com a professional. No té experiència de les circumstàncies o situacions que afronta i en què ha de desenvolupar-se i acostuma a actuar amb les regles apreses però de forma inflexible, sense contextualitzar. En aquest estadi, es tracta de parlar d'aquestes situacions atenent els "atributs" objectius que poden ser identificables sense experiència situacional i proporcionar regles per canalitzar la seva iniciativa pel que fa a aquests "atributs" objectius.

2. *Principiant avançat*: ja ha afrontat un nombre considerable de situacions pràctiques per poder observar els “components o aspectes” situacionals significatius que només es poden reconèixer en situacions reals.

En aquest estadi, el tutor pot facilitar guies per identificar algun d'aquests “aspectes” i establir juntament amb el principiant pautes que orientin l'actuació tant en funció dels “atributs” com dels “aspectes”. També es necessari ajudar-lo en aquesta identificació “d'aspectes” a establir les prioritats en cada cas.

Tant en aquesta etapa com en l'anterior, no s'aconsegueix un control de la situació; tot és massa nou i a més el professional tendeix a voler recordar les pautes que se li han ensenyat.

3. *Competent*: la condició de competent es posa de manifest quan comença a analitzar la situació (aspectes i atributs) i elaborar un pla de treball discriminant allò prioritari d'allò secundari, facilitant així una labor eficaç i organitzada encara que de moment poc flexible.

En aquest estadi és interessant realitzar exercicis i simulacions sobre la presa de decisions sobre situacions amb exigències diverses.

4. *Avantatjat*: en aquest punt ja percep les situacions com un tot basant-se en l'experiència. Des d'aquesta comprensió global millora la presa de decisions en el sentit que s'ha format una idea general dels “atributs” i “aspectes” concurrents realment importants.

En aquest estadi és convenient treballar amb casos que posen a prova i avaluen les facultats del professional per fer-se càrrec de la situació. Arribat aquest punt, el professional pot tenir la sensació que “allò teòric” és poc útil, per poc aplicable a les situacions complexes i que en canvi, el que sí que serveix, és treballar amb el mètode inductiu sobre una situació determinada.

5. *Expert*: el professional ja no requereix pautes, consignes... per comprendre la situació i tenir iniciativa per resoldre-la amb eficàcia. Percep la situació com un tot, fa ús d'experiències anteriors i pren decisions de forma molt intuïtiva gràcies a tot el seu saber pràctic, tot i que en ocasions també hagi de recórrer a la capacitat lògica i analítica. Arriba a una comprensió global de les situacions complexes.

Al referir-se a la intuïció, que considera fonamental en un expert, Benner al·ludeix al coneixement perceptiu que es manifesta precisament en forma d'estimacions

globals, moltes vegades fora de qualsevol anàlisi crítica, que faciliten moltes vegades la interpretació de situacions que després han de ser confirmades.

En conclusió, per tal que el professional esdevingui expert ha de passar de dependre de regles i normes apreses a fer ús de la pròpia experiència anterior, de percebre una determinada situació com un agregat de parts igualment importants a una perspectiva global identificant aquells elements més rellevants i per últim, de ser un observador distant a ser actiu i compromès en l'acció.

SCHÖN (1992) (Treball original 1987)

De tots tres, és el que més ha treballat el concepte de reflexió crítica en la formació de professionals. Elabora una autèntica epistemologia de la pràctica professional. Per Schön, la formació professional i universitària actual té una orientació tècnica i científica insuficient per afrontar la realitat professional que acostuma a caracteritzar-se d'ambigua, conflictiva i incerta i per tant, que encaixa poc encaixa "amb el que figura en el llibre". Així ho expressa:

Els centres superiors de formació de professionals, en el marc de la moderna investigació científica, parteixen de la racionalitat tècnica. El seu currículum normatiu, establert en les primeres dècades del segle XX, en un moment en el que les professions buscaven guanyar prestigi integrant els seus centres de formació en el marc universitari, encara acaricia la idea que la pràctica competent es converteix en pràctica professional quan la solució de problemes instrumentals es basa en el coneixement sistemàtic, preferentment de caràcter científic.^{XXIX} (Schön, 1992, p. 22)

Segons Schön, la reflexió ajuda els professionals a enfocar els problemes de la pràctica, que no acostumen a ajustar-se a solucions tècniques estàndards, convertint-se d'aquesta manera en "investigadors del context pràctic". Schön denomina "reflexió en l'acció" a aquest enfocament creatiu i artístic en relació als problemes professionals i per desenvolupar aquesta pràctica proposa un "pràcticum reflexiu" superant d'aquesta manera l'escissió entre món acadèmic (teòric) i les exigències del món professional (pràctic). En paraules seves: "la preparació de

professionals hauria de reconsiderar el seu disseny des de la perspectiva d'una combinació de l'ensenyament de la ciència aplicada amb la formació tutoritzada en l'art de la reflexió en l'acció.^{XXX} (Shön, 1992, p.10)

En què consisteix aquest pràcticum reflexiu per aprendre a actuar competentment?

Es tracta de desenvolupar el component artístic de la pràctica professional per l'especificitat de cada situació, és a dir, una forma d'exercici de la intel·ligència que es posa en marxa en els professionals competents (per definir el problema, per improvisar...). Això reclama una sèrie de processos reflexius, que es nodreixen per una banda dels coneixements científics i per l'altra del coneixement experiencial, per saber com cal actuar i anar resolent els problemes de la pràctica diària. Així, les situacions d'aprenentatge es produeixen en aquest acte reflexiu.

Seguint també a Dewey i el seu *learning by doing*, Schön planteja que totes les formes d'art professional depenen de condicions similars: llibertat *d'aprendre fent* en un context de risc relativament baix i accés a tutors que inicien en les anomenades "tradicions de la professió" (convencions, limitacions, llenguatges, sistemes de valoració, repertoris d'exemples...) i que a través d'un diàleg (*acció tutorial*) que bascula entre l'execució i la descripció, la confusió i la claredat, ajuden a què l'aprenent descobreixi i creï models diferents d'interacció segons els diferents contextos i tipus d'aprenentatge.

En l'ensenyament de l'art (l'aprehensió d'aquest art) a través de la reflexió en l'acció Shön distingeix tres processos:

Coneixement en l'acció. És aquell coneixement que es posa en pràctica en els professionals experts, fruit de l'experiència, però que difícilment es pot explicar perquè amb l'acumulació d'experiència esdevé cada cop més tàcit i automàtic, i d'alguna manera inconscient. És un coneixement que es manifesta a través de les execucions ràpides, hàbils i espontànies, quelcom com "saber més del que es pot dir". Aquest coneixement pot coincidir totalment, parcialment o no tenir cap relació amb el coneixement adquirit en el procés formatiu.

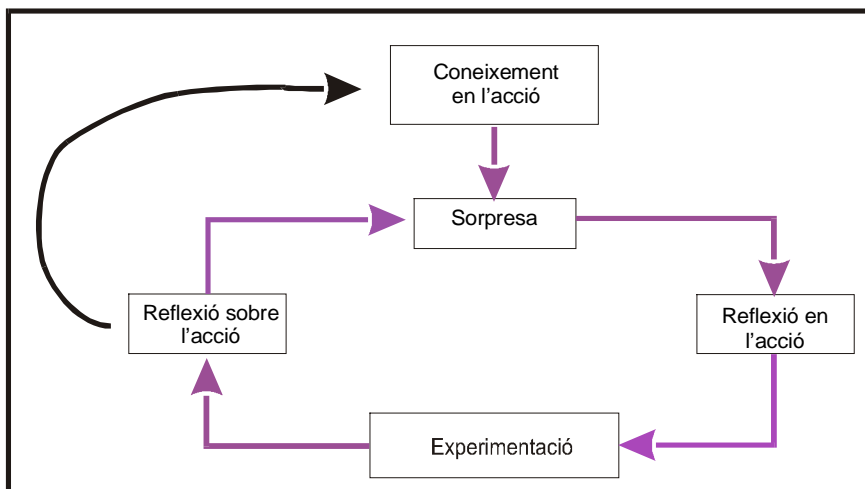
No obstant, quan les rutines produeixen un resultat inesperat o quan sempre es dona el mateix error, en definitiva un problema que no correspon a les categories del coneixement en l'acció cal:

Reflexionar en l'acció. Reflexionar sense interrompre l'acció present. Aquesta, és d'alguna manera conscient però no sempre s'explicita en paraules. Es pensa de manera crítica sobre la situació nova i això porta automàticament a una experimentació per verificar la comprensió provisional que se n'ha fet. Aquesta reflexió té un efecte tan immediat sobre l'acció, que de vegades costa de diferenciar del concepte anterior resultant més una improvisació que una acció reflexionada, per bé que és central en la idea d'art amb que els pràctics resolen de vegades situacions d'incertesa, conflicte o singularitat. En altres paraules, quan el professional s'ha de qüestionar el seu coneixement en l'acció en aspectes que van més enllà de normes i teories, reacciona reestructurant algunes estratègies d'acció, teories dels fenòmens i experimenta coses noves per posar a prova la seva nova comprensió comportant-se més com "un investigador que tracta de modelar un sistema expert, que com a expert que ja té modelat el comportament" ^{XXXI} (Shön, 1992, p. 44).

Reflexionar sobre l'acció. Reflexionar sobre aquesta acció quan aquesta ja és passat, ajuda a modelar l'acció futura.

De manera gràfica aquest procés seria el següent (v. figura 5)

FIGURA 5. APRENTATGE PROFESSIONAL SEGONS SCHÖN



Font: Martenson, D. (1998). El aprendizaje en las facultades de medicina: una perspectiva sobre la situación actual. *Educación Médica*, 1 (1), 7-12.

Per últim, Schön al·ludeix a la formació postgraduada en medicina com un exemple “d'aplicació” en certa mesura d'aquest tipus de formació reflexiva. La seva interpretació d'aquest procés formatiu és el següent:

Quan els metges interns i residents treballen sota la tutela de professors veterans amb pacients reals a les sales d'un hospital, aprenen alguna cosa més que no pas la simple aplicació de la ciència mèdica que s'ensenya a les classes. Hi ha, si més no, un reconeixement implícit que els models de diagnòstic i tractament fonamentats en la investigació, no es poden posar a la pràctica fins que els estudiants adquireixen un art que va més enllà dels models; i, des d'aquest punt de vista, àmpliament compartit pels metges, el pràcticum en medicina té a veure tant amb l'adquisició d'un art gairebé autònom de la pràctica clínica com amb l'aprenentatge de l'aplicació de la teoria científica.^{xxxii} (Schön, 1992, p.28)

En síntesi, per bé que hi ha matisos entre tots tres autors, segons Rosseti , Meed i Knasel (2001) tots es poden emmarcar dins l'aprenentatge experiencial reflexiu és a dir, assenyalen la importància d'aprendre de la pràctica i per tant l'adquisició d'un coneixement pràctic a partir de processos de reflexió que és “la capacitat de reconèixer, apropiar-se i actuar sobre l'aprenentatge adquirit en l'experiència”^{xxxiii} (p.107). D'aquesta manera es pot anar omplint el buit entre teoria i pràctica i a la vegada anar desenvolupant una consciència crítica sobre un mateix i el seu comportament, el comportament dels altres i el context i anar-se desenvolupant com a professional. Tal com resumeix Le Boterf (2001):

L'experiència i la pràctica professionals constitueixen elements importants en la construcció de la professionalitat. Per això, la persona ha de saber i poder tenir perspectiva per analitzar les seves pràctiques i transformar allò viscut en una experiència meditada (...) Aquesta capacitat és la que la converteix no només en actor sinó també en autor (...)^{xxxiv} (p.108)

2.2.2. La formació en el lloc de treball i la seva contribució a aquest aprenentatge experiencial

L'aprenentatge i desenvolupament de competències, com a procés obert, flexible i permanent no es limita a la formació escolar, sinó tot el contrari, afavoreix un desplaçament progressiu de l'ensenyament cap al lloc de treball (Moore i Theunissen, 1994; Huerta et al., rev. 29/11/01). La capacitat de les persones per desenvolupar-se productivament en una situació de treball no depèn exclusivament de les situacions d'aprenentatge formal sinó també de l'aprenentatge derivat de l'experiència en situacions concretes de treball. Com afirma Lévy-Leboyer (1997), mentre la formació tradicional es posa posteriorment en pràctica en el lloc de treball, avui en dia, es presenta com un procés simultani. Així, "adquirir noves competències no és, per tant, una activitat anterior al treball o que s'efectua de forma apart; es realitza en el transcurs del mateix treball i mitjançant aquest"^{xxxv} (p. 33).

Des d'aquesta perspectiva doncs, cal revisar el que tradicionalment s'ha vinculat a la formació en el lloc de treball entesa com aquell tipus de formació que es dona en connexió amb la pràctica professional.

Segons Hoyos (1999) i I. Pérez (1999) aquesta forma d'aprendre la professió i de traspasar el *know-how* és molt antiga. El que en l'Edat Mitjana s'utilitzava en els tallers pels oficis artesans sota la tutela d'un mestre, s'ha fet extensiu i s'aplica avui en dia a moltes professions en què s'han de desenvolupar competències més complexes –com per exemple en medicina- ja que disfruta d'una sèrie d'avantatges que li donen un caràcter molt diferent a la formació a l'aula. Entre aquestes alguns autors (Bentley, 1993; Gan, Alonso, de Francisco i Puyol, 1995; Hoyos, 1999; Marhuenda, 2001) destaquen els següents:

1. No és necessària la transferència. És un aprenentatge ràpid i directe.
2. Permet tenir a disposició els mitjans i materials necessaris per poder practicar.
3. S'adquireix allò que realment és necessari per desenvolupar l'activitat professional.
4. Permet avaluar competència (que es mostra en la situació professional).
5. Incrementa la motivació pels processos de formació i l'autoformació.
6. Permet posar-se a prova i obtenir feed-back immediat.

7. Permet aprendre de l'entorn de treball i de socialitzar-se professionalment, qüestió que no acostuma a quedar recollida en el currículum explícit per bé que és un tret definitori d'aquesta formació.

En quant a aquest últim punt, l'organització no actua només com a context d'aprenentatge sinó com a contingut d'aprenentatge en sí mateix en el sentit que condiona de forma natural -tant positivament com negativa- tot el que té relació amb l'adquisició d'actituds i valors ja que aquests s'aprenen i s'impregnen fonamentalment a través de les situacions que es veuen, dels missatges que s'escolten i de les experiències que es viuen en aquest context. Com apunta M.A. Alonso (2001), la formació al lloc de treball facilita el procés de socialització laboral i professional, a través d'un "contagi" sistemàtic, també importants en el procés de professionalització. En relació als valors de l'organització, s'aprenen els estils de relació, compliment de normes, resistències, relacions jeràrquiques... En relació a la professió, el contacte amb altres professionals, siguin o no docents, i la iniciació en la professió facilita l'assimilació de pautes de comportament pròpies del col·lectiu, necessàries per ser reconegut dins la "tribu".

Tot i que la formació en el lloc de treball, també anomenada *In Service Training*, pateixi de certa informalitat i improvisació i no sempre s'apliqui amb el rigor i la sistematització que requereix (com denunciaven alguns autors com Gan et al., 1995 i Lawson, 1999), té una intencionalitat clara que es posa en marxa en un conjunt d'accions planificades, normalment dirigides i supervisades per un tutor, més enllà de les clàssiques imitació i instrucció verbal.

En relació a la planificació d'accions, diversos autors (Gan et al., 1995; Goguelin, 1991; Lawson, 1999; Puchol, 1995;) refereixen el mètode TWI (Training Within Industry) per operar com una de les principals aportacions en aquest àmbit. Aquest mètode o conjunt de mètodes, que apareix inicialment (War Manpower Commission de l'exercit americà) en el marc de la Primera Guerra Mundial, per formar amb pocs instructors un nombre important de persones amb necessitats ocupacionals diverses (militars, sanitàries...), es basa fonamentalment en el seguiment de "quatre parts"⁹ que són:

⁹ Aquest mètode ha servit de base d'adaptacions i propostes diverses de formació en el lloc de treball atenent a realitats laborals i professionals variades.

- 1a. Planificació i preparació del treballador (motivació, informació sobre el treball, avaluació inicial dels coneixements que té).
- 2a Presentació i demostració física explicant al mateix temps les fases importants i els aspectes importants.
- 3a Comprovació o execució per part del participant (pràctica per part de l'aprenent amb l'explicació del que es va fer; el formador corregeix, fa preguntes i es preocupa de la qualitat del treball).
- 4a Seguiment (deixar anar treballant gradualment de forma autònoma).

Una de les claus de l'èxit o fracàs d'aquest tipus de formació és el **tutor** i el seu paper en aquest procés i només per aquest motiu ja mereix fer-ne especial atenció.

Mentors, coach o entrenadors, guia, orientador, preceptors, mestre... es fa difícil fer ús d'una única terminologia quan tot i poder-se associar a la figura del "tutor", han assumit diferents rols i tasques en funció del contextos en els qual apareixen i les necessitats a cobrir. Com diu Menchén (1999), el tutor és un concepte ampli, poc definit, multifacètic, que ha pres diversos noms al llarg de la història i pel qual no existeix una formació específica reconeguda oficialment.

En el marc acadèmic escolar la figura del tutor té molt de protagonisme amb la Reforma Educativa i especialment a la secundària. Tanmateix, en el món universitari ha estat en general descuidada llevat d'algunes excepcions com Oxford i Cambridge encara que Ferrer (1994) creu que probablement vagi prenent consistència els propers anys a les universitats espanyoles, tenint en compte que l'objectiu és la millora de la qualitat de la formació a aquest nivell.

En el marc professional i empresarial, es parla tant de mentors com de coachs o de tutors. El *mentor*, segons coincideixen diversos autors (Bell, 1997; Caldwell & Carter, 1993; Hygy-lang i Gellman, 2001; Menchén, 1999), s'associa a saviesa en honor al primer Mentor (el vell) que és el nom de la persona a la que Odiseo deixa al càrrec del seu fill Telémaco per ser preparat rei en *La Odisea*, per la saviesa que dona l'experiència. Actualment el mentor, que es potencia en algunes organitzacions ha esdevingut una estratègia important per la formació i el desenvolupament de competències a través d'una relació de confiança i aprenentatge mutu en la que aquest aconsella, ensenya i guia a un altre amb menys experiència (Carazo, 1998). En aquesta línia Bell (1997) fent referència a

Sòcrates com a gran mentor, proposa que el mentoring es sustenti sobretot en fer bones preguntes que suscitin la curiositat i que estimulin el pensament a alt nivell.

També autors com Higgy-Lang i Gellman (2000), Menchén (1999) Soler (1999) fan referència al *coach*, expressió que prové de l'àmbit específicament esportiu, la persona, normalment amb un càrrec superior, que pretén millorar el rendiment d'una altra en el lloc de treball. Tot i que generalment la figura del *coach* (guia, conseller, acompanyant o formador) té relació amb: incorporar nous treballadors, facilitar l'aprenentatge de tècniques instrumentals (organitzacions industrials) o facilitar la transferència de coneixements d'una acció formativa a una situació de lloc de treball, també es parla de coaching en entorn directius (Greco, 2001).

Com defineixen Higgy-Lang i Gellman (2001), el coaching és:

L'acompanyament d'un professional o d'un grup de professionals sobre el seu terreny de treball. Orientat vers l'individu, li permet aconseguir un nivell d'equilibri i d'actuació òptim i un millor coneixement d'ell mateix, de l'altre i de l'entorn. Afavoreix l'expressió del conjunt del seu potencial: tan intel·lectual com emocional, organitzacional i creatiu. Ajuda en definitiva a cadascú a gestionar el seu contacte explorant les seves resistències psicològiques i relacionals. ^{xxxvi}(p. 7)

En tercer lloc, el concepte de *preceptor* es relaciona amb la imatge de professor en contextos en els que es constaten diversos nivells com en el cas del professional de la salut dins hospital. Segons Kitchin (1993) el preceptor és el que facilita el rol de transició d'estudiant a professional. Aquest preceptor assumeix tres rols:

- Introduir el tutoritzat en la cultura de l'organització (procés de socialització d'actituds i valors organitzacionals).
- Guiar amb la seva experiència de treball al tutoritzat perquè vagi cobrint els buits entre el coneixement teòric i la pràctica clínica fins que aquest assolixi un nivell d'independència de funcionament.
- Establir una bona relació amb el tutoritzat (reconèixer i acceptar els seus coneixements, competències i característiques personals i deixar que vagi descobrint-se i agafant seguretat).

Amb tots els matisos que impregnen les diferents expressions –mentor, coach, preceptor-, cal que des del procés de tutorització es plantegi una planificació de treball (objectius, activitats...), que pot ser negociada o no amb l'aprenent i un seguiment per controlar la seva progressió i donar-li retroalimentació amb la intenció de determinar àrees de millora i incorporar canvis en el pla de formació quan aquests siguin necessaris (Cuatrecasas, 1999; Wilson, 1998). Aquesta retroalimentació és un dels elements essencials d'aquest model formatiu perquè “quan es proporciona correctament és una eina molt valuosa per ajudar a millorar el rendiment” ^{xxxvii} (Soler, 1999, p. 41). Aquesta avaluació de l'aprenentatge s'hauria de fer de forma contínua i portada a terme tant formalment com informal a partir de diàlegs, observacions, proves d'execució...És important informar amb precisió mitjançant comentaris, indicacions i suggeriments però més que tot això, és important escoltar l'aprenent (Lawson, 1999).

Per poder donar resposta a aquestes expectatives no és suficient que els tutors siguin competents en la seva àrea professional sinó que també han de disposar de competències psicopedagògiques entre les que els autors consultats coincideixen en ressaltar les següents: tolerància, amicitat, empatia, sentit comú, honestat, de confiança i que doni confiança, paciència, discreció, responsabilitat, estabilitat emocional, respecte, escolta activa, accessibilitat, compromís, motivació, habilitats d'observació i comunicació, flexibilitat, esperit d'equip, habilitat per les relacions i per la gestió del temps (Arnaiz, Natalia, de las Heras i Navarro, 1985; Arrivé, 1995; Carruthers, 1993; Cuatrecasas, 1999; Higy-Lang i Gellman, 2001; Lawson, 1999; Menchén, 1999; Soler, 1999).

2.3. L'AVALUACIÓ DE LES COMPETÈNCIES PROFESSIONALS

Des d'una perspectiva pedagògica i didàctica actual, l'avaluació és molt més que una eina de control de resultats que forma part i ha de ser coherent amb la resta d'elements del procés instructiu; malauradament la transcendència a nivell personal i social de l'avaluació de resultats han fet que sigui l'eix de l'activitat avaluadora en

el sistema universitari.¹⁰ Partint d'aquestes premisses Espín i Rodríguez (1994) assenyalen que “la influència de l'avaluació sobre el procés i el producte de l'educació és decisiva i afecta directament o indirectament la seva qualitat” (p. 23).

En l'àmbit específic de l'educació mèdica, el caràcter certificador d'alguns processos avaluatius, és tan rellevant per poder exercir professionalment -examen MIR- que ha provocat que, formació i avaluació funcionessin com a processos interrelacionats però en certa mesura independents¹¹ i que el sistema avaluatiu sigui un motor de canvi dels processos formatius als quals condiona i en certa mesura pot arribar a “pervertir”.

Així, atès que la formació postgraduada en medicina queda emmarcada entre dos d'aquests processos avaluatius -examen MIR i títol d'especialista- i que en aquesta recerca es posa en marxa un instrument avaluatiu amb diversos eixos (autopercepció de competències professionals per part dels residents, percepció de les competències per part dels tutors i avaluació de tots dos del model formatiu), des d'aquest marc teòric, resulta imprescindible fer una aproximació a l'avaluació de forma específica.

2.3.1. L'avaluació des del punt de vista pedagògic i didàctic

El concepte d'avaluació educativa ha anat evolucionat i ampliant-se al llarg del s.XX. Avui en dia, amb la quantitat d'elements del procés formatiu objecte d'avaluació i la proliferació de models i instruments, queda lluny la proposta de Tyler, que la limitava a determinar el grau en què s'havien assolit els objectius

¹⁰ Gimeno Sacristán i Pérez Gómez (1994) considera que l'avaluació d'aprenentatge i més en l'entorn universitari cobreix una funció social important ja que d'alguna manera la societat ha encomanat a aquesta institució la responsabilitat de qualificar titulacions professionals. Aquesta funció de l'avaluació en aquest entorn és sovint més important que la pròpiament pedagògica.

¹¹ El fet de separar excessivament moments instructius i avaluatius, de vegades inevitable, pot tenir el perill de fomentar que el discent posposi la labor d'aprendre i el que aquest aprenentatge implica, per donar prioritat a l'aprenentatge d'estratègies per respondre el millor possible a l'avaluació (Gimeno Sacristán i Pérez Gómez, 1994).

d'aprenentatge,¹² així com es reflecteix en la següent definició de B. Jiménez (2001):

L'avaluació és un procés continu, ordenat i sistemàtic de recollida d'informació quantitativa i qualitativa que respon a certes exigències –vàlida, dependent, fiable, útil- obtinguda a través de diverses tècniques i diversos instruments, que després de ser comparada amb criteris, prèviament establerts, ens permet emetre judicis de valor fonamentats que faciliten la presa de decisions que afectaran a l'objecte avaluat.^{xxxviii} (p.125)

Aquesta nova manera d'entendre l'avaluació “es presenta com una competència professional molt genèrica que pot comprendre pràctiques molt diverses, concretar-se en estils molt diferents, d'acord amb les opcions que s'adoptin en cada una de les passes que s'ha de donar en aquest procés”^{xxxix}(Gimeno Sacristán, 1994, p. 334).

Per comprendre les possibilitats i variants que ofereix l'avaluació educativa, resulta il·lustrativa la figura 6.¹³ Una síntesi del que diversos autors han apuntat en relació a algunes d'aquestes dimensions es presenta a continuació:

El **per què** fa referència a la finalitat avaluativa. Com assenyalen Cabrera, Donoso i Marín (1993) i Espín i Rodríguez (1994), és la primera fase del procés avaluatiu amb el propòsit de determinar el tipus d'informació necessària i rellevant i els criteris sota els quals valorarà la informació. Es distingeixen tres tipus d'avaluació segons la finalitat: diagnòstica, formativa i sumativa que s'associen a moments diferents del procés –a l'inici, durant i al final-. Totes tres fan referència a l'aprenent però la informació obtinguda en cada cas permet prendre tipus de decisions diferents.¹⁴

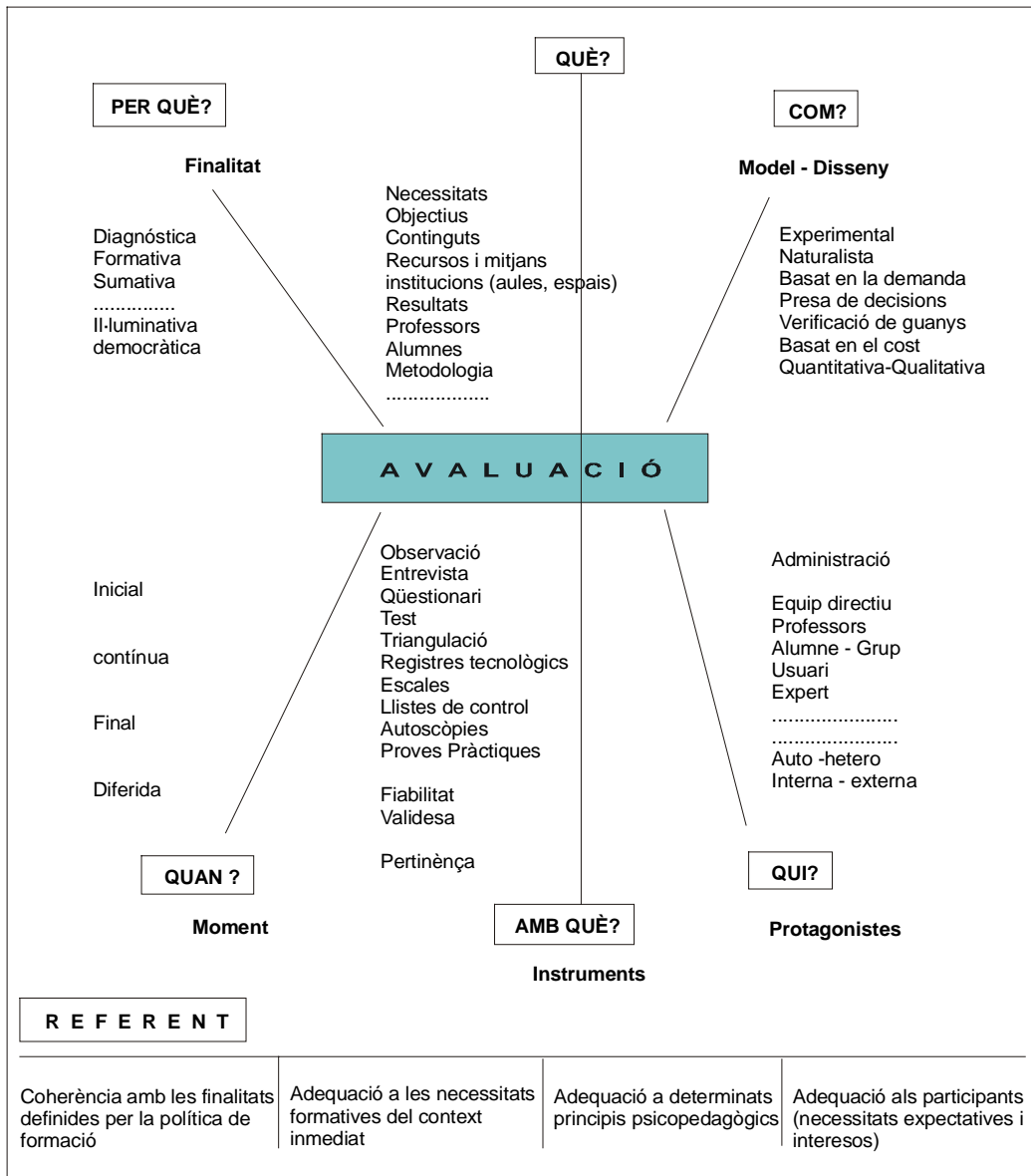
¹² Per ampliar sobre la història del concepte avaluació consultar Escamilla i Llanos (1995), Gimeno Sacristán i Pérez Gómez (1994), B. Jiménez (2001), Mateo (2000) i M. Rosell (1996).

¹³ Sobre aquesta figura només es comenten aquells elements i dimensions que són especialment rellevants per aquesta recerca.

¹⁴ Des que Scriven va introduir el concepte d'avaluació formativa, són molts els autors que fan referència a aquesta tipologia, àmpliament coneguda en el món docent. Entre d'altres: Barbier (1993), Bernardo (1995), Cabrera et al. (1993), Chadwick i Rivera (1991), Escamilla y Llanos (1995) Espín i Rodríguez (1994), Fernández Sierra (1996a), Gimeno Sacristán i Pérez Gómez (1994), Giné i Parcerisa (1999), B. Jiménez (1990), Román i Díez (1984), M. Rosell (1996), Zabala (1995)...

El **qui** fa referència al subjecte que fa l'avaluació. També aquí hi ha una àmplia gamma de possibilitats segons qui sigui l'agent avaluador (usuaris, alumnes, professors...) i la relació que s'estableixi entre el subjecte i objecte d'avaluació (hetero o autoavaluació, interna o externa).

FIGURA 6: DIMENSIONS DE L'AVALUACIÓ



Font: Tejada, j. (1991). La evaluación en la formación ocupacional. En Actes 1er. Congrés Internacional de FO (p.87-101). Barcelona: UAB

De totes les possibilitats, l'autoavaluació, o l'apreciació que un pot fer de si mateix mereix especial atenció pel paper que té en aquesta recerca i perquè malgrat ser una bona eina avaluativa, encara és poc coneguda (Cabrera et al., 1993). Com diu Zabala (1995) "l'autoavaluació no pot ser una anècdota ni un engany; també és un

procés d'aprenentatge de valoració del propi esforç i, per tant, és una cosa que convé planificar i prendre's seriosament" ^{XL}(p. 230). Per tant, per dur-la a terme amb rigor i que se'n pugui extreure tot el seu potencial educatiu, és necessari, segons aquests autors, que es donin una sèrie de condicions: un clima d'avaluació (caràcter formatiu), un coneixement dels objectius i uns nivells mínims de participació (serà millor quan més implicació tingui el participant en totes les decisions que afectin el procés instructiu com objectius, estratègies i criteris d'avaluació). A més, Martín (1997) suggereix que el procés autoavaluador també es faci entre companys (peer-review).

Altres autors com Giné i Parcerisa (1999) i M. Rosell (1996, 1999) l'anomenen també avaluació formadora o autoregulació d'aprenentatges i consideren que com més adult sigui el qui aprèn, més necessària és la introducció de processos d'autoavaluació ja que aquests es relacionen amb l'aprenentatge autònom en el que l'alumne assumeix gran part de la responsabilitat. Prendre consciència dels èxits, gestionar els propis errors, analitzar i reflexionar sobre el propi procés d'aprenentatge, desenvolupar la capacitat d'autocrítica... i, en definitiva, posar en marxa l'aprendre a aprendre, requereix certa maduració. En paraules de B. Jiménez (1990) "l'adult és ja una persona amb responsabilitats i amb capacitat d'emetre judicis i de racionalitzar situacions, d'aquí que sigui important possibilitar avaluacions realitzades per ell mateix..." ^{XLI} (p. 12). Amb tot, regular i controlar el propi procés d'aprenentatge, reclama un temps d'aprenentatge perquè no és una habilitat que s'adquireixi de forma espontània sinó en els processos d'aprenentatge, o si més no, així ho entén Álvarez Méndez (1993):

L'avaluació no és ni pot ser apèndix de l'ensenyament, és part de l'ensenyament i de l'aprenentatge. En la mesura en què un subjecte aprèn, simultàniament avalua: discrimina, valora, critica, opina, raona, fonamenta, decideix, fa judicis, opta... entre allò que considera que té valor en sí mateix i allò que no en té. ^{XLII} (p. 31)

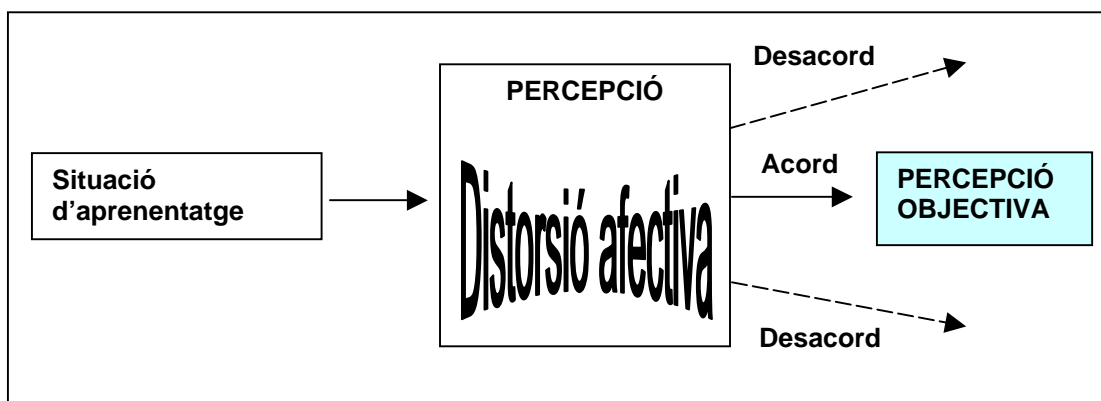
En resum, cal anar introduint gradualment pràctiques d'autoavaluació per avançar del control extern al control intern sobre el propi aprenentatge aconseguint que esdevingui un aprenent independent (Bernardo, 1995; Boud, 1991; M. Rosell, 1999).

Per últim, el **què** fa referència a l'objecte d'avaluació ja que com diu Zabala (1995), qualsevol element que intervé en el procés formatiu és susceptible de ser avaluat i no només dels resultats obtinguts pels discent.

Precisament, una de les avaluacions més necessàries per la seva connexió directa amb la qualitat de la formació i la seva millora és l'avaluació del propi *model formatiu* i de tots els elements organitzatius i didàctics que hi intervenen. Normalment, quan el qui avalua el model és el discent, s'acostuma a treballar amb percepcions amb el que s'anomena avaluació de la satisfacció amb tota la subjectivitat que aquesta implica.¹⁵ Amb tot, aquesta és prou important pel valor informatiu que aporten la transparència i l'espontaneïtat de certes manifestacions expressives (Escamilla i Llanos, 1995).

L'avaluació de la satisfacció com a primer nivell avaluatiu és rellevant especialment quan hi ha coincidències entre diversos participants al passar de ser una percepció clarament subjectiva a una percepció "objectiva" per intersubjectivitat com queda il·lustrat en la figura 7. Tanmateix, cal agafar-ho amb cura perquè a l'avaluar la satisfacció no es té en compte el paper dels propis participants en l'aprenentatge (actitud pròpia...) fomentant que s'associï l'èxit o fracàs de la formació a aspectes externs com condicions de la situació formativa, formador, etc, i mai al propi treball personal (Ramírez del Río, 1997).

FIGURA 7. MEDIACIÓ DEL FACTOR AFECTIU EN LA PERCEPCIÓ



Font: Ramírez del Río, A. (1997). Valoración de la formación. Madrid: Griker & Asociados

¹⁵ En el cas d'aquesta recerca, el model formatiu és valorat per residents, que és una pràctica habitual, però també pels tutors.

2.3.2. Avaluació de competències professionals: per què, qui, com...

La introducció del concepte de competència i la seva connexió amb el món laboral obliga al replantejament no només dels processos de formació sinó també dels processos d'avaluació (noves tècniques i instruments avaluatius, responsabilitat, finalitats...) i en definitiva entrar en una nova cultura avaluativa afrontant els problemes de naturalesa tècnica, organitzacional, cultural i social (Eray, 1999).

Com es poden avaluar les competències si aquestes han de ser observables?

Un cop s'ha identificat el perfil de competències que es pretén avaluar,¹⁶ s'ha de veure quines competències s'avaluaran i el tipus d'escalat a utilitzar. Un dels aspectes més complexos de l'avaluació de competències és precisament la seva definició així com la seva gradació en nivells (Le Boterf, 2001; Oriol Bosch, 1997b). Aquesta gradació, que pot tenir un caràcter quantitatiu o qualitatiu i es pot fer, segons A. Jiménez (2000), seguint diferents criteris: complexitat que va prenent l'adquisició de la competència, freqüència del comportament o diversos elements que s'integrin dins la mateixa competència (unitat de competència).¹⁷ Aquest escalat facilitarà l'avaluació de la mateixa forma que la formació i/o desenvolupament de les competències en tant que permet mesurar fins a quin punt han estat adquirides i a partir d'aquí com es poden desenvolupar.

A. García i Paniagua (1997) refereixen quatre tipus d'avaluació de competències que òbviament, condicionen l'ús d'un determinat tipus de tècniques, procediments i instruments avaluatius. Són les següents:

Avaluació de la predisposició a la tasca: es centra en la predicció de rendiment i adequació a un lloc de treball per part del candidat (trets de personalitat, nivell d'aptituds i actituds, motivació, dades bibliogràfiques amb tests, qüestionaris, estudi de l'historial professional, entrevista de confirmació de dades...). S'utilitza en selecció i per bé que permet orientar sobre els mínims exigibles d'una conducta, és molt limitat per explicar el comportament global en el treball. No permet predir la

¹⁶ En l'apartat 2.1.4., s'han presentat un conjunt d'instruments que permeten identificar competències. Algun d'ells també -per ex. entrevista d'incidents crítics- s'utilitzen també per avaluar-les.

¹⁷ L'escalat de competències ve condicionat per com s'ha realitzat la seva identificació i el model emprat (v. apartat 2.1.4.).

gran variabilitat de conductes i condicionants que entren en joc en una situació real. Lévy-Leboyer (1997) parla de signes per referir-se aquest tipus d'instruments per identificar dimensions psicològiques.

Avaluació del nivell de competència o rol: a través de simulacions es recreen situacions reals comprovant i mantenint controlades algunes variables circumstancials i deixant llibertat per a què es modifiquin aquelles que es volen estudiar i que s'ha comprovat que són indicadors de la corresponent competència. L'observació de competències mitjançant simulacions permet, encara que s'hagi d'actuar (rol), reproduir la situació de forma molt similar facilitant la comparació entre els avaluats. Algunes de les tècniques utilitzades són: entrevista (capacitat de comunicació, escolta i argumentació, anàlisi i rapidesa en el subministrament de dades...); "in-basket" (planificació, organització i gestió del temps); exercicis de grup (treball en equip, defensa d'arguments, capacitat d'escolta, lideratge); presentació orals (habilitats de comunicació i persuasió...) i moltes d'altres pròximes a situacions professionals concretes. A aquest tipus d'exercicis per poder avaluar objectivament les competències posades en pràctica en tasques que les impliquen Lévy-Leboyer (1997) les anomena mostres.

Avaluació de l'execució de la tasca: situació real a resoldre on la importància de les circumstàncies influirà en el rendiment. Es tracta d'avaluar el nivell d'acompliment i de la qualitat de les accions efectuades. Aquest tipus d'avaluació té la dificultat que les variables de la situació real no poden ser repetides, ni tant sols es poden determinar si són importants per determinades competències i que l'avaluador, al no trobar-se en una situació estandarditzada, tendirà a valorar aspectes que poden tenir poc a veure amb el rendiment de la competència.

Un dels procediments més habituals en l'avaluació de l'execució de la tasca per augmentar també la seva validesa és el contrast informants: el mateix treballador, companys, caps, subordinats i inclús clients. En el món empresarial a aquesta triangulació se l'anomena Avaluació 360° (P. Cardona i Chinchilla, 1999).

Avaluació dels resultats obtinguts: les competències han d'anar unides a un resultat exitós però sense oblidar que no sempre aquesta relació és directa, doncs poden haver professionals competents malgrat no aconseguir bons resultats com per exemple, els metges quan tracten amb malalties de difícil pronòstic.

En general sembla que la combinació d'instruments és el més fiable,¹⁸ però és important valorar a l'hora de decidir-se per un model avaluatiu o un altre criteris com: senzillesa, cost econòmic i organitzatiu per a que pugui ser viable.

2.4. SÍNTESI DE LES CONCEPTÈNCIES PROFESSIONALS A TRAVÉS DE LES SEVES CARACTERÍSTIQUES PRINCIPALS

A partir del que s'ha exposat fins ara al voltat del concepte de competència, l'autora destaca els següents punts:

. Les competències faciliten la interrelació i integració entre el sistema formatiu i el món laboral.

. El context des del qual es defineixen les competències determina que siguin més o menys genèriques i l'accepció des de la qual es dibuixen (suficiència, excel·lència, incumbència...). No són el mateix les competències bàsiques que s'han d'adquirir en la preparació universitària que aquelles que s'esperen en un lloc de treball i en una organització concreta.

. Les competències són comportaments complexes si s'accepta que tenen un caràcter combinat i integrat en els que intervenen coneixements, habilitats i actituds que poden transferir-se a diverses situacions professionals.

. Existeix el debat sobre si la competència ha d'incloure o no els aspectes més personals i subjacents de la persona -com valors, trets de personalitat, motius, aptituds... Des d'aquesta investigació l'autora subscriu la perspectiva d'aquells autors consultats (Hooghiemstra, 1995; Glick i Palleras, 1997; Lévy-Leboyer, 1997; A. Jiménez, 2000) que les consideren essencials, i les integren com a competències, ja que també condicionen el comportament professional. Aquests

¹⁸ En l'àmbit de la selecció, promoció i gestió de carrera per competències, els centres d'avaluació o més coneguts "assessment centers" utilitzen tot tipus de proves per avaluar el potencial, les qualitats i les habilitats personals. En l'àmbit de la certificació mèdica, l'ACOE (Avaluació per Competències Objectiva i Estructurada) també inclou diversos instruments. Aquesta última es presenta amb més detall en el punt 2.7.

elements competencials són més difícils d'adquirir i modificar; normalment intervé l'observació i l'aprenentatge vicari.

. Tant si tenen caràcter implícit o explícit, les competències s'han de traduir d'alguna manera en comportament observables en l'exercici professional que és on realment es demostren. Per això, quan es volen identificar i especialment avaluar cal partir d'aquests comportaments observables.

. Les competències són inseparables del camp i context d'aplicació ja que és en l'actuació professional que es posen en relació els atributs personals i el lloc de treball. No obstant, ja sigui per motius personals o per resistències de l'entorn, les competències no sempre es poden posar en marxa i demostrar en les situacions professionals, és a dir, que hom pot *saber* actuar però no *voler* o no *poder* actuar i per tant, no *actuar* amb competència.

. L'aprenentatge reflexiu vinculat a l'experiència professional esdevé una peça clau en l'adquisició i el desenvolupament de competències que condueix a l'expertesa.

. Les competències tenen un caràcter dinàmic en dos sentits: d'una banda, tenen dimensió temporal i caducitat a l'haver de validar-se en el context laboral, sotmès a canvis continus, i per tant a noves exigències professionals; d'altra, posar l'èmfasi en el desenvolupament de competències fa pensar en una reconstrucció i millora constant.

2.5. COMPETÈNCIES PROFESSIONALS DE L'ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMÍLIA I COMUNITÀRIA

2.5.1. Factors que actualment condicionen la competència professional en medicina

La competència professional és un concepte dinàmic, en constant evolució en la mesura que es va adequant a les exigències de l'entorn actual i les que s'aveïnen en un futur pròxim. En aquesta necessària evolució de les professions són molts els factors que de forma interrelacionada hi contribueixen.

En síntesi, alguns d'aquests canvis i elements de l'entorn més significatius als quals hi estem abocats ineludiblement, es presenten a continuació: (Bonal, 1999; Catalunya demà, 1998; Codina, Mauri, Oriol Bosch i Lloveras, 1994; Comissió de Medicina i Especialitats relacionades, rev. 06/09/01; Figuera, 1992; Humet, 1999; Oriol Bosch, 1998, 2001; Pedraza, 2001; Pera, 1989; Pla et al., 1989; Pujol, 2000; Ros, 1995; Teixidor, 1999...)

a) Canvis socials que repercuteixen en el sistema sanitari

Hi ha tota una sèrie de canvis socials que afecten directament el sistema sanitari i que han condicionat l'evolució i les innovacions en aquest sistema. Alguns d'ells són:

. Canvis demogràfics i socials: es tendeix a un envelliment de la població que provoca modificacions importants en les demandes de prestacions associades a l'edat. De la mateixa manera s'està vivint un procés de cronificació de malalties que fins ara eren terminals. A més, és probable que factors com la immigració, la integració de la dona al sistema productiu, l'atur, els nous models familiars (famílies monoparentals, gent que viu sola...) també estiguin influint en els problemes actuals de salut pública.

D'altra banda, l'augment del nivell educatiu en general i la facilitat d'accés a la informació, fomenta un nou ciutadà "informat" amb capacitat de presa de decisions i d'interpel·lació als experts que, exigeix una millor informació i justificació de les actuacions d'atenció sanitària qüestionant-se la confiança incondicional vers el professional. Aquestes actituds més exigents per part de l'usuari que es reflecteixen per exemple, en l'augment de denúncies i reclamacions, fomenta la pràctica d'una medicina defensiva on "per curar-se en salut" de vegades es demanen més proves de les necessàries en detriment de l'eficiència. Per altra banda, aquest nou ciutadà, pren també una actitud més activa com a pacient, que obliga a anar avançant cap a un model de negociació i corresponsabilitat.

. Canvi en el concepte de salut: lentament, va prenent cos la idea de salut com a bé biopsicosocial i no només com absència de malaltia. Això reclama una orientació dels serveis sanitaris cap a l'atenció integral de la salut i especialment un reforçament de les activitats de prevenció i promoció que estan més abandonades

que les de caràcter paliocuratiu. Els programes d'educació per la salut al voltant d'estils de vida –consum de tabac, sedentarisme, obesitat...- la VIH-SIDA, el càncer, les malalties cardiovasculars... tenen cada cop més importància i no només per raons sanitàries sinó també de naturalesa econòmica.

. Canvis en el sistema sanitari: el sector sanitari, pressionat pels canvis prèviament esmentats està introduint innovacions en les organitzacions hospitalàries com són estructures més planes i menys burocratitzades que promouen el treball per projectes, el treball de l'equip de salut, la participació dels clínics en la gestió i el sistemes de millora contínua per tal d'assolir la màxima eficiència, efectivitat i qualitat de servei (processos de Qualitat Total).

Més enllà dels canvis organitzacionals, la Reforma de l'AP suposa un gir d'aquest nivell assistencial que paulatinament ha anat modificant els vells hàbits d'una medicina burocratitzada centrada en dispensar medicaments i altes i baixes, per assumir el paper d'un primer nivell professionalitzat (que té com a principals referents la Medicina de Família i la Infermeria Comunitària), que ha de donar resposta a una part important de la demanda sanitària si més no, ha de servir de pas previ per l'assistència especialitzada. En aquest marc, urgeix més que mai una integració i coordinació entre nivells que garanteixi la continuïtat de serveis des d'una perspectiva global.

La limitació de recursos en salut ha estat una altra prioritat del sistema. Fins no fa gaire, el tòpic de "la salut no té preu" ha justificat grans despeses pel finançament de serveis sanitaris moltes vegades sense una planificació racional. La necessitat econòmica de contenir costos i optimitzar els recursos sanitaris forçosament limitats, implica una millor gestió i començar a fer-ne ús des de la perspectiva de l'eficiència per part dels mateixos professionals.

b) Impacte tecnològic

L'impacte tecnològic permet el procés d'especialització i el desenvolupament científic, per bé que també té conseqüències negatives en la relació assistencial i obre interrogants bioètics als quals cal anar donant resposta. Els nous mètodes de diagnòstic i tractament també han potenciat la mitificació de processos sofisticats, la

deshumanització amb el tracte amb els malalts i el fraccionament de l'assistència perdent de vista l'objectiu final que és el benestar del pacient d'una manera integral. En definitiva, cal fomentar un nou model de metge que estigui preparat per afrontar el repte tecnològic i al mateix temps practicar una medicina més "humanitzada".

A nivell organitzatiu, les noves tecnologies permeten un gran desenvolupament dels sistemes d'informació de l'empresa sanitària que repercuteix en una millor atenció als pacients i coordinació entre professionals, evita duplicar exploracions, etc.

c) Evolució de la professió des d'una perspectiva social

La professió mèdica està en vies de canvi. Socialment segueix mantenint el prestigi atorgat, però aquest es correspon cada vegada menys amb el nivell econòmic i d'autonomia professional.

En medicina s'ha passat d'actuar com a professionals lliberals a exercir en organitzacions –moltes d'elles dependents de l'administració pública- on el treball en equip és fonamental i on la seva actuació és avaluada.¹⁹ Tot això condueix a una pèrdua de protagonisme i de poder dins del sistema i marca un procés de proletarització del col·lectiu mèdic, la qual cosa modifica en certa mesura l'autonomia professional i obliga a revisar les relacions entre societat, col·legis professionals, administració sanitària i educativa i organitzacions.

Aquesta evolució implica la incorporació de noves competències, algunes d'elles compartides amb d'altres professionals sanitaris, pel fet d'integrar-se en contextos organitzacionals ja que "ser un bon metge no voldrà dir en el futur ser competent només des de la perspectiva assistencial; caldrà, a més, definir quins hauran de ser els requeriments per ser un bon docent, un bon investigador o també un bon gestor" (Pujol, 2000, p.465).

¹⁹ Tradicionalment les organitzacions hospitalàries han funcionat amb el nucli d'operacions centrat en la figura del metge, professional amb un gran nivell d'autonomia que regula la seva tasca a partir de la comunitat científica a la qual pertany sense tenir gaire en compte l'organització per la qual treballa. Mintzberg (1993) va anomenar a aquestes estructures *burocràcia professional*.

d) Cultura professional

La cultura professional que s'entén com aquell conjunt de creences, valors, normes, signes, rituals, actituds, maneres de fer, etc. compartits pel col·lectiu professional com a tret d'identitat (Peiró, 1989; Shein, 1988...) segueix tenint, en el cas del col·lectiu mèdic, com a principal referent, el model biomèdic. Des d'aquest, el metge és un especialista al qual se li reclama un alt nivell de competència tècnica i responsabilitat fomentant d'aquesta manera les relacions asimètriques i de poder tant amb el pacient com amb la resta de l'equip assistencial. Amb tot, no hi ha dubte que aquest model biomèdic pel que s'ha optat majoritàriament, "ortodox, cosmopolita, organicista, d'eficàcia biològica que posa en els signes i símptomes orgànics els seus principals aliats" (X. Cardona, 2002, p.5), ha permès grans avenços mèdics i ha estat d'una gran eficàcia terapèutica.

Tanmateix, a l'hora que alguns aspectes d'aquesta cultura es segueixen mantenint i transmetent, conscient i inconscientment als nous metges que es van incorporant al col·lectiu professional, les noves generacions també es van impregnant d'altres models i valors que poc a poc van arrelant entre els professionals.²⁰

e) Escenaris de futur del professional de la medicina

Un estudi de prospectiva realitzat per Codina Mauri, Oriol Bosch i Lloveras (1994) orienta sobre les competències que caldrà desplegar en un futur pròxim en els professionals de la salut, i particularment de la medicina, per l'exercir.

Respecte a les competències reclamades i sobre les quals encara no es prepara suficientment en el sistema formatiu actual, els resultats indiquen que els professionals de la salut del futur:

(...)hauran de promoure la salut, prevenir i tractar la malaltia i rehabilitar la discapacitat de manera ètica i respectuosa amb les diferències individuals, a

²⁰ Segons informa Churrua a *Diario Médico (DM)* (2000, 25 de juliol), revista d'àmplia difusió en el sector sanitari, els professionals més joves critiquen les organitzacions mèdiques de seguir mantenint un marcat caràcter gremial i corporativista i de no haver sabut canviar al ritme de la professió al no renovar-se líders i funcions.

més hauran de fer-ho amb recursos limitats, sustentant aquestes activitats en el coneixement científic i amb el suport de les tecnologies. Però la societat i els professionals demanen encara més: els professionals hauran de ser millors prestadors d'assistència integral; comunicadors, pensadors crítics, motivats per l'aprenentatge permanent; especialistes en informació, practicants de l'economia aplicada, coneixedors de la sociologia, de l'antropologia, de l'epidemiologia i del comportament humà; participants, líders i gestors d'equips de salut i, finalment, defensors de les necessitats de la comunitat que presten servei a la qual, a més, hauran de retre comptes. (Codina et al., 1994, p.33)

En aquesta línia, es pronuncien també altres autors. Entre aquests, Teixidor (1999) per exemple, afirma que el gran repte dels professionals sanitaris està en “sense perdre de vista la necessitat d'implicar-se en la correcta gestió dels recursos humans, realitzar una pràctica centrada en la persona, guiada pel pensament reflexiu i per l'ètica professional” (p. 56); i Ballesta, rector de la Universitat de Múrcia apunta que algunes de les claus de la formació en medicina per preparar professionals pel segle XXI són: treball en equip i formació interdisciplinària, humanització de la pràctica sanitària, prevenció i promoció de la salut, economia sanitària, gestió i bioètica (Laguna, 2002, 26 d'abril).

En definitiva, els nous reptes i les noves exigències en l'exercici professional han de tenir traducció en el sistema de formació que al cap i a la fi és un subsistema de la professió perquè “les vies per les quals s'ensenya i s'aprèn no són indiferents respecte als resultats de l'ensenyament i l'aprenentatge” (Pont et al., 1996, p.20) i perquè la manera d'organitzar el currículum, d'avaluar, de fer la selecció per l'especialitat, etc. posen de manifest el què es valora com a important i el què no.²¹

²¹ Atès l'objecte d'estudi d'aquesta recerca, el model formatiu actual es desenvolupa en detall en el punt 2.6.2.2.

2.5.2. La Reforma d'Atenció Primària: una nova manera d'entendre aquest nivell assistencial²²

Parlar de Medicina Familiar i Comunitària actualment no té sentit sense emmarcar-la en la Reforma de l'Atenció Primària que s'inicia amb caràcter pilot l'any 84 (La Mina i Ciutat Badía) però que realment es posa en marxa l'any 90 a partir de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC), quan també es comença a treballar amb el Pla de Salut.²³

La Reforma de l'AP apareix en un context en el que la medicina es troba sota una gran influència del paradigma científic-tecnològic que posa l'accent en la dimensió tècnica –la malaltia com a problema- i en l'especialització. L'atenció hospitalària i el prestigi creixent de l'especialista -legitimat socialment pel reconeixement de la ciència i la tecnologia- fa d'aquesta, la base de l'assistència sanitària reduint la primària a un segon terme cada cop més desprestigiada tant professionalment com social. És el temps dels metges de capçalera o generals, sense entrenament especialitzat, que exerceixen dues hores diàries en un centre dependent de l'organització de la Seguretat Social i que prenen com a funcions bàsiques el “receptar”, “donar baixes” i “fer volants per especialistes”, gens estimulants i molt al marge de l'engranatge assistencial (Gol et al., 1979).

L'any 1978, en la conferència de la OMS d'Alma-Ata i amb la intenció d'arribar a la fita “Salut per a tothom l'any 2000”, es senten les bases de l'AP, ja que es considera fonamental per aconseguir la millora de l'estat de salut de la població. Uns anys més tard, queden definits els trets fonamentals de la Reforma des de la qual l'AP s'estableix com a primer esglaió assistencial que integra l'atenció preventiva i de promoció de la salut de la comunitat i al mateix temps la curativa i rehabilitadora i com es defineix en la mateixa Conferència d'Alma-Ata:

²² En aquest apartat només es presenten uns apunts sobre els trets característics fonamentals de l'APS que poden ampliar-se amb la lectura de l'obra Martín Zurro, A. i Cano, J.F. (Eds). (1999). *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Vol.I (4a. ed.). Madrid: Harcourt Brace, en la que l'autora s'ha fonamentat, tenint en compte que és un dels principals referents sobre Atenció Primària.

²³ La LOSC marca el punt de partida d'una nova manera d'enfocar la planificació sanitària en establir el desenvolupament del Pla de Salut com a instrument indicatiu i marc de referència de totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut. El Pla de Salut es desenvolupa en diverses etapes que configuren un procés cíclic i dinàmic que es renova cada tres anys.

Representa el primer nivell de contacte dels individus, la família i la comunitat amb el Sistema Nacional de Salut, portant el més a la vora possible l'atenció de la salut al lloc on resideixen i treballen les persones i constitueix el primer element d'un procés permanent d'assistència sanitària.^{XLIII} (OMS-Alma-Ata,1978, citat a Martín Zurro i Cano, 1999, p. 5)

Aquesta Reforma d'Atenció Primària, que es va iniciar fa més de 10 anys ha implicat la introducció de canvis en aquest nivell en molts sentits: equips interdisciplinaris, atenció a persones malaltes i sanes, activitats preventives, sistemes informàtics i de gestió i especialment professionals preparats i il·lusionats que assumeixen nous rols i responsabilitats gràcies a la creació de l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària (MFIC) i al desenvolupament de la infermeria comunitària. Tots aquests elements han ajudat a què l'Atenció Primària tingui una entitat pròpia i diferenciada de l'hospital incrementant el seu prestigi científic i professional i millorant la seva imatge social. No obstant, com qualsevol reforma d'aquestes dimensions, ha patit i encara segueix patint problemes en la seva implementació i no està exempta de crítiques. Així per exemple Turabián i Pérez (2001) denuncien que després d'una etapa de gran desenvolupament en la dècada dels 80 s'ha passat a una de cert estancament als 90 (manca d'inversions, poc recolzament a la investigació, rutina de tasques, massificació de consultes...).

Els principals elements que segons (Martín Zurro i Cano, 1999) caracteritzen l'Atenció Primària són:

- *Integral*. Considera l'ésser humà des d'una perspectiva biopsicosocial.
- *Integrada*. Interrelaciona elements de prevenció, promoció, tractament, rehabilitació i reinserció; també s'integra funcionalment amb la resta d'estructures i nivells sanitaris.
- *Continuada i permanent*. Al llarg de la vida i en els diferents àmbits (escola, domicili...) i circumstància (consulta, urgència...).
- *Activa*. Busca i resol les necessitats de salut, en l'àmbit de la promoció i prevenció encara que aquestes no siguin expressades.
- *Accessible*. No només com una qüestió geogràfica sinó també per raons econòmiques, burocràtiques o de discriminació.
- *Basada en el treball en equip*. Integrats per professionals sanitaris i no sanitaris.

- *Comunitària i participativa.* Atenció als problemes de salut col·lectiva amb la participació activa de la comunitat en totes les fases del procés de planificació, programació i posada en pràctica de les activitats.
- *Programada i avaluable.* Amb actuacions basades en programes de salut amb objectius, activitats, recursos i mecanismes d'avaluació.
- *Docent i investigadora.* Desenvolupa activitats de docència (pregrau, postgrau i formació contínua) i d'investigació bàsica i aplicada en les matèries pròpies del seu àmbit.

L'organització i desenvolupament d'aquesta Atenció Primària de Salut (APS) gira a l'entorn de dos elements claus: el centre i l'equip de salut (Martín Zurro, Huguet i García, 1999).

- *Centre de Salut:*

És l'estructura funcional i física en la que es desenvolupa gran part de les activitats d'APS. Com a institució assumeix la responsabilitat de l'atenció d'una comunitat definida a nivell social, demogràfic i geogràfic. Les funcions i activitats bàsiques d'un Centre de Salut integral, en consonància amb les pròpies dels serveis d'AP són (v. taula 2):

TAULA 2. FUNCIONS BÀSIQUES D'UN CENTRE DE SALUT INTEGRAL

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> . Atenció preventiva (vacunacions, diagnòstic precoç, etc.) i de promoció de la salut. . Diagnòstic i tractament de malalties. Rehabilitació i reinserció social. . Atenció domiciliària i urgent. . Vigilància epidemiològica. . Educació sanitària i accions comunitàries preventives. . Docència i investigació en Atenció Primària |
|---|

Font: Martín Zurro, A., Huguet, M. i García, F. J. (1999). Organización de las actividades en Atención Primaria. En A. Martín Zurro i J.F. Cano (Eds.), *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Vol.I* (4a. ed.) (p.40-56). Madrid: Harcourt Brace.

Les activitats en l'àmbit de la promoció i la prevenció poden tenir característiques diferents segons la naturalesa del problema (extensió geogràfica, individual o col·lectiu...) i normalment reclamen la col·laboració àmplia i constant d'altres nivells del sistema sanitari o altres sectors; les assistencials curatives i de rehabilitació, fonamentades en accions protocol·litzades i programes que s'han de realitzar en la

consulta o en el domicili²⁴ i que també inclouen l'assistència urgent i continuada, impliquen la col·laboració dels diversos professionals de l'equip i els serveis de recolzament; l'educació sanitària que ha de fomentar bàsicament l'autoresponsabilitat de persones i comunitat es desenvolupa normalment en les actuacions assistencials on el contacte directe entre el professional i el pacient possibiliten una intervenció més eficaç; per últim, per les activitats de docència (pregrau, postgrau i formació continuada) és necessària l'existència de mecanismes de coordinació funcional amb les entitats acadèmiques corresponents.

Pel que fa a les consultes que constitueixen l'àmbit principal on s'integren aquestes diverses activitats de promoció, prevenció, assistencials i de rehabilitació en el centre de salut, se'n diferencien tres tipus, a fi d'assolir una òptima organització: la visita a demanda (cada vegada s'imposa més amb cita prèvia per evitar temps d'espera), la visita urgent (pacients que acudeixen sense sol·licitar prèviament dia i hora de consulta i si no poden ser atesos pel seu metge els pot atendre un altre professional amb l'historial clínic del pacient, al servei d'urgències del centre de salut) i la visita programada (per iniciativa del professional, amb dia i hora prèvia, destinada generalment al seguiment de pacients crònics o a la realització d'activitats preventives i de promoció de la salut).

- *Equip de Salut.*

És el pilar organitzatiu en el que es basa el desenvolupament dels continguts sanitaris de l'APS. Està constituït per un conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris que desenvolupen de forma continuada i compartida les funcions i activitats de l'APS (v. taula 3 en el sí d'una determinada comunitat i on el facultatiu, a diferència del model anterior, no és l'únic protagonista sinó que comparteix responsabilitats i tasques amb els altres components de l'equip).

²⁴ L'atenció domiciliària constitueix una de les activitats bàsiques a realitzar pels equips de salut com una alternativa d'assistència moltes vegades més eficaç i eficient que l'ingrés hospitalari; malauradament, encara hi ha grans mancances en la planificació i en els recursos destinats a aquesta.

TAULA 3. FUNCIONS I ACTIVITATS DE L'EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

ANÀLISI DE LA SITUACIÓ DE SALUT	
FUNCIONS	ACTIVITATS
Assistència	Visita en el centre i a domicili, espontània programada i urgent
Promoció de la salut	Educació sanitària individual i col·lectiva en el centre de salut, en escoles i altres institucions. Campanyes educatives (hàbits)
Prevenició de la malaltia	En grups de risc Vacunacions Cribatge
Rehabilitació	En processos aguts i crònics Reinserció social
Funcionament intern i suport	Docència i investigació/Formació continuada Organització interna/Política de qualitat i avaluació Gestió

Font: Martín Zurro, A., Hugué, M. i García, F. J. (1999). Organización de las actividades en Atención Primaria. En A. Martín Zurro i J.F. Cano (Eds.), *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Vol.I* (4a. ed.) (p.40-56). Madrid: Harcourt Brace.

L'equip bàsic d'AP l'integren: metges (família i pediatres), infermeria, treballadors socials i tècnics no sanitari. Sovint però, també hi col·laboren directa o indirectament altres professionals que s'anomenen de recolzament especialitzat (odontòlegs-estomatòlegs, especialistes en salut mental, en atenció a la dona, rehabilitació, salut pública i medicina comunitària i tècnics de laboratori i radiologia).²⁵

Els equips funcionen en la mesura que tots els seus components es senten participants dels seus objectius, activitats i resultats. No obstant, cadascú dels membres de l'equip, té, per la pròpia competència professional, tasques específiques.²⁶

²⁵ En el camp de la Salut Mental, per exemple, les situacions de col·laboració entre equip de salut i els centres, consultes i professionals d'aquest àmbit són molt diverses atès el procés de canvi que s'està vivint en l'organització institucional i funcional de l'assistència. En altres camps com el d'atenció a la dona, les diverses comunitats autònomes també presenten situacions diferenciades.

²⁶ Les competències pròpies de l'especialista en MFIC es descriuen en l'apartat següent.

Professional d'Infermeria.

Assumeix funcions i activitats pròpies de la seva professió amb amplis nivells d'autonomia i responsabilitat.

Participa de forma creixent en activitats de docència i d'investigació desenvolupades en el marc de l'AP així com en tasques de salut comunitària i coordinació. En l'assistència curativa, participa especialment en el control de malalts crònics i la instrumentació de tècniques diagnòstiques i terapèutiques. Assumeix gran part de les activitats d'atenció domiciliària on el metge té pràcticament un paper de "consultor". També formen part de la seva responsabilitat, activitats comunitàries en col·laboració amb els treballadors socials en institucions o serveis de la comunitat (nens, joves, embarassades, persones grans). En l'àmbit de la promoció de la salut, s'ocupa de dirigir i intervenir en tasques d'educació sanitària a col·lectius sans i malalts, individualment o col·lectiva i en prevenció actua en programes com vacunacions.

Per organitzar-se el professional d'infermeria es basa en la programació i estandardització de procediments, disposa de temps i espais per la concertació de visites tant al centre de salut com al domicili i fa ús de la mateixa documentació clínica que el metge, anotant tot allò pertinent sobre els resultats de les seves actuacions (consultes d'infermeria).²⁷

Professional de treball social.

La seva incorporació, ha estat un dels elements de canvi qualitatiu de l'assistència prestada a la població atenent també les qüestions de caràcter social. A partir del coneixement de les característiques de la comunitat (cultura, estructura, equips i serveis...) aquest professional identifica i defineix les demandes de la població i dissenya les actuacions per l'abordatge de problemes socials de caràcter individual, familiar i comunitari. Un altre camp de treball és la participació comunitària on actua com enllaç entre persones i entitats i l'equip de salut i és especialment amb els

²⁷ El desenvolupament de les consultes d'infermeria ha portat en alguns casos a abandonar total o parcialment les consultes compartides amb metges de família i pediatres malgrat segueix sent necessària per tenir un coneixement global de la població atesa.

grups en situació de risc social (alcoholisme, inadaptació, atur...) on dirigeix més els esforços a la coordinació i desenvolupament de programes sòcio-sanitaris.

A l'igual que la resta de membres de l'equip disposa d'infraestructura bàsica pel desenvolupament de les seves activitats i també participa en els tasques docents i d'investigació pròpies de l'equip de primària.

2.5.3. Perfil professional i competències de l'especialista en Medicina de Família i Comunitària

Amb la Reforma i la implantació de l'especialitat de Medicina de Família es replanteja el perfil i les competències professionals que el metge del primer nivell assistencial ha de desenvolupar, entenent que per aquesta funció no són suficients els coneixements adquirits en la formació de pregrau. Com expressen Martín Zurro i Cano (1999), "la figura del metge de capçalera tant antiga com la pròpia medicina ha de ser potenciada en molts dels seus continguts i modificada radicalment en altres per aconseguir la seva plena incorporació als nous elements conceptuals, organitzatius i funcionals d'un modern sistema sanitari"^{XLIV}(p. 4).

Gallo et al. (1994) elaboren un document sobre el perfil professional bàsic del metge de família amb les aportacions de l'organització mundial de metges de família (WONCA) l'any 1991 i el programa de l'especialitat.²⁸ Aquests autors identifiquen cinc grans àrees de pràctica professional del metge que són: atenció a l'individu, atenció a la família, atenció a la comunitat, docència i investigació i recolzament. De totes elles se'n fa una justificació, es presenten les actituds més importants a desenvolupar i una descripció de les activitats a incorporar en la pràctica professional.

²⁸ Es tracta d'un document tècnic elaborat per un grup d'experts anomenats per la junta de la semFYC (Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària) que serà un referent fonamental per l'establiment de les competències que ha de desenvolupar aquest professional. En aquest cas, s'ha establert des del mateix col·lectiu professional que, com s'ha comentat en el punt 2.1.4., és una de les tècniques emprades per la identificació de competències professionals que cal definir prèviament a la planificació de qualsevol procés de formació i/o avaluació que es vulgui articular en base a competències.

a) Àrea d'atenció a l'individu: el metge dispensa una atenció clínica efectiva i eficient prenent cura dels processos de diagnòstic i maneig del pacient en aquells problemes més freqüents, tan aguts com crònics, urgents o no. Si no els pot assumir, ha de buscar la col·laboració d'altres professionals o derivar, si s'escau, a un altre nivell assistencial.

El metge també vetlla per pacients de totes les edats i condicions sense discriminació i participa en el cuidado de la salut amb intervencions diverses, des de la promoció i prevenció fins a la rehabilitació la qual cosa implica una tasca d'educació sanitària en la que ha de promoure, amb especial èmfasi, la responsabilitat en l'autocura.

La seva perspectiva ha de ser biopsicosocial, és a dir, des de la integració de les diverses dimensions de la persona. En aquest marc, el desenvolupament d'habilitats socials i comunicatives que li permetin establir una relació de confiança amb el pacient, són claus.

Algunes de les activitats que a grans trets s'inclouen en aquesta àrea són: realitzar l'entrevista clínica, fer ús de tecnologia diagnòstica, complimentar la història clínica, atendre des d'una perspectiva clínico-terapèutica a diversos tipus de pacient (nens i adolescents, dona, pacient en situació terminal, persones grans...).

b) Àrea d'atenció a la família: atendre la família és important perquè és el medi social immediat de l'individu i per tant té una importància transcendental en el desenvolupament d'una malaltia.

Les activitats pròpies a desenvolupar en aquesta àrea són: recollir informació sobre el sistema familiar, explorar elements indicadors d'una mala adaptació al problema, assessorar els "cuidadors principals", valorar la intervenció familiar quan la situació ho requereixi...

c) Àrea d'atenció a la comunitat: tots els documents que han "apadrinat" les reformes sanitàries, entre ells la Declaració d'Alma-Ata (OMS-UNICEF, 1980) inclouen amb diferents matisos, la comunitat com objecte d'intervenció o APOC (Atenció Primària Orientada a la Comunitat) perquè s'ha comprovat que molts dels factors determinants de malaltia –estils de vida i factors socials i mediambientals-

diffícilment poden modificar-se per una acció exclusivament dirigida a l'individu; requereixen accions comunitàries habitualment sobre una base de coordinació intersectorial.

Les activitats a desenvolupar en aquesta àrea són: recopilar dades sobre la comunitat, identificar problemes i necessitats de salut, prioritzar intervencions, dissenyar i desenvolupar programes comunitaris i portar a terme accions d'educació per la salut.

d) Àrea de docència i investigació: són dels aspectes més novedosos del perfil.

Les activitats docents es refereixen a: autoformació (desenvolupar hàbits de lectura científica, assistir regularment a congressos...), formació contínua dins l'equip de primària (participar en activitats pròpies del centre) i docència (pregrau i postgrau). Aquestes, exigeixen per part del professional una actitud de disposició per l'estudi, curiositat cap als avenços científico-tecnològics, interès per discutir amb altres professionals els propis coneixements...

El desenvolupament de tasques d'investigació consolida un cos de coneixements propi, millora la qualitat de l'atenció prestada ajudant a demostrar la seva eficàcia, evita l'anquilosament i contribueix al progrés de l'AP i del sistema sanitari. Algunes activitats en l'àmbit de la recerca serien: fer ús del mètode científic en la pràctica diària, desenvolupar l'hàbit de lectura crítica, identificar àrees "problema" susceptibles d'investigació i dissenyar i portar a terme investigacions en equip.

Segons Gallo et al. (1997), la recerca no es pot reclamar a tots els metges de família com una activitat obligatòria de la pràctica professional però sí com exigència al col·lectiu de forma global. Aquesta requereix motivació, esforç personal i formació específica.

e) Àrea de recolzament: inclou quatre subàrees que encara que no tinguin la importància de les anteriors, han de ser presents en aquest perfil. Són les següents: treball en equip, gestió de recursos i administració sanitària, sistema de registres i garantia de qualitat.

El *treball en equip* es justifica perquè encara que existeixen àrees específiques de treball per cada professional, hi ha activitats en les que intervenen diversos professionals de l'equip i més tenint en compte l'atenció integral i integrada que es pretén.

La pràctica professional s'acostuma a realitzar en el marc del sistema públic que és, en definitiva una empresa de serveis que com tantes d'altres necessita ser eficaç i eficient. Per tant, és important que els equips es responsabilitzin també de la *gestió de recursos* i la seva racionalització, per exemple, fent un ús adequat del temps diari per les diverses funcions a desenvolupar, evitant proves complementàries que no siguin precises pel procés diagnòstic-terapèutic dels pacients, prioritzant despeses, garantint l'equitat entre els pacients per l'ús dels recursos disponibles...

Els *sistemes de registre i informació sanitària* faciliten el treball propi de l'AP a l'intervenir-se en diversos nivells del procés salut-malaltia (promoció, prevenció, curació i rehabilitació). També es fan estudis longitudinals de pacients i grups... Així, entre les activitats a incorporar a la pràctica diària del metge de família s'inclouen la col·laboració en la recollida de dades poblacionals, complimentar i actualitzar la història clínica orientada per problemes i mantenir actualitzats els registres de morbiditat i de mortalitat del centre.

Per últim, per garantir de forma continuada la *qualitat assistencial* cal començar acceptant que el treball que el metge realitza pot ser avaluat per altres professionals així com ell també participar en auditories per avaluar els altres membres de l'equip.

Des d'aquest perfil doncs, es constata que un professional de la medicina de família no només ha de demostrar competència clínica, sinó que ha de desenvolupar altres competències lligades als rols que ha d'assumir com a educador, com a investigador, com a gestor de recursos... en un marc en el que s'ha de treballar en equip i en què les habilitats de caràcter comunicatiu i relacional són fonamentals.

Una vegada establertes les línies que dibuixen el perfil del metge de família en funció d'unes àrees bàsiques on queden integrades les diverses activitats i tasques, són precisament aquestes les que permeten concretar les competències que el professional ha d'anar desenvolupant i afrontant amb l'aprenentatge de coneixements, procediments i actituds.

El perfil de competències que s'ha utilitzat per aquesta recerca parteix de la proposta que estableix el grup de certificació de l'avaluació de la competència²⁹ de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFic), que ha estat la base per l'elaboració de la prova d'Avaluació de la Competència Objectiva i Estructurada (ACOE)³⁰ i que encaixa perfectament amb les àrees establertes pel perfil professional de Gallo et al. (1994) perquè també s'inspira en el programa de l'especialitat. L'única diferència és que en el cas del perfil presentat per l'ACOE, els principals components competencials, s'han definit i ponderat, sobre un total de 100% punts de cara a l'elaboració de la prova, de manera que no totes les àrees competencials tenen el mateix pes específic en el global del perfil. En altres paraules, hi ha components que es consideren nuclears o bàsics de la competència d'un determinat professional i d'altres que, si més no en un moment concret de l'especialitat, apareixen com a menys rellevants o definitoris (Sellarés et al., 2002).

Els components bàsics d'aquest perfil competencial són els següents (Blay et al., 1998):³¹

1. Atenció a la família i a la persona: es considera l'aspecte més important del metge de família.
 - 1.1. Habilitats clíniques bàsiques: anamnesi, exploració física, informes clínics
 - 1.2. Comunicació: habilitats i actituds comunicatives bàsiques i aspectes ètics
 - 1.3. Habilitats tècniques psicomotrius (diagnòstiques i terapèutiques):³² tensió arterial, fons d'ull, electrocardiografia, peak-flow, oscilometria, otoscòpies,

²⁹ Grup format per professionals en actiu d'aquesta especialitat.

³⁰ Molts dels participants en aquest grup, també formaran part del Comitè de Prova amb l'encàrrec d'elaborar la prova d'avaluació de la competència que s'exposa en el l'apartat 2.7. El disseny d'aquesta prova, altament complexa, va poder ser seguit per l'autora (en l'especialitat de Geriatria) gràcies a l'Institut d'Estudis de la Salut (IES) li va oferir l'oportunitat de participar com a observadora de les reunions durant més de dos anys.

³¹ Aquests són els components bàsics del qual s'ha partit tant en la prova ACOE com en aquest treball. Els pesos específics atorgats a cada àrea competencial (per exigències de l'ACOE), no es presenten ja que han sofert variacions en la mesura que la prova s'ha anat afinant. Senyalar només que l'atenció a la família i a la persona suposa el 80% de la prova perquè com afirmen Blay et al. (1998) és la realitat diària i allò que socialment s'espera d'un metge; per contra, altres àrees com docència, comunitat i recerca, hi tenen molt poca presència tot i que es considerin en el perfil professional. Més endavant, en l'apartat 2.7. es detalla alguns aspectes més d'aquesta prova.

³² En l'última plana s'exposa un glossari de termes mèdics per aquells lectors que no hi estiguin familiaritzats.

citologies vaginales, glucèmies capil·lars, inhaladors i aerosols, clapping, infiltracions articulars, sutures, extracció de cossos estranys, cures, vies endovenoses, sondatges, embenatges, fèrula de guix, tapaments nasals, administració d'insulina, injectables (subcutània i intramuscular), exercicis de rehabilitació, cirurgia menor (desbridament, exèresi)³³

- 1.4. Maneig: pla diagnòstic, pla terapèutic i pla de seguiment
- 1.5. Atenció a la família
- 1.6. Activitat preventiva
2. Atenció a la comunitat: diagnòstic i programes de salut
3. Docència
4. Recerca
5. Aspectes organitzatius: gestió del temps, treball en equip i coneixement d'aspectes normatius de la professió

En cadascun d'aquests components competencials es defineixen els aspectes a avaluar que es poden reconvertir i en alguns casos identificar amb les competències específiques.

2.6. EL SISTEMA MIR COM A MODEL DE FORMACIÓ EN EL LLOC DE TREBALL

Si bé en els capítols anteriors s'ha vist la importància del context organitzatiu, com a context d'actuació professional pel desenvolupament de competències, cal matisar que en l'àmbit de la salut no es pot parlar de les organitzacions sanitàries (hospitals i centres de salut entre d'altres), en les que treballen i es formen els metges-residents³⁴ amb els mateixos paràmetres que d'altres organitzacions perquè en aquest cas, formen part i per tant, depenen d'una xarxa organitzativa més àmplia i

³³ Com s'exposa en la construcció del qüestionari, la gran quantitat d'habilitats tècniques psicomotrius que es consideren que el Metge de Família ha de saber aplicar ha obligat a escollir-ne quatre per incloure al qüestionari, mitjançant la validació per jutges, perquè aquest no resultés excessivament llarg (v. punt 2.5.1.2.).

³⁴ La Llei General de Sanitat del 1986 estableix que tota l'estructura assistencial del sistema sanitari ha d'estar a disposició d'ésser utilitzada per a la docència dels professionals de la salut per poder garantir d'aquesta manera una formació pràctica.

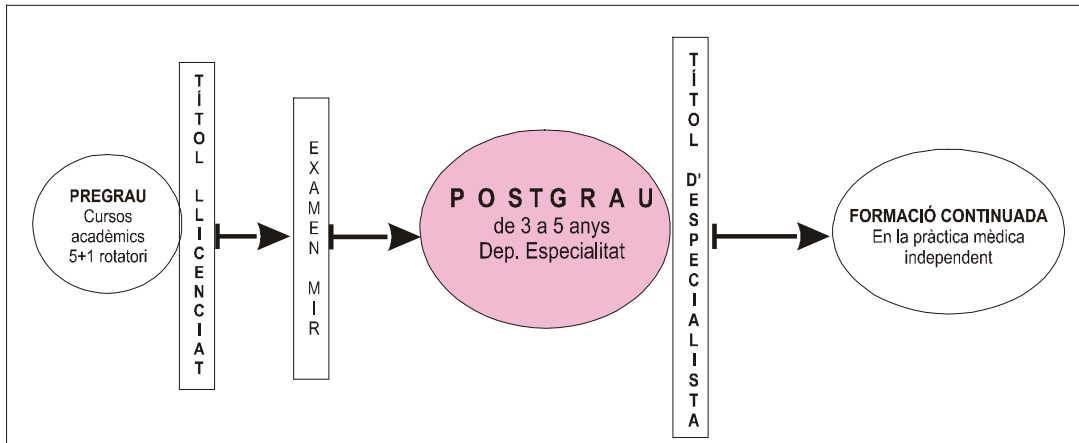
complicada que conforma el Sistema Sanitari Català.³⁵ No hi ha dubte que qualsevol d'aquestes organitzacions sanitàries tenen característiques idiosincràtiques (valors, creences, estructura, tipus d'usuari, tamany, especialitats, territori...) és a dir, elements de diferenciació però també és cert que comparteixen molts elements (missió, objectius, tipus de professionals que hi treballen, maneres d'accedir a un lloc de treball, processos...) amb altres organitzacions similars de la xarxa.

2.6.1. El sistema MIR en el marc de la formació mèdica

La formació mèdica és una carrera contínua d'obstacles que s'inicia amb la formació de pregrau i que no finalitza en tota la vida activa per la necessitat d'aprenentatge continu que comporta el desenvolupament constant de competències. Aquesta idea no presenta cap novetat respecte en el món professional-laboral però, a diferència de moltes altres professions, la carrera mèdica comporta un procés intermedi de formació especialitzada, entre tres i cinc anys depenent de l'especialitat, sense el qual el col·lectiu que es llicencia no està capacitada per poder exercir, esdevenint un dels processos més llargs de formació professional reglada. La figura 8 il·lustra aquestes tres fases del procés continu, des de l'ingrés en la universitat fins l'abandonament real de la pràctica professional. En tot aquest recorregut hi intervenen un gran nombre d'organismes, institucions i centres.

³⁵ El Sistema Sanitari Català apareix amb el traspàs de competències a Catalunya i es regula partir de la LOSC (1990) i alguna modificació posterior. Per conèixer aquest model amb tota la seva complexitat, convé consultar la web de la Generalitat de Catalunya amb l'adreça <http://www10.gencat.net/catsalut/cat/> on s'ofereix informació completa i exhaustiva sobre el mateix. Atesa l'àmplia dimensió del tema i el fet de no mantenir una relació directa amb l'objecte d'estudi d'aquesta recerca, es desestima la seva presentació en aquesta aproximació teòrica.

FIGURA 8: FASES DE L'EDUCACIÓ MÈDICA



Font i elaboració: pròpia

2.6.1.1. El pregrau o formació bàsica

Els canvis que en pocs anys s'estan produint en les condicions de l'exercici professional mèdic són necessàriament un reclam d'innovació de la formació mèdica si com afirmen Tamayo, Santibáñez i Meana (2000), "el perfil professional d'un metge dotat d'una actitud eminentment científica per enfrontar-se als problemes de salut i que no descuidi els aspectes psicosocials, preventius i econòmics a l'hora de prendre decisions, dista molt del producte final generat en l'actualitat per les Facultats de Medicina"^{XLV} (p.27).

Aquesta transformació de la formació mèdica tant en continguts com a nivell metodològic, ja s'impulsa des dels anys 80 en diversos fòrums com la Federació Mundial de Educació Mèdica -WFME- i la mateixa OMS, en els que es promou entre d'altres: l'aprenentatge basat en problemes (problem based learning), el desenvolupament d'habilitats analítiques, la preparació per l'autoaprenentatge a llarg termini, l'enfocament científic i ètic dels problemes, la integració de disciplines, la qualificació docent del professorat i la formació en tecnologies de la informació (Garcia-Barbero, 1995, citat a Tamayo et al., 2000, p.33).

En el marc d'aquesta transformació de la formació mèdica³⁶, la implantació de nous plans d'estudis a partir del Real Decret 1947/1990,³⁷ que en les universitats

³⁶ Canadà ha estat capdavantera en la incorporació de l'aprenentatge basat en problemes en les facultats de Medicina (Barón, 2001).

catalanes (Barcelona, Lleida, Autònoma i Rovira i Virgili) va començar a aplicar-se l'any 1994,³⁸ no ha estat suficient per afavorir el desitjat canvi per una banda, per les resistències pròpies d'una organització endogàmica i per una altra, pel fet d'estar sotmeses a pressions com l'examen MIR.³⁹

En moltes facultats de medicina encara es segueixen mantenint, des dels temps de la massificació universitària, l'activitat magistral com forma de transmissió i la prioritat per l'adquisició de coneixements per davant de qüestions procedimentals i actitudinals bàsiques per la professió malgrat l'establiment dels *números clausus* (Tamayo et al., 2000).

Segons els resultats obtinguts en les recerques de Bombí (2002) i Palés (1999), el currículum dels nous plans d'estudi es fonamenta en assignatures i només en algunes facultats s'han introduït coordinacions/integracions horitzontal, especialment en el període clínic, però en cap cas s'ha consolidat el model de currículum integrat proposat pels experts, vertical i horitzontalment, que permetria l'estudi dels diferents sistemes tant en l'estat de salut com de malaltia i per tant amb la participació conjunta de bàsics i clínics per objectius comuns.

Les principals novetats d'aquests nous plans d'estudi són la incorporació d'assignatures optatives i de lliure configuració, algunes, poques de caràcter més "humanístic" o d'altres necessàries per l'exercici professional com per exemple, la gestió de recursos, enfront d'un currículum marcadament biològic, i l'increment de la docència pràctica (50% en el període bàsic i 60% en el clínic) amb les conseqüents problemes organitzatius, de temps... En cap cas ha minvat la càrrega lectiva.

³⁷ En aquest Real Decret es promulguen les directrius generals per l'elaboració dels nous plans d'estudi en les Facultats de Medicina en vistes a una modificació de l'ensenyament universitari.

³⁸ Segons apunta l'estudi de Bombí (2002), després d'onze anys del Real Decret, de les 27 Facultats de Medicina existents a l'Estat Espanyol, encara n'hi ha quatre que funcionen amb plans anteriors al 1980.

³⁹ Segons comenten Pont et al. (1996) en les conclusions del seu estudi, els experts consideren que la prova MIR té repercussions sobre la formació de pregrau en el sentit que els estudiants de Medicina (especialment a partir de la meitat dels estudis) són estudiants de MIR de manera que s'estimula un tipus d'aprenentatge menys clínic i menys crític.

Pel que fa a continguts relacionats amb la Medicina de Família i Comunitària, en els últims anys s'ha produït una evolució molt positiva i s'ha potenciat tant a nivell teòric com pràctic: introducció en algunes facultats d'assignatures com Medicina d'Atenció Primària, introducció d'un enfocament d'AP en assignatures generals com per exemple, patologia o ètica mèdica, rotacions als centres de salut (rotacions d'un a tres mesos) i integració a la universitat de professorat provinent de l'atenció primària (principalment associats) i de tutors col·laboradors en els centres de salut. No obstant, i atenent als canvis generats en la demanda d'assistència mèdica i al nombre de places ofertades (el 36% del total de places MIR) la seva presència en el pregrau encara segueix sent minsa (Domingo, 1997; Martín Zurro i Cano, 1999; Santos, Santiago, Alonso, Merdalet i Corrales, 2001).⁴⁰

Segons Domingo (1997) la incorporació de la Medicina d'Atenció Primària al pregrau aporta als estudiants universitaris: una concepció més real del sistema de salut i un millor coneixement de l'especialitat, una visió més integral del malalt i de la coordinació dels objectius curatius, preventius i rehabilitadors, una visió menys hospital-centrista de la comunicació amb el malalt, l'entrevista clínica, la gestió de recursos..., un acostament als factors familiars i comunitaris, altres realitats del sistema –medicina rural, atenció domiciliària, atenció geriàtrica...- entre d'altres. Així, aquesta perspectiva més humanitzada i global de l'atenció assistencial que ofereix la Medicina de Família està del tot justificada en el pregrau si el que es pretén en aquest primer nivell formatiu es formar en aspectes bàsics i irrenunciables que tot estudiant ha de conèixer com a llicenciat al marge de quina sigui la seva futura especialització més caracteritzada per la fragmentació i en molts casos la despersonalització (Gómez-Calcerrada et al., 1999). Amb aquest enfocament també coincideixen els 94 estudiants que varen participar en un estudi a Cantàbria i que refereixen de forma majoritària no haver tingut formació en AP malgrat el 88% consideren que hauria de formar part del currículum bàsic (Santos et al., 2001).

⁴⁰ Els resultats d'un estudi realitzat, recentment publicat, assenyalen que de les 27 Facultats de Medicina Espanyoles, només en quatre és assignatura troncal (entre 5 i 11 crèdits) i optativa en sis facultats (entre 4 i 12 crèdits) tot i que en la majoria (22) es fan pràctiques en centres de salut (Bombí, 2002). En la UAB, segons informa C. Fernández a *Diario Médico* (2001, 23 de maig), s'ha creat la primera càtedra de Medicina de Família.

2.6.1.2. La formació contínua

La formació contínua que en termes de Kopelow (1999) “consisteix en activitats educatives per mantenir, desenvolupar o incrementar els coneixements, les habilitats l'actuació professional i les relacions que un metge utilitza al donar el seus serveis als pacients, públic o la professió”^{XLVI}(p.118) ocupa, des de fa temps, un espai important en el procés d'educació mèdica. Tanmateix, no ha estat fins aquests últims anys que s'han posat en marxa, processos de regulació, d'organització, d'estructura eficaç per un reconeixement oficial, davant l'ampli desplegament d'oferta formativa que es promou des d'organismes diversos, que està generant algunes polèmiques. El debat gira al voltant de temes com qui ha d'assumir la responsabilitat d'acreditar –organismes, comissions...-⁴¹ i sota quins criteris acreditar, si aquesta formació és únicament responsabilitat i deure o també un dret del professional, la relació entre formació continuada, promoció i carrera professional... resultant, de moment, un escenari poc clarificat.

La principal dificultat però, està en conciliar posicions entre els diferents organismes i institucions implicats que hi tenen competències (administració sanitària central i autonòmiques, col·legis professionals, societats científiques, comissions nacionals d'especialitat i facultats) i més quan sembla del tot necessària una descentralització de l'avaluació oficial atès el col·lapse que ha viscut el Ministeri des de finals del 99 segons informa DM (1999, 26 d'octubre). Per una banda, l'Institut Català de la Salut (ICS) com agent contractador, defensa la seva responsabilitat institucional en el reciclatge dels facultatius perquè segons aquest, els objectius de les activitats de formació continuada han d'estar d'acord amb els objectius de l'organització sanitària;⁴² per altra banda, des d'organismes propis de la professió, Balibrea (1999) considera, que les societats científiques, sense exclusivitat, són les més adequades per ser les protagonistes, pel fet que la formació continuada sorgeix com a necessitat del propi exercici professional de cada especialitat mentre Pardell (1999, 2000) defensa la competència dels col·legis professionals per aquesta tasca, a

⁴¹ Tenint en compte la importància de vetllar perquè els processos d'acreditació es facin al marge de la provisió d'accions, per evitar possibles contaminacions.

⁴² De moment l'ICS només s'ocupa dels temes més transversals com la formació de comandaments (directors, gerents...) i a part, cada centre compta amb els propis responsables de formació que s'ocupen de detectar les necessitats del propi centre en base a la qualitat assistencial, la prevenció de riscos laborals, l'atenció al usuari i cada servei i unitat que lideren les seves pròpies accions (C. Fernández, 2000, 20 d'octubre).

l'estar en disposició de proporcionar informació insubstituïble sobre la professió (buits, limitacions, expectatives...) i sobre les tendències sanitàries que difícilment poden aportar altres organismes.

Així i mentre no es clarifiqui, alguns dels ens implicats en l'acreditació de la formació mèdica continuada a Catalunya són:

La Comisión de Formación Continuada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CFCSNS) que es crea l'any 1997 i que l'any 1999 posa en funcionament el sistema d'acreditació oficial. Segons dades proporcionades per C. Ruiz a DM (2002, 3 de maig) entre febrer del 99 i l'abril del 2002 s'han rebut 11.184 peticions d'acreditació oficial de les quals 1.165 estan pendent i 2.405 s'han desestimat, majoritàriament, perquè la sol·licitud es presenta fora de termini. De totes les activitats acreditades, les dirigides al col·lectiu mèdic són les més nombroses (51% de les avalades) i en modalitat de cursos de caràcter presencial (79%) als que segueixen de molt lluny els tallers (9%), els congressos, seminaris i jornades (3%) i les reunions científiques (1%). A més de seguir la tasca d'acreditació, la Comissió del SNS també està preparant des de les secretaries tècniques de les comissions autonòmiques de formació continuada, la unificació de criteris per un procés d'acreditació homogeni amb la creació d'un manual de procediments amb totes les instruccions sobre acreditació de cursos i activitats segons també informa C. Ruiz a DM (2002, 27 de maig).

L'antecedent d'aquesta Comissió és el Consell Català de Formació Mèdica Continuada (CCFMC), creat l'any 1990 i que en 1997 inicia un sistema propi d'acreditació d'activitats de formació mèdica (cursos, congressos, tallers, seminaris, jornades, simpòsiums, publicacions, taules rodones...) per garantir un mínim de qualitat. Així com publica C. Fernández a DM (2000, 31 de juliol) aquest Consell estableix l'any 2000 un conveni amb la SCMFIC per tal que la societat científica pugui acreditar oficialment les activitats formatives destinades a metges d'atenció primària atès que tots dos organismes comparteixen els mateixos criteris. D'aquesta manera la SCMFIC esdevé la primera societat científica que assumeix aquesta responsabilitat. Amb tot, a Catalunya la precedeixen altres organitzacions com els hospitals Clínic i del Mar, l'IES, el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), la Facultat de Medicina de la UB i l'Acadèmica de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears (ACMCB).

Per una altra banda, el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya està concedint Diplomes d'Accreditació Col·legial en Formació Mèdica Continuada (de moment 129) com a reacreditació individual (embrió de la recertificació) amb la intenció de promoure el manteniment de la competència professional que poden aconseguir aquells que ho sol·licitin i durant el període de dos anys participin en tres activitats de formació continuada acreditades per la CFCSNS, CCFMC o la Comissió d'Accreditació Col·legial, segons informa C. Fernández a DM (2002, 13 de maig).

Per últim, els anomenats processos de recertificació o revalidació de la competència professional en el transcurs de la pràctica independent i que han estat motiu de debat a fòrums diversos, com a mètode d'avaluació de la competència semblen, de moment, inviables. A més, segons publica DM (2001, 4 d'octubre) el Comitè Permanent de Metges Europeus qüestiona seriosament la validesa i pertinència dels processos de recertificació establerts ja que segons aquest, no reflecteixen ni les carències ni el baix rendiment perquè la competència d'un metge és molt més extensa del que s'avalua en aquestes proves.⁴³

2.6.2. El sistema MIR: model de formació especialitzada en el lloc de treball

El sistema, encara anomenat per molts MIR és aquell procés entre la llicenciatura en medicina i la formació continuada que permet accedir al títol d'especialista a través d'una pràctica professional programada i supervisada en els centres assistencials acreditats com a docents, segons els requisits que estableixen els organismes competents, a fi d'aconseguir els coneixements i la responsabilitat professional necessària per exercir l'especialitat de forma eficient. Aquesta formació especialitzada que va orientada a l'assoliment de competències professionals necessàries per l'exercici independent no s'ha de confondre amb la formació postgraduada tradicional (màsters i postgraus) que fonamentalment es centra en l'aprofundiment de coneixements tot i que ambdues vies porten a una titulació oficial (Oriol.Bosch, 1997).

⁴³ Per ampliar sobre el tema de la certificació i recertificació professional consultar Newble, D., Jolly, B. i Wakeford, R.(Eds.) (1994). *The Certification an Recertification of Doctors. Issues in the Assessment of Clinical Competence*. Cambridge: Cambridge University Press.

2.6.2.1. Panorama històric

Una mirada a la història recent (Dexeus, 1996; López, 1992; Oriol-Bosch, 1997; Pont et al., 1996) ens trasllada a finals dels anys 70, quan apareix el Sistema MIR i que suposa la regulació de la formació de postgrau, de manera que van desapareixent les altres vies alternatives que s'havien anat desenvolupant des de l'àmbit universitari (Escoles d'Especialitats). En el Real Decret 2015/1978 de 15 de juny que conté un conjunt de 51 especialitats mèdiques, s'exposen les formules per arribar al títol d'especialista però no és fins sis anys més tard (Real Decret 127/1984 d'11 de gener) que s'implanta definitivament, culminant d'aquesta manera el procés d'institucionalització de la formació especialitzada. Aquest sistema que s'inspira en el tradicional sistema anglosaxó, és un model de formació retribuïda de dedicació exclusiva -contracte de formació pel període de residència- vinculada a les organitzacions assistencials i als departaments i serveis específics al final del qual el Ministeri d'Educació i Cultura (anteriorment Educació i Ciència) emet el títol corresponent. Aquest projecte d'aprenentatge gradual en el lloc de treball, dibuixat en un programa formatiu i tutelat per professionals en actiu, s'inicia en un nombre reduït d'hospitals que en aquells moments són qualificats d'innovadors i molt implicats en la recerca.

Els antecedents més propers d'aquest model a Catalunya es troben a finals dels anys seixanta quan els principals hospitals que mantenen programes de formació constitueixen l'anomenat Seminari d'Hospitals des del qual elaboren treballs al voltant de les seves experiències formatives que seran la base d'aquesta formació especialitzada.

Aquest model formatiu, ben aviat es distingeix per la seva eficàcia i qualitat i per ser un model innovador que va donar pas a un nou estil professional lluny dels arcaics models que fins aquell moment havien funcionat en els hospitals de l'Estat Espanyol. Sens cap dubte, l'aportació del model MIR al sistema sanitari ha estat altament positiu no només per les generacions de professionals de qualitat notable que han permès un desplegament diversificat dels serveis assistencials sinó també perquè ha obert els hospitals i centres de salut a la docència, inclusivament a la de pregrau.

Així i tot, el model també presenta punts febles entre els que destaca la prova d'accés a l'especialitat o examen MIR que ha resultat ser un dels aspectes més polèmics del model per motius diversos: el contingut de la prova, que fonamentalment explora habilitats cognitives i coneixements,⁴⁴ els efectes d'aquesta prova en la formació de pregrau, la distribució de places per especialitats, la tria d'especialitat condicionada pel numero d'ordre obtingut, el nombre de places ofertes i de candidats que volen accedir-hi o l'establiment d'una doble via d'ingrés a l'especialització MIR a partir de 1995 amb l'entrada en vigor de la normativa europea.⁴⁵ Algunes d'aquests motius, més enllà de tenir repercussions en el model d'educació mèdica han tingut un fort impacte en el sistema sanitari i social.⁴⁶

Altres problemes detectats en el panorama actual del MIR segons presenten Pujol et al. (1999) són:

- Sobreproducció o infraproducció de determinats especialistes per manca de planificació suficient.
- Solapament d'àrees competencials: l'augment d'especialitats ha generat en alguns casos conflictes d'interessos per les competències que cada especialitat s'ha atribuït sense previ consens entre elles.
- Rigidesa del sistema: el model espanyol, encara centralitzat malgrat el traspàs competencial a les autonomies en diverses qüestions de sanitat i educació, resulta molt més rígid que el nord-americà, en el qual es va emmirallar.
- Deficiències en alguns programes i avaluacions: cal anar adequant els programes a les noves necessitats i incorporant processos avaluatius coherents amb el concepte de competència.

⁴⁴ Per ampliar sobre aquesta prova consultar l'estudi: Pont, Ferrer i Bohigas (1996). *La prova d'accés a metge intern resident. Pertinència i capacitats explorades envers l'exercici de la professió mèdica*. Bellaterra: Servei de Publicacions UAB.

⁴⁵ L'entrada en vigor de la directiva europea exigeix a tots els especialistes que vulguin treballar en la salut pública un títol oficial o que hagin cursat dos anys d'especialització per un mètode reconegut en el seu país. Per respondre a les queixes dels estudiants que reclamen una garantia d'accés a la formació de postgrau s'estableix, a més l'examen general, una convocatòria específica per l'especialitat de MFiC a la que només es poden presentar els llicenciats post-95.

⁴⁶ En el punt 2.6.2.2.(selecció de resident), es reprenen i descriuen algunes d'aquestes qüestions.

- Manca de professionalització dels docents de postgrau: per falta de formació i el poc reconeixement institucional d'aquesta figura, especialment en l'entorn hospitalari.
- Dedicació irregular a la investigació.

En definitiva, cal que el model MIR entri en un procés de revisió i d'adaptació als temps actuals, molt diferents de quan va aparèixer oficialment l'any 1977, redefinint les competències de les diferents especialitats, planificant el nombre d'especialistes necessaris en funció del model organitzatiu assistencial, millorant els processos formatiu i avaluatiu, revisant i millorant les condicions dels centres i tutors docents.

2.6.2.2. L'especialitat de Medicina de Família i Comunitària

La Medicina de Família i Comunitària neix, com especialitat, l'any 78 a partir del Real Decret 2015/78. Es tracta d'una especialitat clínica que es caracteritza per ser generalista i àmplia, a diferència d'altres especialitats hospitalàries, que ha anat evolucionant fins arribar a tenir identitat i un cos de coneixements propi, un camp d'investigació, un programa de formació i un perfil de pràctica definit. Segons la va definir el Consell Americà de Medicina Familiar (ABFP) "és l'especialitat mèdica que s'ocupa de tenir cura de la salut total de l'individu i la família (...) que integra les ciències clíniques, biològiques i del comportament (...) no limitada per edat, sexe, òrgan o sistema o entitat mòrbida" ^{XLVII} (citada per Gómez Gascón i Ceitlin, 1999, p.205). En definitiva, no és un professional que "sap una mica de tot" sinó que ha de disposar d'una formació sòlida en els problemes més freqüents i importants de l'AP de caràcter horitzontal (camps diversos que afecten un mateix problema), que és un plantejament diferent al que fan altres especialitats en què es profunditza al màxim en un àmbit concret (especialització vertical).

Aquesta evolució s'observa per exemple en les diferents versions del programa docent. Segons descriuen J.A. Sánchez, Violán i Molina (1990), el primer programa de l'especialitat (1980)⁴⁷ tot just dedicava 40 paraules per explicar l'activitat a fer en el centre de primària després de dos primers anys de formació hospitalària. El 1985

⁴⁷ En el llibre *La Medicina Familiar y Comunitaria* editat per l'INSALUD en febrer del 1980 s'estableix el primer programa docent de l'especialitat gràcies a una gran dosi de voluntat i esforç per part de residents i tutors que van estar-hi treballant advertint una evident manca de planificació.

la Comissió Nacional d'Especialitat (CNE) aprova el primer programa docent oficial en el que es defineixen objectius i activitats per l'any de residència destinat a l'AP, aconseguint que el Centre del Salut sigui el punt de referència del propi resident i per tant l'eix sobre el qual graviti la seva formació, juntament amb una dotació d'infraestructura en centres de salut que es dediquen a la docència i un nombre considerable d'especialistes. En una proposta posterior, ja s'inclou una primera estada en el centre de salut a l'inici de la residència i l'assignació d'un tutor de primària responsable del resident durant tot el seu procés formatiu de manera que el període de residència que es destina en l'espai de primària és el 50%. Enguany, segons informa C. Ruiz a DM (2002, 14 de febrer), la Comissió Nacional de Medicina Familiar i Comunitària prepara l'actualització del programa de formació amb la intenció d'incrementar la rotació per primària que és el context on realment es desenvoluparà com especialista.

Des d'una perspectiva legal, algunes de les **mesures legislatives** que des de l'any 78 han contribuït decisivament en la consolidació de la Medicina Familiar i Comunitària com a especialitat són:

Real Decret 2.015/1978 de 15 de juny (BOE: 29-VIII-1978) pel que es regula l'obtenció de títols d'especialitats mèdiques i per primera vegada es reconeix la Medicina de Família i Comunitària com a especialitat mèdica.

Real Decret 3.303/1978 de 29 de desembre (BOE: 29-I-1979) pel que es regula la Medicina de Família i Comunitària com a especialitat de la formació mèdica on es descriuen les grans línies del període formatiu.

Ordre Ministerial de 19 de desembre de 1983 (BOE: 22-XII-1983) per la qual es regula el desenvolupament en Atenció Primària de Salut de l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària i s'estableixen les condicions mínimes que havien de complir les Unitats Docents.

Real Decret 127/1984 de 11 de gener (BOE: 31-I-1984) en el que es descriu la formació mèdica especialitzada i el procediment general per l'obtenció del títol d'especialista.

Real Decret 931/1995 de 9 de juny (BOE: 16-VI-1995) en el que es detalla la formació mèdica especialitzada en MFiC a partir de l'any 1995 adoptant-se una sèrie de mesures complementàries i completant el procés iniciat a l'any 78.

Orden Ministerial de 22 de Juny de 1996 (BOE: 30-VI-1995) per la qual es regulen les Comissions de Docència i els sistemes d'avaluació de la formació de Metges i Farmacèutics especialistes. També es detallen les funcions dels tutors però no encara el seu perfil de forma concreta.

Orden Ministerial de 2 d'Agost de 1995 (BOE: 4-VIII-1995) en la que s'aprova la convocatòria específica 1995 per accedir en 1996 a places de formació en l'especialitat de MFiC segons el previst en l'article 2 del Real Decret 931/1995, de 9 de juny.

Real Decret 904/2001, de 27 de juliol (BOE 28 de juliol). pel que s'unifiquen les convocatòries per l'accés a la formació mèdica especialitzada.

L'**estructura docent** de l'especialitat de MFiC està constituïda per: (Saura-Llamas i Leal (1997); UD de MFiC de Catalunya, rev. 13/11/00).

Comissió Nacional de l'Especialitat de MFiC (CNE): màxim òrgan consultiu constituït conjuntament pels Ministeris de Sanitat i Consum i d'Educació i Cultura que si tenen capacitat executiva. La seva composició i funcions es detallen a l'Ordre Ministerial de 22 de juny de 1995.

Comissió de Coordinació de les UD de MFiC de Catalunya: des de l'any 1995 a disposa d'aquesta Comissió establerta pel Servei Català de Salut (SCS) per garantir la uniformitat del programa docent de l'especialitat a tot Catalunya liderada pel Dr. Martín Zurro que com a Coordinador general del programa assumeix les funcions següents:

- ✓ Donar suport a la Comissió de Formació Postgraduada del Personal Sanitari en els aspectes tècnics de la planificació del recursos afectes al programa docent d'aquesta especialitat.
- ✓ Garantir l'homogeneïtat del desenvolupament del programa formatiu.

- ✓ Coordinar els responsables de les UD de l'especialitat.
- ✓ Proposar l'acreditació de nous centres i UD a la Comissió de Formació Postgraduada.
- ✓ Proposar la capacitat docent de les UD a la Comissió de Formació Postgraduada (Unitats Docents, rev. 13/11/00, p.1).

La Comissió doncs, està formada per tots els Coordinadors de les UD de Catalunya, un representant de la Vocalia de Docència de la SCMFIC i el Coordinador General. Organitza les Jornades Tècniques de les UD de MFiC, elabora i revisa els protocols de la UD, fa auditories dels diferents centres d'AP, es constitueixen grups de treball per diferents temes com per exemple el grup d'Acreditació i d'Avaluació, etc.

Unitats Docents de MFiC de Catalunya: han estat una peça fonamental en el desenvolupament del programa de docència de postgrau i especialment en una primera etapa en què l'AP era molt rígida i sense reformar. A partir del 94 s'estableix una coordinació general per tot Catalunya.

Segons s'exposa al Programa Oficial Docent de l'Especialitat (1993) cada UD compta amb personal docent i administratiu:⁴⁸

a) Personal Docent:

- Coordinador de la UD
- *Tècnic en Salut Pública:* organitza i/o imparteix el programa teòrico-pràctic de Medicina comunitària; participa en altres programes formatius i en les activitats d'investigació que es desenvolupen a la UD i planifica, supervisa i avalua les activitats de Salut Pública dels Centres de Salut que pertanyen a la UD.
- *Tutor hospitalari:* coordina l'execució del programa de l'Especialitat i altres programes docents en la fase intrahospitalària; supervisa l'activitat assistencial dels residents i altres docents inclosos en els programes de l'Especialitat en la fase intrahospitalària; assessora al coordinador de la UD i

⁴⁸ Tenint en compte l'amplitud del tema, l'autora es limita a descriure breument el paper d'aquelles figures rellevants pel desenvolupament de la residència que no es contemplen en cap altra espai d'aquesta aproximació teòrica i conceptual i que són: el tècnic de salut pública, el tutor hospitalari, el personal docent de les diferents especialitat de l'hospital.

redacta la Memòria Anual de les activitats realitzades a l'hospital i el grau d'assoliment dels objectius previstos.

- *Personal docent de les diferents especialitats de l'hospital:* imparteix docència als residents de MFIC en rotació pel servei corresponent.
- Tutors en els centres de salut
- Directors/coordinadors dels Centres de Salut
- Professors col·laboradors de la UD
- Personal d'Infermeria i treballadors socials

b) Personal administratiu

- Secretari de la UD
- Auxiliars administratius

A més, la UD disposa dels següents òrgans docents:

Comissió Assessora: la UD està dirigida per una comissió assessora formada pel Coordinador de la Unitat (que hi actua com a element executiu), coordinadors (o tutors assignats) del centres de salut adscrits, un representant dels tècnics de salut, coordinadors (o tutors) hospitalaris, representants de residents de primer any (R1), de segon any (R2) i de tercer any (R3), un representat de l'entitat proveïdora i un secretari de la UD, que es reuneixen amb una periodicitat trimestral.

Les Comissions Assessores, les Comissions de Docència dels centres hospitalaris,⁴⁹ l'IES i l'àrea del SCS estan representades en la *Comissió Permanent de la Xarxa de Comissions de Docència i Assessores* que funciona des del 95 amb la finalitat de potenciar la coordinació entre centres i especialitats, compartir experiències formatives i recursos i analitzar problemes comuns. També ha estat treballant en diverses temàtiques com programes de formació (fase pilot del programa comú complementari o cursos de tutors, entre d'altres) o la proposta d'acreditació inicialment voluntària per a tutors hospitalaris (Ibáñez, Miquel i Fornells, 1999).

Comissió d'Avaluació i Acreditació: aquesta Comissió tracta aspectes relacionats amb les activitats docents i d'acreditació i avaluació de centres i tutors que pertanyen a la mateixa a proposta de la Comissió Assessora (que serà informada

⁴⁹ Amb competències similars a la Comissió Assessora però per les especialitats hospitalàries.

posteriorment) o del Coordinador de la UD. Aquesta Comissió formada també pel coordinador de la UD, coordinadors del centres de salut docents i un representat dels tècnics de salut es reuneix un mínim de dues vegades l'any.

Comitè d'Avaluació: es forma al finalitzar l'any (abril, maig o juny), seguint l'Ordre de 22 de juny del 1995 i es compon pel coordinador de la UD, el tutor hospitalari de MFiC, el tècnic de salut, el coordinador docent de les ABS de referència i un representat de l'entitat proveïdora.

L'any 2000 (en què es realitza l'estudi de camp d'aquesta recerca) les UD de Catalunya són i estan distribuïdes com es presenta en el següent mapa:



Font: http://www.udmfic.org/uudd/uudd_cat2.htm

Les quinze UD de MFiC amb els centres de salut adscrits i centres hospitalaris col·laboradors corresponents, seguint l'ordre de més a menys nombre de places d'R3 l'any 2000, en blau, són els següents (v. taula 4):

Els requisits que s'han de valorar en el centres d'atenció primària per a poder-se acreditar s'inclouen en el document **d'acreditació/reacreditació de les UD** (òrgan de coordinació) a l'igual que els requisits que han de complir els centres hospitalaris per ser col·laboradors en la formació de l'especialista en MFiC. Són els següents (CNE, 1998):

Dels Centres de Salut es valoraran les següents àrees:

TAULA 4. UNITATS DOCENTS DE CATALUNYA AMB ELS RESPECTIUS CENTRES COL-LABORADORS DOCENTS

Unitat Docent	Centres de Salut (ABS)	Centres Hospitalaris
Barcelona Ciutat –ICS (55)	ABS El Carmel ABS La Mina ABS Gòtic ABS Raval Sud ABS La Pau ABS Dr. Carles Riba ABS Dr. Lluís Sallé	H. Clínic H. del Mar H. de Sant Pau H. de la Vall d'Hebrón H. del Sagrat Cor H. de la Creu Roja (Dos de Maig)
Costa de Ponent –ICS (53)	ABS Centre ABS St. Josep ABS Gavarra ABS Dr. Pujol i Capsada ABS Les Planes ABS Castelldefels ABS Florida Nord i Sud ABS Viladecans 2 ABS Gavà 2 ABS Garraf Rural ABS Sant Ildefons ABS Sta. Eulàlia Sud ABS Martorell	H. Comarcal de l'Alt Penedès H. de Viladecans Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge H. de la Creu Roja (L'Hospitalet de Llobregat) H. Residència Sant Camil H. de Sant Joan de Déu H. de Sant Boi
Centre –ICS (32)	ABS Badia ABS Sta. Eugènia de Berga ABS Montornés- Montmeló ABS Manlleu ABS Manresa 2 ABS Manresa 4	Consorci Hospitalari Parc Taulí Hospital General de Vic Hospital General de Manresa Hospital General de Granollers
Taragona –ICS (19)	ABS Reus-2 (St. Pere) ABS Reus-4 (CAP Riera Miró) ABS La Granja-Torreforta ABS Valls-Urbà	H.U. Tarragona "Joan XIII" PIUS Hospital de Valls H. Sant Joan de Reus
Barcelona Nord-Maresme (16)	ABS Llefià ABS Ronda Prim ABS Canet de Mar ABS Badalona 4 ABS Badalona 5	H. Sant Jaume de Calella H.U. Germans Trias i Pujol
Lleida (12)	ABS Balàfia-Pardinyes-Secà ABS Bordeta-Magraners ABS Eixample ABS Borges Blanques ABS Pla d'Urgell	H.U. Arnau de Vilanova
Girona (12)	ABS Girona –4 ABS Girona –3 ABS Salt	H. de Girona (Josep Trueta) H. de Figueres H. de Palamós
Tortosa (9)	ABS Deltebre ABS Tortosa Est	H. de Tortosa Verge de la Cinta
Consorci Sanitari Terrassa (8)	ABS Terrassa Nord ABS Sant Llätzer	H. de Terrassa
Mútua de Terrassa (7)	ABS Terrassa Sud ABS Sant Cugat	Mútua de Terrassa
Consorci Sanitari Mataró (3)	ABS Cirera Molins	H. de Mataró
Sagessa (3)	ABS Vandellós-Hospitalet	H. Sant Joan de Reus
Fundació St Pau i Sta Tecla (4)	ABS Vila seca	H. Sant Pau i Sta. Tecla
Badalona Gestió Assistencial (4)	ABS Morera-Pomar	H. Municipal Badalona

Font: Informació facilitada pels coordinadors de les UD

- Edifici i equipaments generals: consultes, espais disponibles, equipaments específics i equipament docent.
- Personal: òrgans de govern, composició de l'equip d'AP, relació de metges general/família, infermeria i personal auxiliar, qualificació dels metges generals/família.
- Dades assistencials: relatives a l'assistència de pacients i activitats del personal d'infermeria.
- Sistemes de registre: arxiu d'Històries Clíiques d'AP (HCAP) i altres sistemes de registres i Control de Qualitat.
- Activitat assistencial planificada: programes de salut i protocols
- Docència i investigació
- Biblioteca bàsica

Amb la intenció de millorar de docència de futurs especialistes, els coordinadors de les UD de Catalunya han elaborat un nou sistema per l'acreditació/reactuació de centres de salut, que a més del qüestionari de la CNE inclou una visita al centre per un grup avaluador compost pel coordinador de la UD a la que ha de pertànyer el centre i dos coordinadors d'altres UD que entrevisten a tutors i residents sobre la seva visió dels aspectes més conflictius del centre. Després d'una prova pilot l'any 97, s'ha demostrat que aquest procés és viable i acceptat per avaluadors i avaluats i es proposa que la visita del grup avaluador es faci un cop complimentat el qüestionari per part del coordinador del centre i revisat per aquest grup abans no arribin a elaborar un informe final consensuat en el que es remarquin els punts forts i els aspectes a millorar (Juncosa et al., 1999).

Dels centres hospitalaris col·laboradors es valoraran els següents requisits:

- Àrea física
- Recursos humans: existència d'un tutor hospitalari i de tutors en els diferents serveis de rotació
- Requisits específics del Centre pel desenvolupament de l'especialitat: Medicina Interna i Especialitats Mèdiques amb inclusió de Dermatologia i Reumatologia, Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia; Cirurgia, Traumatologia, O.R.L., Oftalmologia, Urgències de Medicina Interna, Pediatria, Obstetrícia/Ginecologia, Cirurgia i Traumatologia i Unitat de Salut Mental.
- Activitat assistencial: marcada en el programa docent de l'especialitat.

- Activitat docent: existència de sessions i activitats docents en cada àrea de rotació, accessible als residents.

El tutor és una figura clau pel desenvolupament i aplicació pràctica del programa docent de l'especialitat ja que és qui s'encarrega de fer el seguiment del resident en l'assoliment dels objectius corresponents. La docència individualitzada no és tasca fàcil i reclama competències diferents a les necessàries pel treball assistencial. Per això, cal complir una sèrie de requisits mínims homogenis que acreditin i reacreditin per la labor docent i més tenint en compte que a partir de l'any 95, amb l'augment del nombre de places de l'especialitat, ha estat necessari augmentar en la mateixa proporció el nombre de tutors.⁵⁰

Tot i que encara no hi ha una unificació, des de l'any 1995 un grup de treball de la Comissió de les UD està estudiant com millorar els processos **d'acreditació i reacreditació de tutors de primària** amb el fi d'actualitzar els requisits que es presenten en el Programa de l'Especialitat de 1993. Després d'una primera proposta presentada a la Jornada Tècnica de les UD a l'abril del 1996 i revisada l'any 98 en què es planteja un nou currículum del tutor de primària, des de l'any 2000, s'ha posat en marxa un nou model d'acreditació i reacreditació en el que es reconsideren alguns elements atesa l'experiència acumulada en l'aplicació de la proposta anterior, i que inclou els trets característics d'un professional altament qualificat i amb perfil clínic, docent i investigador de garantia contrastada. Aquests criteris que entren en vigor el juny del 2002 després d'una prova pilot són en síntesi els següents (Unitats Docents, 2000):⁵¹

⁵⁰ Segons Tutusaus et al. (2002) i Gómez Gascón (2002) si bé la instauració del MIR com a sistema únic d'especialització s'inicia l'any 84 i amb ell la figura del tutor, fins l'any 1995 no es defineixen les funcions que comporta aquest rol tot i que en la normativa de l'Ordre Ministerial del 1995 no queden establerts els criteris per a ser acreditats. Per aquest motiu alguns organismes (CNE de MFIC, Asociación Española de Neuropsiquiatria, Xarxa Catalana de Comissions de Docència i Assessoros, Comisión Regional de Unidades Docentes de MFIC de Andalucía i la Red de Comisiones de Andalucía) estan estudiant i establint propostes diverses d'acreditació.

⁵¹ En la VII Jornades Tècniques s'han discutit i proposat esmenes a aquest document així com es recullen a les Conclusions de la jornades disponibles a: <http://www.udmfic.org/>

a) Acreditació inicial

- Condicions prèvies:

Estar treballant en un centre acreditat per la docència.

Si és especialista en MFiC ha de portar com a mínim un any en el centre.

Si és especialista en Medicina Interna o alguna altra branca, el candidat ha de justificar tres anys d'experiència a l'atenció primària reformada, l'últim any en el mateix centre.

Si no té el títol d'especialista ha de justificar una experiència professional mínima de sis anys a l'atenció primària reformada, l'últim any en el mateix centre.

- Crèdits necessaris: quatre de cada perfil (clínic, docent i investigador) obtinguts en els tres últims anys.

b) Reacreditació

- Condicions prèvies: cal que el tutor sol·liciti la seva reacreditació abans de transcorreguts tres anys de l'acreditació inicial.
- Crèdits necessaris: sis o set de cada perfil obtinguts en els tres anys anteriors a la reacreditació.

Valoració dels mèrits:

1. Perfil clínic:

Anàlisi de l'actuació clínica (obligatori): es farà a partir d'un "self-audit" per part del tutor com a instrument de millora reflexiva de la seva pròpia pràctica, l'informe conjunt del Director de l'Equip i del Coordinador Docent del centre de salut i l'anàlisi de la prescripció farmacèutica.

Activitats de formació contínua de l'àrea clínica (obligatori)⁵²

Prova d'avaluació de la competència (optatiu): superació de la prova en els últims cinc anys.

Altres mèrits en el perfil clínic (optatiu): estades en altres centres i activitats.

⁵² La participació en activitats de formació contínua –seminaris, tallers, cursos...-ja sigui de l'àmbit clínic, docent o investigador com a participant o com a formador, han d'ésser organitzades per les UD, societats científiques, universitats o d'altres entitats reconegudes oficialment a nivell internacional, autonòmic i/o estatal, amb programa editat, control d'assistència, avaluació i certificat de suficiència o hores impartides de docència.

2. Perfil docent:

Activitats de formació contínua en l'àrea docent (obligatori): amb les mateixes característiques que les de l'àrea clínica.

Tutorització Activa Contínua (obligatori): comprovada a partir dels fulls d'entrevista en els últims tres anys (mínim 3 entrevistes / any resident).

Participació i actitud respecte a les activitats docents del centre o UD (obligatori): valorada pel Coordinador de la UD d'acord amb l'informe del coordinador docent del centre.

Avaluació dels residents (obligatori): valorada a partir dels fulls anuals i de les rotacions en la consulta del tutor en els últims tres anys.

Activitats com a docent (optatiu): col·laboració com a docent en cursos, seminaris...organitzats amb certificació de les hores impartides, col·laboració en la formació de pregrau i com a professor associat o titular de la universitat.

Tutorització de metges en règim d'estada en el centre (optatiu): valorades en funció de la durada de l'estada.

Altres mèrits en el perfil docent (optatiu): per ex. ús de tècniques de videogravació a la consulta.

3. Perfil investigador:

Treballs científics publicats i comunicacions a congressos i reunions científiques (obligatori): es valoraran publicacions en revistes d'àmbit nacional o internacional, ponències, comunicacions, pòsters, moderació taula rodona.

Activitats de formació continuada en l'àrea de recerca (obligatori): ídem que en les activitats clíniques i docents.

Línies de recerca actual consolidades (optatiu): línies actives en el moment de l'acreditació el que implica haver figurat com a autor un mínim de dues publicacions/comunicacions sobre el tema.

Beques o premis (optatiu): obtinguts per activitats de recerca els últims tres anys-

Altres mèrits en el perfil investigador (optatiu): relacionades amb la recerca com revisió d'articles, membre de comitès científics, etc.

c) Suspensió de l'acreditació

La suspensió de l'acreditació dels tutors es produirà en qualsevol moment per manca de compliment del criteris de reacreditació i d'acord amb l'informe del Comitè d'Avaluació i Acreditació de la UD i quan es torni a demanar, es valoraran

els crèdits en funció de la re acreditació. La suspensió de l'acreditació pot respondre a una avaluació negativa dels residents, no col·laborar en les tasques de la UD (en aquests casos no és podrà re acreditar fins passats tres anys), no sol·licitar la re acreditació en els terminis establerts, no complir els criteris establerts o d'altres.

La **selecció de residents** per accedir a les places de formació especialitzada en centres acreditats es fa a través de l'examen MIR que es convoca anualment un cop es donen a conèixer el nombre de places que s'ofereixen per cada centre i especialitat. Aquest examen-oposició, únic per a tot l'Estat Espanyol, consisteix en una prova objectiva que funciona segons criteris normatius (ordenació dins el grup). Segons la posició que s'ocupi, es tindrà l'oportunitat d'escollir una especialitat, hospital i ciutat determinada, sent mínimes les possibilitats d'elecció vocacional, privilegi reservat a aquells que obtenen les primeres places. Segons comenten Pont et al. (1996) la prova MIR actua més com a controladora indirecte del pregrau que com a predictora de bons professionals més pròpia d'un procés de selecció perquè ni pren com a referència criteris derivats de la pràctica professional ni competències d'èxit en l'estudi de l'especialitat.

Tot i que d'entrada una prova, única i objectiva, fomentés la igualtat d'oportunitats, aviat va començar a convertir-se en un sistema sumament selectiu ja que obtenir una plaça va arribar a ser una autèntica heroïcitat els anys 80 donada la desproporció entre l'oferta de places⁵³ i el nombre d'aspirants⁵⁴. Aquesta limitació per formar-se via MIR i que va obligar a molts llicenciats a una formació alternativa, ha estat durant els últims vint anys una important font d'enfrontaments en el sí del

⁵³ S'han anat cobrint les necessitats de places hospitalàries.

⁵⁴ L'absència de números clausus té com a conseqüència promocions molt nombroses de llicenciats que volen formar-se com especialistes.

col·lectiu professional i no ha estat fins aquest últims anys l'administració pública s'ha ocupat seriosament de regular i resoldre.⁵⁵

Pel que afecta directament a aquesta especialitat i per fer front a l'entrada en vigor de la directiva 86/457 de la Comunitat Europea l'1 de gener de 1995,⁵⁶i, es dissenya l'examen específic MIR de MFiC per llicenciats post-95 com a solució transitòria de cinc anys. Aquest examen conviu amb l'examen MIR general amb places de totes les especialitats (inclosa la Medicina de Família pels pre-95) i per als llicenciats post-95 que rebutgen l'examen específic. A continuació es presenta un resum de l'evolució de l'examen MIR pel que fa a places, durant aquests finalment sis anys de funcionament de convocatòria específica (v. taula 5).

TAULA 5. EVOLUCIÓ PLACES MIR ESPECÍFIC (1995-2000)

SIS ANYS DE PROVA				
Evolució de l'examen MIR específic				
Convocatòria	Places ofertades	Aspirants	Renuncies	Metges sense opció a plaça
1995-1996	1.800 *	2.680	1.846	0
1996-1997	1.462	4.135	2.378	295
1997-1998	1.538	4.905	2.796	571
1998-1999	1.541	6.378	Sense dades	Sense dades
1999-2000	1.547	7.135	3.526	2.062
2000-2001	1.612	7.045	3.954	1.479

* 966 de les 1.800 places es van acumular a les de l'examen pel gran índex de renúncies.

Font: Muñoz, P. (2001, 1 de febrer). El 66% de quienes optan al MIR de Familia rechaza formarse en él. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

⁵⁵ Actualment i després de molta polèmica perquè molts d'aquests professionals, Metges Especialistes sense títol oficial (MESTOS) ocupen places en la Sanitat que els MIR reivindiquen, s'està procedint a un tercer i últim procés de regulació de títols d'especialistes. El primer, es va fer mitjançant currículum i examen oral l'any 88 per a un nombre molt reduït de MESTOS; el segon, l'any 1994 només anava destinat a les promocions llicenciades abans del 84 que acreditessin a través del currículum haver treballat com a especialistes, i per tant, certificant una formació equiparable a la formació MIR; en darrer lloc, el tercer procés iniciat a finals del 2001 a més del currículum que suposa el primer filtre, s'ha convocat a un examen escrit per cada especialitat amb preguntes d'opció múltiple, casos clínics... que serà decisiu per l'obtenció del títol.

⁵⁶ Que estableix la necessitat d'haver realitzat una formació específica en Medicina General sense la qual no es pot exercir.

El primer que sorprèn d'aquesta taula és la gran quantitat de renúncies. El 66% dels llicenciats que s'interessen per l'examen MIR específic no es presenta a la prova o, tenint opció a plaça hi renunciem. Si bé la CNE considera que aquest fenomen es pot atribuir al desconeixement que es té de la Medicina de Família per estar poc integrada en el pregrau, els mateixos residents afirmen que molts d'ells fan l'examen específic com un assaig, per "prendre's el pols" i per comprovar si van preparats, de cara a la convocatòria general que és la que realment els interessa (DM, 2000, 7 de novembre).

Reprendre l'examen únic el curs 2001-2002 té com a avantatges una millora en l'organització del treball dels centres docents⁵⁷ i que l'especialitat de Medicina de Família es situï al mateix nivell que les altres. A més, per aquesta convocatòria, 6.329 dones (63,76%) i 3.598 homes (36,24%) competeixen per les 5.244 places ofertades el que representa que més de la meitat dels aspirants obtindrà plaça quan quatre anys enrera era una plaça per cada 5 candidats, del que es dedueix que la tendència és racionalitzar la relació entre oferta i demanda lluny de la situació viscuda els anys 80 (DM, 2002, 22 de febrer).

En conclusió, amb un nombre creixent de professionals formats via MIR, l'especialitat s'ha anat consolidant després de vint anys i contribuint sens dubte a la revalorització de l'Atenció Primària. L'homologació pendent del col·lectiu de metges sense formació especialitzada contribuirà al seu llançament definitiu.⁵⁸

El Programa Oficial de l'Especialitat que descriu el currículum del resident de MFiC és l'eix i el marc de referència de l'especialitat; s'ha anat reelaborant i innovant -la quarta versió, actualment en vigor, és del 1993- en els més de vint anys que la MFiC és considerada especialitat mèdica. A grans trets, el programa docent desenvolupa en diversos capítols, de forma exhaustiva el perfil professional i àmbits d'actuació, les tasques del metge de família en relació a aquest perfil, les àrees

⁵⁷ Segons informen C. Ruiz i Muñoz a DM (2001, 22 d'octubre) des de la incorporació de la segona via s'havien anat generant endarreriments en les dates de tots dos exàmens creant-se desajustaments en els centres entre la incorporació de nous residents i la finalització de contracte d'altres.

⁵⁸ Segons apunten Gómez Gascón i Ceitlin (1999), encara que és complicat obtenir dades fiables, a les portes del segle XXI, el 80% dels metges que treballen en el SNS són especialistes en MFiC. D'aquests, el 40% han estat formats via MIR i la resta han accedit al títol per altres vies (4.000 metges rurals en 1981 i altres 5.000 pel curs de perfeccionament).

docents on queden incloses, l'acreditació de Centres de Salut i tutors i l'avaluació de les UD i dels residents.⁵⁹

La novetat de l'últim programa formatiu, és que es fonamenta en tasques (i no per continguts com en programes anteriors) relacionades amb el perfil professional dibuixat,⁶⁰ que el resident ha de ser capaç de dur a terme al final del període de formació. Aquestes tasques que queden agrupades en cinc grans grups (primàries, clíniques, d'atenció a la família, d'atenció a la comunitat i de suport) es desglossen per components i competències a partir dels quals es marquen els objectius docents de caràcter cognoscitiu (sabers), procedimental (habilitats pràctiques) i afectiu (actituds).

TAULA 6. ÀREES DOCENTS I TASQUES INCLOSES A CADA ÀREA

GENERAL	AT. A L'INDIVIDU	MED. FAMILIAR	MED. COMUNITÀRIA
T. PRIMÀRIES .Funcions del metge de família .Característiques personals del metge de família T. DE SUPORT .Garantia de qualitat de l'atenció .Investigació en APS .Formació en MFiC .Treball en equip .Organització de pràctica del metge de família en APS .Ètica mèdica i legislació	T. CLÍNQUES .Entrevista clínica .Exploració física adequada .Tecnologia diagnòstica de la consulta de APS .Identificació de problemes i orientació d'hipòtesi .Pla diagnòstic .Adopció de decisions .Realització de seguiment i avaluació .Pla de rehabilitació .Continuïtat en l'atenció .Negociació amb el pacient .Gestió del temps i recursos .Epidemiologia clínica	T. ATENCIÓ FAMILIAR .Identificació de relació família/pacient .Atendre els problemes de la família comuns en APS .Garantia de la continuïtat de distribució i atenció a les famílies	T. AT. COMUNITAT .Identificació de problemes i necessitats de salut comunitària .Priorització d'actuacions .Estudi de distribució i determinants d'una necessitat de salut .Disseny d'un programa comunitari .Desenvolupament d'activitats en AP: programa de salut .Educació per la salut i participació comunitària .Disseny de sistemes de registre

Font: Comisión Nacional de la Especialidad (1993). *Programa docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: Ministerio de Educación i Ciencia (p.26)

⁵⁹ Com ja s'ha vist en apartats anteriors amb les qüestions d'acreditació hi ha propostes més actuals, si més no, a Catalunya. Respecte a l'avaluació, també hi ha propostes noves com s'ha pogut comprovar en l'acreditació de centres i tutors.

⁶⁰ D'aquest s'ha fet esment en l'apartat 2.5.3. sobre el perfil i competències del metge.

Les tasques queden incloses en les quatre àrees docents que conflueixen en el Centre de Salut que és on es posen en pràctica i que s'han de treballar de forma integrada al llarg de tota la residència (v. taula 6). La distribució d'aquestes àrees en el període de residència i els llocs i metodologies d'aprenentatge que s'utilitzen en cada cas queden reflectits en la taula 7.

TAULA 7. LLOC D'APRENENTATGE I DISTRIBUCIÓ EN LA RESIDÈNCIA DE LES DIFERENTS ÀREES DOCENTS

ÀREA	ANY RES.	LLOC D'APRENENTGE
Àrea general		
Introducció a la MFiC	R1	Seminaris específics
Metodologia d'investigació	R1	Seminaris específics
Organització centres de salut	R2	Seminaris, centre de salut
Garantia de qualitat	R3	Seminaris, centre de salut
Àrea d'atenció al individu		
Urgències-R.C.P.	R1	Seminaris específics
Medicina Interna i esp. Mèdiques	R1	Sales, consultes i urgències
Atenció a l'infant	R2	Centre de salut, consultes i urgències
Obstetrícia i Ginecologia	R2	Centre de salut, consultes i urgències
Cirurgia i Traumatologia	R2	Urgències
Otorrinolaringologia	R2	Consultes i urgències
Oftalmologia	R2	Consultes i urgències
Pràctica del metge de família	R1 i R3	Centre de salut
Urgències hospitalàries	R1 i R2	Centre de salut
Salut Mental	R2	Consultes i seminaris específics
Geriatría-Gerontologia	R1, R2 i R3	Consultes, centre de salut i seminaris
Àrea de medicina familiar		
Pràctica familiar	R1, R2 i R3	Centre de salut i seminaris específics
Àrea de medicina comunitària		
Recopilar i presentar dades sobre la comunitat	R1	Activitats i seminaris
Identificació de problemes i necessitats de salut comunitària	R1	Activitats i seminaris
Priorització d'actuacions	R2	Activitats i seminaris
Estudi de la distribució i determinació d'una nec. de salut	R2	Activitats i seminaris
Disseny d'un programa comunitari	R2	Activitats i seminaris
Els programes de salut comunitaris	R3	Centre de salut i seminaris
Educació per la salut	R3	Centre de salut i seminaris
Sistema de registre en APS	R3	Centre de salut i seminaris

Font: Comisión Nacional de la Especialidad (1993). *Programa docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: Ministerio de Educación i Ciencia (p.27)

Per aquesta formació s'utilitzen tres espais diferents que són el Centre de Salut, les Urgències Hospitalàries i Extrahospitalàries i els Serveis de l'Hospital i com es pot apreciar en la taula 8, dels 33 mesos lectius de formació necessària per l'obtenció

del títol, la meitat tenen lloc a l'Hospital i altres serveis i l'altra meitat al Centre de Salut -tres mesos el primer any, dos-tres mesos en el segon i onze el tercer- amb certs marges de flexibilitat temporal. La distribució presentada en el programa és la següent (v. taula 8).

TAULA 8. LLOC I DURADA DELS PERÍODES FORMATIUS

AREES DOCENTS	HOSPITAL	ALTRES SERVEIS	CENTRE DE SALUT
Tasques primàries Tasques de suport Pràctica familiar Medic. Comunitària Pràctica del metge de família			14 mesos
Tasques clíniques (complementant l'aprenentatge en el centre de salut)	9 mesos (Med.Interna i esp. Mèdiques)		
			2- 3 mesos (Atenció a l'infant
	1 mes (Obst. i Ginec.)	1 mes (plan. Familiar)	
	3 mesos (Dermat.-Otorrino.-Oftalmo.)		
		2-3 mesos (S. Mental)	
TOTAL	16 – 17 mesos		16 – 17 mesos

Font: Comisión Nacional de la Especialidad (1993). *Programa docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: Ministerio de Educación i Ciencia. (p. 28)

Simultàniament a aquests períodes formatius s'han de realitzar guàrdies en els Serveis d'Urgències, segons es detalla en la taula 9. El nombre desitjable de guàrdies és de 55 per any, oscil·lant entre 55 i 60 (unes 4/5 al mes de les quals una és de 24h. i la resta de 17h.). Les guàrdies del tercer any s'han de realitzar en la mesura del possible en el Centre d'Atenció Primària (CAP).

TAULA.9. PERIODES FORMATIUS A URGÈNCIES

LLOC	DURADA
Medicina Interna i especialitats mèdiques	11 mesos
Cirurgia i traumatologia	4 mesos
Pediatría	3 mesos
Obstetricia	2 mesos
Oftalmologia	1 mes
ORL	1 mes
Centre de salut	11 mesos

Font: Comisión Nacional de la Especialidad (1993). *Programa docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: Ministerio de Educación i Ciencia (p.28)

Entre totes les descripcions d'àrees, tasques i objectius el programa oficial també inclou les activitats i objectius a assolir en el *Centre de Salut*. D'aquesta manera

queda constància que en transcurs d'aquest tres anys, el resident anirà participant amb nivells de responsabilitat progressiva en el treball assistencial a consultes, visites domiciliàries i urgències i desenvolupant activitats de salut familiar i comunitària i també de recerca i docents.⁶¹

En aquest procés formatiu, resulta convenient fer referència a les *estratègies metodològiques o estratègies d'actuació didàctica*, enteses com “les diferents maneres d'enfocar i organitzar els processos d'aprenentatge”^{XLVIII} (Ferrández i Puente, 1990, p.19) advertint que s'especifiquen poc en el programa docent. El fet d'al·ludir a “estratègies” en plural és perquè hi ha mètodes més o menys indicats depenent del tipus d'aprenentatge⁶² i perquè, més enllà d'aquesta realitat, és la combinació de diverses estratègies metodològiques la que permet adquirir i desenvolupar competències. Així, les estratègies que l'autora ha seleccionat com a bàsiques d'aquest procés formatiu són les següents: modelatge, tutorització,⁶³ autoaprenentatge, sessió clínica, intercanvi entre residents i els cursos, seminaris o tallers.

De fet, és difícil distingir els tres primers (modelatge, tutorització i l'autoaprenentatge) quan tots ells poden conviure en un mateix procés de tutorització, que, a grans trets s'inicia quan el actua primerament com a model (control extern), en una fase intermèdia hi ha modelatge però també supervisió de la pràctica del resident per finalitzar amb l'autodirecció del propi resident (control intern). Aquesta seqüència, teòrica, no només no s'acostuma a produir-se linealment sinó sovint es confonen, resultant molt difícil la seva identificació. No obstant, l'autora ha preferit diferenciar-los per poder matisar les percepcions al voltant de com s'adquireixen alguns aprenentatges ja que es probable que aquesta diferenciació ofereixi pistes sobre com els implicats interpreten la tutorització i també perquè en l'aprenentatge d'alguns comportaments i actituds professionals, el modelatge adquireix especial importància.

⁶¹ Per a més informació consultar Comisión Nacional de la Especialidad, (1993). *Programa docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

⁶² No és el mateix la manera com es treballen els aprenentatges prioritàriament de caràcter cognitiu (conceptes., habilitats cognitives...), afectiu (actituds, valors...habilitats personals i socials) o psicomotriu (habilitats i destreses).

⁶³ Com fixa el programa docent, cada resident està adscrit a un tutor amb un compromís per un període de tres anys per realitzar un seguiment individualitzat i personalitzat.

Durant molt de temps s'ha considerat que la pràctica clínica és com un art que s'adquireix per osmosi al costat del "mestre" a través de l'observació i imitació, en altres paraules, per **modelatge** (Bruer, 1989, citat a Sobrino i Pardo, 1999). Aquest tipus d'aprenentatge s'emmarca dins la teoria de l'aprenentatge social que defensa que la conducta humana es transmet socialment, de forma deliberada o no, a través de l'exemple que subministren persones influents i que el subjecte observa ja que els individus tendim a reproduir accions, actituds o respostes emocionals que representen els models siguin aquests reals o simbòlics (Bandura, 1977, citat a Vander Zanden, 1986, p.146).

Així, en la formació mèdica s'escau parlar de modelatge en dos sentits: d'una banda, tant si ho fa de manera conscient o inconscient, el tutor actua com a model de comportament i transmet actituds i valors professionals a través de la seva manera de fer i de relacionar-se amb el resident, pacients, familiars, col·legues... col·laborant en el procés de socialització del metge resident;⁶⁴ d'altra banda, el tutor utilitza de forma intencionada el modelatge per l'aprenentatge d'habilitats tècniques, on actua com a "model expert" en el procediment en qüestió, fent demostracions i supervisant la pràctica de l'aprenent.⁶⁵

La formació del resident pel treball d'AP exigeix un acurat paper del **tutor** i especialment el tercer any en el que aquest esdevé un referent imprescindible, un model d'aprenentatge professional. Segons T. Gómez Gascón (2002) al·ludint al treball presentat per Loayssa, Turabián, Pérez i Epstein el 1998, el tutor ha anat assumint progressivament un major nombre de funcions: "supervisor de la pràctica clínica dels residents, consultor, instructor, coordinador del programa, facilitador, guia/orientador, suport emocional, advocat del resident, avaluador i model."^{XLIX}(p.164)

⁶⁴ En un estudi realitzat amb metges de família, Matthews (2000) no posa en dubte la influència afectiva i cognitiva que el tutor té en el resident al ser un model per l'adquisició d'habilitats i comportaments desitjables però conclou que aquesta influència també pot ser negativa.

⁶⁵ Per aquest tipus d'aprenentatge i depenent de la complexitat de l'habilitat o procediment en joc, es pot fer ús d'estratègies diverses. Una de les més emprades és la dels passos successius que consisteix en que primer es diferenciïn els passos a seguir, distingint allò essencial d'allò secundari i es demostrin de forma estàndard i simplificada, i progressivament es vagin introduint les circumstàncies i components que afegeixen complexitat mentre l'aprenent va practicant de forma supervisada (anticipant dificultats, donant retroalimentació...)(Penzo, 1999).

Atesa la importància de la tutorització per la seva repercussió en la qualitat docent i del model formatiu, diversos estudis han aprofundit sobre el perfil ideal del tutor, les relacions tutors-residents, les expectatives d'uns i d'altres... que, si més no, convé tenir en compte a l'hora d'anar perfilant i millorant els criteris d'acreditació de tutors, necessitats de formació contínua. En la majoria d'estudis i assaigs consultats (Connor, Bynoe, Redfern, Pokora & Clarke, 2000; Gayoso, Viana, García i Tojal, 1995; A. López, Baeza, i Lebrato, 2000; Molina, Loayssa i Martínez, 1998; Saura-Llamas, Sesma, Fernández, Borchert i Sáez, 2001; Sinai, Tiberius, de Groot, Brunet & Voore, 2001; Sloan, Donnelly & Schwartz, 1996; Turabián, 1999), es perfila com a tutor ideal aquell que: confia amb el resident, li permet autonomia i responsabilitat però al mateix temps és "present" davant situacions adverses, dóna retroalimentació regularment i fomenta que aquest assumeixi progressivament les pròpies decisions. Per tot això cal desenvolupar una relació de comunicació simètrica, empàtica, de confiança i confidencialitat, en la qual el tutor es preocupi realment de conèixer la perspectiva del resident sense rigideses i amb actitud de diàleg, negociació i responsabilitat compartida. Curiosament però, només en tres d'aquests estudis (Gayoso et al., 1995; Saura et al., 2001; Sinai et al., 2001) es fa especial èmfasi en la qualitat clínica del tutor perquè segurament es considera que els coneixements que atresoren els tutors no són motiu de preocupació o incertesa.

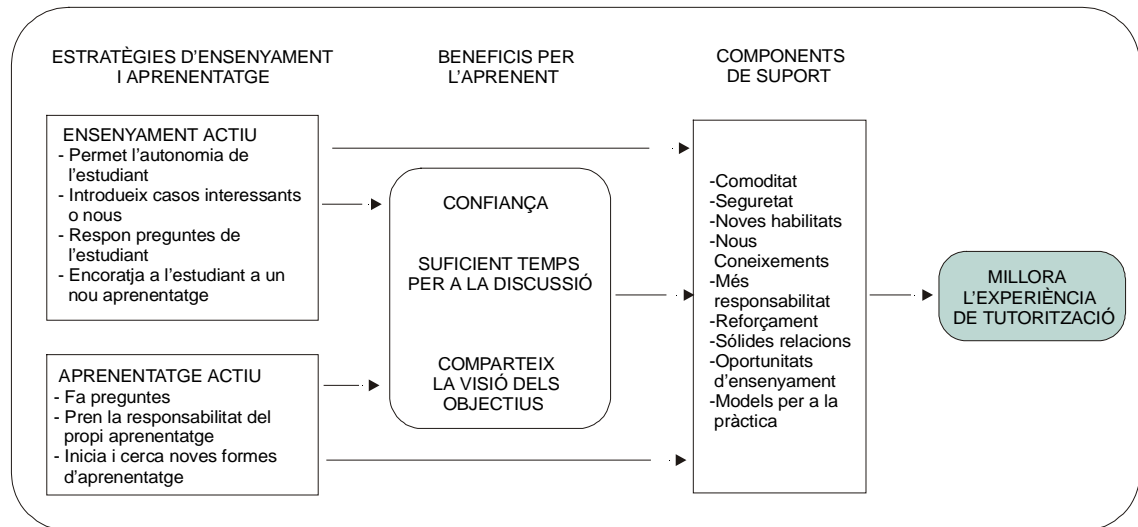
El perfil de tutor que proposa Coles (1998), presenta alguns matisos respecte al presentat fins ara pel fet de posar l'accent en la necessitat d'un aprenentatge reflexiu. Des d'aquesta perspectiva, el tutor és aquella persona que proporciona percepcions alternatives a les d'un mateix i que facilita la valoració autocrítica de l'art professional i de la pròpia base teòrica per ampliar la capacitat de judici professional. Al·ludint a Fisch (1995, citat a Coles, p. 106) aquest tipus de tutor es caracteritza per:

- Disposat a mostrar obertament la seva pràctica i capaç de determinar com, quan i en quina mesura fer-ho amb altres persones per a que aquestes puguin analitzar de forma crítica les seves pròpies pràctiques.
- Capaç d'oferir un informe constructiu que portarà en última instància, les persones a realitzar la seva pròpia autovaloració.
- Capaç de mostrar que la seva pròpia pràctica respon a uns principis que pot enunciar.
- Disposat a sotmetre a discussió les seves pròpies idees.

- Coneixedor del valor del seu propi treball.
- Capaç d'assenyalar i explicar les teories subjacents a la pròpia pràctica.
- Capaç de reflexionar sobre la pràctica i ser autocrític.
- Capaç d'investigar la pràctica a fi de perfeccionar-la.
- Capaç de conduir a altres a una teorització reflexiva.
- Sap d'allò que està segur i del que no ho està i ho manifesta obertament.
- Tolerant, de mentalitat oberta i capaç de viure amb les pròpies incerteses.
- Li satisfà ajudar a altres a trobar el seu propi camí.
- Conscient de la dimensió moral de la pràctica professional.^L (p. 106)

A tall de síntesi dels principals elements assenyalats fins ara, resulta il·lustratiu l'esquema presentat per Fernald et al. (2001) arrel d'un estudi realitzat amb estudiants de Medicina sobre el clima d'aprenentatge en la tutorització en Medicina de Família i els elements que caracteritzen les millors experiències (v. figura 9).

FIGURA 9 : MARC PER MILLORAR LA TUTORITZACIÓ



Font: Fernald, D.H., Staudenmaier, A.C., Tressler, C.J., Main, D.S., O'Brien-Gonzales, A. i Barley, G.E. (2001). Student Perspectives on Primary Care Preceptorship: Enhancing the Medical Student Preceptorship Learning Environment. *Teaching and learning in Medicine*, 13 (1), 13-20. (p. 15)

El final del procés de tutorització es parla d'**autoaprenentatge**, concepte en alça gràcies a la influència de les teories cognitives i constructivistes. Aquest, que en termes de Martínez, Molina i Loayssa (1998) "es tracta d'un procés d'aprenentatge intencionat, autònom i independent, que realitza un individu utilitzant els mitjans que té a la seva disposició i que organitza d'acord amb els seus criteris, sense comptar amb el recolzament sistemàtic per part de cap docent"^{L1} (p. 95), s'associa a

conceptes diversos com aprenentatge autònom, aprenentatge per descobriment, aprenentatge a distància –o el més actual e-learning- el que convida a fer-ne diverses interpretacions. Entre tots ells, hi ha matisos diferencials, però també s'entreveu que comparteixen algunes idees com el fet d'entendre que l'aprenent és una persona activa, responsable i principal protagonista del seu aprenentatge, que indaga, es qüestiona i construeix coneixement i per tant, és capaç d'aprendre a aprendre, és a dir, de desenvolupar una autonomia en l'aprenentatge sempre que prèviament hi hagi una tutela⁶⁶ (Fonseca i Ruiz, 1998; Hernández i Sancho, 1993).

Malauradament però, de vegades el concepte d'autoaprenentatge pren una connotació pejorativa quan s'associa al que es podria anomenar “aprenentatge per supervivència”, és a dir, a un aprenentatge autodidacta, solitari, fonamentat en procediments d'assaig-error perquè no es disposa ni de les estratègies ni de la maduració suficient per afrontar-ho.

En definitiva, es busca un aprenentatge centrat en el que aprèn, entès com aquell procés educatiu que es porta a terme de manera col·laborativa i negociada entre tutor i resident i no quan la decisió sobre el procés d'aprenentatge es reserva només pel primer ni tampoc quan es deixa que el discent descobreixi per ell mateix què ha d'aprendre i com ho ha de fer. Aquest enfocament que implica la introducció de grans dosis d'aprenentatge autodirigit en la mesura en què el resident es va responsabilitzant del propi procés, reclama tutors que acceptin el paper de facilitadors, residents preparats per assumir responsabilitats i un clima educatiu adequat (col·laboració, respecte...) per poder anar definint el grau d'autodirecció apropiat a cada circumstància (Loayssa, Fuertes i Molina, 1998). En paraules de Turabián (1999):

El repte de l'ensenyament i dels tutors és ajudar a altres a créixer de manera que l'ajuda que ha estat imprescindible sigui al final innecessària perquè s'ha incorporat a les competències de l'aprenent. (...) La més poderosa

⁶⁶ En general, per poder esdevenir un aprenent autònom cal que prèviament es doni un procés tutelat en el que s'ofereixi retroalimentació i supervisió i a més, eines per aprendre a pensar i desenvolupar estratègies i mètodes propis de treball (habilitats i estratègies cognitives vinculades a l'exploració, el descobriment, la interrogació, la crítica, la reflexió, la planificació del treball i l'autoregulació, a la revisió i control...).

contribució que els professors poden fer als estudiants és ajudar els aprenents a convertir-se en els seus propis mestres (...) ^{LI}(p.7)

Entre les estratègies metodològiques emprades en la formació MIR, també s'ha d'incloure fórmules diverses d'**aprenentatge cooperatiu** (treball de recerca, sessions clíniques...) ⁶⁷, entre els mateixos residents o juntament amb d'altres professionals.

Avui en dia és difícil qüestionar els beneficis de l'aprenentatge cooperatiu, perquè com descriuen diversos autors consultats, tenen una doble finalitat educativa, treballar continguts específics de forma activa i desenvolupar les qualitats per treballar en equip que cada cop són més necessàries i valorades en entorns professionals i en concret, en les organitzacions sanitàries (Bernardo i Basterretche, 1995; Crosby , 1996; Ferrer, 1994; Kropiunigg, Pucher & Weckenmann, 2002...).

Més específicament, l'aprenentatge cooperatiu és especialment útil per l'aprenentatge d'actituds i valors (permet explorar relacions, tractar aspectes emocionals, combatre l'excés d'individualisme, desenvolupar la participació i col·laboració, facilitar l'empatia, la responsabilitat compartida i el compromís...), promou les habilitats socials i exercita les habilitats de comunicació. També resulta molt adequat per la resolució de problemes (l'anàlisi des de perspectives diverses, l'intercanvi d'informació, la recerca conjunta de solucions... permet una major riquesa, un aprenentatge a nivell més profund). En definitiva facilita un aprenentatge actiu, autònom i motivador.

Una activitat de molta tradició en medicina que es remunta a orígens hipocràtics i es manté pràcticament en tots els àmbits i especialitats mèdiques és la **sessió clínica** com a mètode de discussió de casos grupal. Aquesta, a més d'ésser una eina fonamental de formació contínua també afavoreix la potenciació i consolidació del treball en equip especialment quan tots els membres hi participen (Calabuig, Vallet, Sueiras i Pi, 2001).

La sessió clínica, seguint a Ordóñez i Espinosa (1996), té com a funcions bàsiques: 1) Analitzar i solucionar casos clínics de forma més o menys consensuada. 2) Compartir informació sobre alguns malalts. 3) Augmentar coneixements. 4)

⁶⁷ Les sessions clíniques es tracten de forma independent per la seva tradició en l'àmbit sanitari.

Fomentar el coneixement interpersonal i el treball en equip. 5) Compartir responsabilitats i alleujar el pes de la responsabilitat sobretot als més joves 6) Discutir possibles projectes de recerca o assaigs clínics... I, perquè aquestes funcionin, cal aplicar principis de dinàmica de grups.

En l'organització de les sessions clíniques tant Campos, Iglesias, Lozano i Zabala (2002) com Calabuig et al. (2001) coincideixen en què la metodologia bàsica que segueix un sessió clínica és la presentació i discussió de casos clínics amb una periodicitat setmanal i una durada entre una hora i hora i mitja i que pot enfocar-se de moltes maneres (un cas per analitzar, un cas exclusivament amb finalitat formativa per presentar a un auditori o un cas incomplet on s'han de plantejar les situacions diagnòstiques i/o terapèutiques per discutir-se posteriorment). A aquestes, cal afegir-hi les sessions bibliogràfiques -especialment dirigides als residents- les de caràcter organitzatiu, programes, investigació...conduïdes per personal que pertany al mateix centre –internes- o per personal extern –externes- (Richart et al., 1997).

Per últim, també es fa ús de metodologies més tradicionals com **cursos**, **seminaris**, **tallers**, des d'una vessant de caràcter teòric o teòrico-pràctic, per aprofundir en coneixements i tècniques específiques que després s'han d'aplicar al lloc de treball. L'eficàcia d'aquest tipus de formació, es qüestiona precisament quan, com moltes vegades succeeix, hi ha dificultats en transferir l'aprenentatge realitzat.

Qualsevol procés formatiu implica necessàriament la planificació i aplicació de *mecanismes avaluatius* que permetin copsar la idoneïtat del sistema i de tots els elements implicats en els processos d'ensenyament-aprenentatge i els seus resultats (Martín Zurro, 2001). Així, quan es fa referència a l'**avaluació** en un model formatiu, més enllà de l'avaluació d'aprenentatges, s'ha de pensar també en altres objectes i processos avaluatius (per exemple, valoració de tutors i serveis) que esdevenen claus per la millora de la qualitat de la formació.

Amb tot i prenent esment que en altres apartats d'aquesta aproximació teòrica es referencien alguns d'aquests processos avaluatius -per exemple, els criteris per l'acreditació i reacreditació de tutors i centres-, l'autora es centra aquí en l'avaluació del resident que és la més directament implicada en l'objecte d'estudi d'aquesta recerca.

Entre els processos avaluatius als quals es sotmet el resident, s'identifiquen tres moments claus: una avaluació inicial (examen MIR) amb caràcter selectiu, una avaluació formativa amb elements subjectius i d'altres objectius que permet anar constatant i introduint modificacions sobre l'aprenentatge i una última sumativa que classifica en termes d'excel·lent, destacat, suficient i no apte.⁶⁸ Aquesta última és, en opinió de Martín Zurro (2001), pràcticament l'única que s'utilitza en el sistema oficial d'avaluació dels metges residents a Espanya, i es caracteritza per una manca de rigor i d'objectivitat que fomenta un estat d'opinió negatiu respecte al sistema d'avaluació.

Els criteris d'avaluació del resident estan marcats en el Programa Oficial de l'Especialitat (1993) i més recentment en l'Ordre Ministerial del 22 de juny del 1995 per la qual es regulen les Comissions de Docència i els sistema d'avaluació dels metges i farmacèutics en formació. Els procediments d'avaluació que marca la dita Ordre Ministerial, són tres: avaluació continuada, avaluació anual i avaluació final del període de residència (Gómez Gascón, 1995; Monreal, 1997; UD, rev. 4/09/01).

Avaluació continuada: depèn dels tutors i dels caps de les unitats per les quals l'especialista en formació hagi rotat i es disposa de dues eines:

- Llibre de l'especialista en formació: en el que s'ha de reflectir la participació del resident en les activitats assistencials, docents i d'investigació. Cadascuna de les activitats ha de ser visada pel responsable directe que a la vegada inclourà les observacions que consideri pertinents en relació a la conducta i aptituds del professional. La posada en marxa del llibre o quadern del resident, suposa un millor seguiment tant del resident com de la UD, sent un mecanisme d'avaluació bidireccional ja que també el podrà utilitzar el resident per comprovar el compliment del programa.
- Fitxa d'avaluació continuada: permet comptabilitzar el grau en què s'han assolit els objectius marcats pel programa segons els criteris proposats (de 0 a 3) sobre cadascú dels següents elements: nivell de coneixements, nivell d'habilitats adquirides, habilitat en l'enfocament

⁶⁸ Prèviament a l'Ordre Ministerial del 22 de juny del 1995 només es qualificava amb apte i no apte.

diagnòstic o dels problemes, capacitat per prendre decisions, utilització racional dels recursos, motivació, temps de dedicació a les tasques assistencials encomanades (guàrdies excloses), iniciativa, puntualitat/assistència a les diverses activitats i nivell de responsabilitat, relacions pacient/família i relacions amb l'equip de treball.

Avaluació anual: és competència del "Comitè d'Avaluació" que emet una de les quatre possibles qualificacions (excel·lent, destacat, suficient i no apte) i que serà una recopilació del que s'ha fet tot l'any. Aquesta avaluació, a més de reflectir les valoracions aportades pel serveis (fitxes d'avaluació continuada) introdueix importants dades relacionades amb les activitats complementàries realitzades pel resident (participació en cursos, congressos, seminaris o reunions científiques relacionades amb el programa formatiu i prèviament autoritzades per la Comissió de Docència) així com els informes aportats pels caps assistencials/coordinadors.

Avaluació final: un cop finalitzada l'avaluació corresponent a l'últim any, el Comitè d'Avaluació proposarà a la corresponent CNE la qualificació final del període de formació previ informe de la Comissió Assessora. Si aquesta és positiva, la CNE proposarà al Ministeri l'expedició del títol d'especialista i la qualificació final s'anotarà en el llibre de l'especialista visada pel President de la CNE. Si contràriament aquesta és negativa, l'interessat podrà realitzar una prova davant la CNE i si no la supera, tindrà com a última convocatòria una prova extraordinària al cap d'un any que atorgarà la qualificació definitiva.

Aquest sistema d'avaluació que s'ha començat a aplicar l'any 96 (i que afecta directament les promocions implicades en aquesta recerca) no acaba de funcionar, ja que com qualsevol canvi de sistema necessita temps. La tan esperada avaluació continuada no es realitza amb el rigor requerit i són molts els tutors i residents que han denunciat, en diversos fòrums, situacions com les següents: residents que s'autoqualifiquen en les rotacions hospitalàries, criteris poc homogenis entre especialitats, poca objectivitat, arbitrietat de l'avaluació, UD amb un 80% d'excel·lents... crítiques de les que s'ha fet ressò en diversos articles de DM (C. Ruiz, 1999, 15 de juliol; C. Ruiz i Muñoz, 1999, 26 de juliol; C. Ruiz i Muñoz, 2000,

10 d'abril; C. Ruiz, 2000, 5 d'abril; Esteban, 1999, 3 de setembre; Muñoz, 1999, 27 de juliol...).

Aquest clima negatiu que es respira sobre el sistema d'avaluació s'accentua quan el Ministeri pren la decisió l'any 2000 de fer passar una prova d'avaluació de la competència a tots aquells residents del 1999 que havien estat proposats per a excel·lents en Unitats Docents on aquest percentatge superava el 20%.⁶⁹

No obstant, en el marc de l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària es segueix treballant per millorar el sistema d'avaluació amb elements de caràcter formatiu. Els coordinadors de les UD de MFIC decideixen el maig del 99 constituir un grup de treball sobre l'avaluació del resident amb l'objectiu d'elaborar un informe amb propostes sobre aquest tema que es presenta a les VII Jornades Docents a l'abril del 2000 per poder ser discutides, reflexionades i consensuades.⁷⁰

L'informe presentat a les Jornades Tècniques (abril, 2000) inclou una proposta d'una avaluació formativa mitjançant:

.Entrevistes periòdiques trimestrals entre tutor i resident (Tutorització Activa Contínua):⁷¹ si el tutor de primària és el principal responsable de la conducció i orientació del resident en tot el període de formació, és necessari un procés de tutorització regular i més en els dos primers anys quan el resident passa gran part del temps a l'hospital. En aquestes reunions es proposa fer ús de la retroalimentació, a partir de les fitxes d'avaluació continuada, els aspectes negatius i positius percebuts pel resident en les darreres rotacions i els resultats de les avaluacions formatives trimestrals.

⁶⁹ Atesa la dura polèmica desencadenada arrel de la decisió presa pel Ministeri per la promoció del 99, amb la promoció del 2000 no es manté la dita resolució. L'establiment o no d'una prova al final del període de residència, amb format ACOE o no, segueix sent un debat obert entre els organismes implicats.

⁷⁰ Al document de Conclusions de la Jornades disponible a http://www.udmfic.org/jornades_2.htm es recullen els comentaris realitzats al respecte.

⁷¹ La Tutorització Activa Contínua (TAC) es dona com a fet consumat en l'última proposta d'acreditació/reactivació de tutors perquè ja hi apareix com a mèrit obligatori per la reactivació en el perfil docent del tutor (mínim tres anuals).

.Avaluacions semestral: es proposen diversos instruments per avaluar l'assoliment dels diferents objectius de l'especialitat de manera que serveixi perquè el resident rebi retroalimentació i el tutor disposi de mesures parcials que l'ajudin a qualificar de forma sumativa el resident.

Alguns dels instruments proposats són: anàlisi de registres clínics (històries clíniques, fulls d'alta o derivació, etc.); anàlisi de casos clínics a partir de vinyetes o d'altres formats; demostracions de tècniques diagnòstiques i terapèutiques i videogravacions.

2.7. AVALUACIÓ DE LA COMPETÈNCIA EN MEDICINA: SITUACIÓ I PROPOSTES DE FUTUR

Al marge del sistema formatiu MIR, s'estan promovent nous sistemes d'avaluació de la competència mèdica amb la intenció de garantir el seu desenvolupament continu. En aquest context, fa uns anys que l'IES juntament amb les Societats Científiques de diverses especialitats ha assumit l'encàrrec d'elaborar proves d'avaluació de la competència,⁷² Les experiències amb aquesta prova que en el nostre país pren el nom d'Avaluació Objectiva Clínica i Estructurada (ACOE),⁷³ han estat liderades per l'especialitat de MFiC.

Després de formar a diversos professionals en temes d'avaluació i de contactar amb altres institucions, l'any 1996 es posa en marxa el disseny de l'ACOE en Medicina Familiar i Comunitària a través d'un grup responsable, l'anomenat Comitè de Prova (CP) integrat per especialistes en actiu de la SCMFiC i formats en avaluació de la competència. Seguint el procediment de consens, l'elaboració de la prova requereix una sèrie de fases que són: (Blay, 1998; Grup de Formació i Avaluació de la Competència Clínica (GFACC), 1996;⁷⁴ E. Ruiz et al., 2001)

- Definir les prèvies d'avaluació com són: a qui va destinat, a qui pertany la prova, amb quina finalitat, quin ús se'n farà i amb quin grau d'exigència es plantejarà l'avaluació.

⁷² Tenen com a referents les agències avaluadores més importants del món mèdic d'Estats Units (Educational Commission for Foreign Medical Graduates, el National Board of Medical Examiners) i Canadà (Centre d'Évaluation des Sciences de la Santé de la Universitat de Laval i la Universidad de Sherbrooke en Québec), que incorporen proves d'avaluació de la competència basades en la pràctica clínica entre els seus exàmens (Ruiz et al., 2001).

⁷³ En anglès s'utilitzen les sigles OSCE (Objective Structured Clinical Examinations).

⁷⁴ Aquest material d'ús intern i restringit es cita amb l'autorització de l'IES.

- Definir els components competencials a avaluar i la seva prioritització (ponderació en la prova).
- Llistar situacions clíniques (casos) que puguin incloure's a la prova sota criteris consensuats (prevalença, gravetat clínica, importància del diagnòstic precoç...).
- Decidir els instruments més adequats per cada situació (maniquins, pacients estandarditzats, preguntes obertes, imatges clíniques...).
- Construir la taula d'especificacions com a guia de la prova en la que es combinen les competències a avaluar de cada situació clínica (de forma que la majoria de casos valori entre 3 i 5 components) amb els instruments i les situacions clíniques escollides i les estacions necessària en cada cas.
- Dissenyar els casos clínics (en general, la majoria d'ACOE acostuma a incloure al voltant de 20 casos distribuïts en 30 estacions).

Un cop realitzat tot aquest disseny s'ha de preparar tota la logística que inclou la formació d'observadors i pacients estandarditzats (actors). Així, el candidat anirà rotant per les diferents estacions preveient una durada d'un set minuts en cadascuna d'elles que és el temps habitual en la "trobada clínica" en AP. En general, els observadors i en alguns casos els pacients o familiars estandarditzats han d'avaluar el candidat a través d'un full de qualificació dissenyat prèviament. La suma de totes les puntuacions obtingudes en cada estació donarà la qualificació global.

Seguint a Blay (1998) les principals virtuts d'aquesta prova són: permet una valoració vàlida i fiable de l'actuació del professional en situacions clíniques i pràctiques rellevants, la polivalència del format, possibilita un acurada retroalimentació al candidat per casos clínics i àrees competencials i, per les seves característiques, és idònia per la certificació professional (al final de l'etapa MIR). Tanmateix, entre les seves limitacions destaquen: la complexitat (de disseny, d'organització, logística), el cost i el temps de disseny i execució (substancialment superiors al de l'examen tradicional).

En qualsevol cas, sempre s'ha de tenir present que aquesta, com qualsevol altra prova de valoració, serà útil en la mesura en què acomplexi, com assenyala Van der Vleuten (1996), condicions de fiabilitat, validesa, impacte educatiu (té efectes en

l'aprenentatge des del seu contingut i format), acceptabilitat (qualsevol avaluació que no és acceptada no sobreviu) i cost.

La primeres proves pilot es van realitzar el novembre del 97 i del 98 (en dues edicions) amb membres de la SCMFIC que de forma voluntària volien participar; posteriorment s'han anat establint noves edicions per col·lectius més homogenis amb la intenció d'anar ajustant la prova. Les últimes edicions s'han convocat el juliol i el desembre del 2000, el novembre del 2001 i el gener i febrer del 2002.⁷⁵

Segons es recull en l'informe presentat per Blay, Juncosa, Pila, Valls i Martínez Carretero (2000),⁷⁶ el "rodatge" de la prova ha permès anar ajustant aspectes d'organització logística i en conseqüència millorant l'eficiència de la prova al reduir-se aproximadament un 30% del cost /examinat respecte a les primeres edicions. A això hi han contribuït: la disminució del nombre de casos al mínim necessari per garantir la validesa i fiabilitat de la prova (de 27 a 24), la reducció del temps d'examen (de 5h. 22' a 4h. 34'), l'optimització de despeses d'entrenaments (de 24 a 21 observadors) i l'increment del nombre de candidats que participen (de 23 a 30).

Segons es descriu el mateix informe de Blay et al. (2000) aquesta prova per la que ja han passat un nombre considerable de metges de família, sempre amb caràcter voluntari, finalitat primària de la prova, sembla que pot tenir acceptabilitat atesos els resultats obtinguts en les enquestes que participants i observadors han de complimentar al participar-hi. En general coincideixen en afirmar que mesura millor la competència clínica que els mètodes utilitzats de forma tradicional i en recomanar a d'altres companys la realització de la prova. Contràriament, hi ha discrepàncies d'opinió sobre si tot resident hauria de passar l'ACOE al finalitzar la seva formació amb caràcter certificador, la qual cosa fa dubtar de aquesta acceptabilitat en entorns no voluntaris.⁷⁷

⁷⁵ Aquesta és l'especialitat mèdica que ha convocat més edicions de la prova ACOE. D'altres especialitats que també estan en processos de desenvolupant de proves ACOE són: Pediatria, Medicina Interna, Neonatologia i Geriatria.

⁷⁶ Aquest material d'ús intern i restringit es cita amb l'autorització de l'IES.

⁷⁷ Probablement la resistència natural a ser avaluat s'hagi accentuat per la manera com el Ministeri s'ha manejat amb els proposats a excel·lents de la promoció del 99.

En la línia de potenciar l'avaluació de la competència com una pràctica habitual dels metges de família Sellarés et al. (2002), presenten com a possibles moments de la seva posada en pràctica els següents:

- En la certificació pels llicenciats pre-95 (per la homologació).
- En l'acreditació i reacreditació de tutors docents.
- Al final del període MIR, com obligatori per la certificació o com a mèrit voluntari.
- Com a prova a realitzar per la CNE als residents qualificats com a “no aptes” pels comitès d'avaluació.
- En la recertificació dels metges de família des de les societats científiques.
- En els barems de selecció de personal.
- Com a mèrit en el marc d'una carrera professional.
- En les activitats de formació, tant per la identificació prèvia de buits competencials com per a l'avaluació formativa i sumativa.

Ara per ara, l'ACOE, reconeguda per diverses institucions,⁷⁸ es va afiançant malgrat les resistències que genera un nou tipus d'avaluació a la qual el col·lectiu professional no hi està avesat.⁷⁹ El caràcter no punitiu i voluntari i la recerca de la millora com a finalitat de la prova, facilita que les noves generacions es vagin familiaritzant i impregnant d'una nova cultura avaluativa professional en la que afrontar aquest tipus d'eines sigui una realitat ineludible.

^I...posee competencia profesional quien dispone de los conocimientos, destrezas y aptitudes necesarios para ejercer una profesión, puede resolver los problemas profesionales de forma autónoma y flexible, y está capacitado para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo. (Bunk, 1994, p.9)

^{II} Une compétence se définit comme un système de connaissances, conceptuelles et procédurales, organisées en schémas opératoires et qui permettent, à l'intérieur d'une famille de situations, l'identification d'une tâche-problème et sa résolution par une action efficace (performance). (Gillet, 1994, p.69)

^{III} According to the integrated conception, competence is conceptualised in terms of knowledge, abilities, skills and attitudes displayed in the context of a carefully chosen set of realistic professional tasks or elements that are central to the practice of the profession. (...) The main attributes that are required for the competent performance of these key task or elements are then identified. Attributes

⁷⁸ El certificat que es dona està avalat per la SCMFIC, l'IES, l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut, el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i les UD. (González, 2000, 20 de desembre)

⁷⁹ Una mostra d'aquesta “consolidació” és que els tutors del MIR de família poden aportar-ho com a mèrit optatiu d'acreditació o reacreditació.

include cognitive skills (knowledge, critical thinking, problem-solving strategies), interpersonal skills, affective attributes and technical/psychomotor skills. (Hager & Gonczi, 1996, p.15)

^{IV} A description of the abilities or capabilities required for competent performance of an occupation typically invokes terms such as “knowledge”, “skills” and “attitudes”, i.e. relevant personal characteristics that underlie competent performance. (Hager&Gonczi, 1996, p.16)

^V ...el conjunto de saberes (saber, saber hacer, saber estar y saber ser –conocimientos, procedimientos y actitudes-) combinados, coordinados e integrados en el ejercicio profesional. (Tejada, 1998, p.7)

^{VI} Se entiende por competencia profesional la capacidad de aplicar, en condiciones operativas y conforme al nivel requerido, las destrezas, conocimientos y actitudes adquiridas por la formación y la experiencia profesional, al realizar las actividades de una ocupación, incluidas las posibles nuevas situaciones que puedan surgir en el área profesional y ocupaciones afines. (Guerrero, 1999, citat a Navio, 2001, p.26)

^{VII} El individuo puede ser considerado como constructor de sus competencias. Este realiza con competencia unas actividades combinando y movilizand o un equipamiento doble de recursos: recursos incorporados (conocimientos, saber hacer, cualidades personales, experiencia...) y unas redes de recursos de su entorno (redes profesionales, redes documentales, bancos de datos...) (...) La persona competente es la que sabe construir a tiempo competencias pertinentes para gestionar situaciones profesionales que cada vez son más complejas.(Le Boterf, 2001, p.42-43)

^{VIII} La competencia o competencias profesionales son un conjunto de elementos combinados (conocimientos, habilidades, actitudes, etc.) que se integran atendiendo una serie de atributos personales (capacidades, motivos, rasgos de personalidad, aptitudes, etc.) tomando como referencia las experiencias personales y profesionales y que se manifiestan mediante determinados comportamientos o conductas en el contexto de trabajo. (Navio, 2001, p.70)

^{IX} La competencia es la capacidad de un trabajador para desarrollar las tareas inherentes a un puesto de trabajo. (Fernández Ríos, 1995, p.65)

^X Las competencias pueden consistir en motivos, rasgos de carácter, conceptos de uno mismo, actitudes o valores, contenido de conocimientos, o capacidades cognoscitivas o de conducta: cualquier característica individual que se pueda medir de un modo fiable, y que se pueda demostrar que diferencia de una manera significativa entre los trabajadores que mantienen un desempeño excelente de los adecuados o entre los trabajadores eficaces e ineficaces. (Hooghiemstra, 1996, p.29)

^{XI} Existen diferentes interpretaciones del significado de la palabra competencias, que oscilan desde las aptitudes básicas necesarias para desempeñar un determinado puesto de trabajo, hasta los comportamientos característicos que distinguen a los profesionales con rendimientos sobresalientes. De hecho, las compañías europeas definen las competencias relacionándolas con habilidades, conocimientos, comportamientos, aptitudes y combinaciones de dos o más de estos conceptos, en proporciones parecidas. (Glick i Pallarés, 1997, p.43)

^{XII} Las competencias afectan a la puesta en práctica integrada de aptitudes, rasgos de personalidad y también conocimientos adquiridos para cumplir bien una misión. (Lévy-Leboyer, 1997, p.39)

^{XIII} Las competencias son repertorios de comportamientos que algunas personas dominan mejor que otras, lo que las hace eficaces en una situación determinada. Estos comportamientos son observables en la realidad cotidiana del trabajo (...) Las competencias representan, pues, un trazo de unión entre las características individuales y las cualidades requeridas para llevar a cabo misiones profesionales precisas.(Lévy-Leboyer, 1997, p.54)

^{XIV} Las competencias, por ser comportamientos habituales, son un resultado de las características innatas, conocimientos, actitudes y habilidades de la persona(...)Los conocimientos, actitudes y habilidades no se desarrollan de manera aislada. Interactúan dinámicamente en la formación de las

competencias sobre la base de las características innatas de cada personal. (P. Cardona i Chinchilla, 1999, p.16-17)

^{xv} Característica subyacente en una persona, que está casualmente relacionada con una actuación exitosa en un puesto de trabajo. (Boyatzis, 1982 citat a Hooghiemstra, 1996, p.28)

^{xvi} Las competencias son: 1) los repertorios de comportamientos que algunas personas dominan mejor que otras, siendo más eficaces en una situación determinada; 2) los comportamientos laborales observables que integran aptitudes, rasgos de personalidad y conocimientos adquiridos; y 3) un nexo entre las características personales y las cualidades requeridas para desempeñar actividades profesionales en la organización. (Boada, Tous, Pastor i Vigil, 1998, p.)

^{xvii} Las competencias son el conjunto de conocimientos, habilidades, cualidades, aptitudes, que tienen las personas y que les predispone a realizar un conjunto de actividades con un buen desempeño. (A. Jiménez, 2000, p.163)

^{xviii} La compétence se définit comme un ensemble d'éléments hétérogènes combinés qui sont en interaction dynamique. Parmi ces ingrédients, on distingue communément les savoirs, les savoir-faire, les comportements, les facultés mentales ou cognitives; on peut y admettre également les qualités personnelles ou le talent. (Marbach, 1999, p.15-16).

^{xix} This is a knowledge, skill, ability, or characteristic associated with high performance on a job, such as problem solving, analytical thinking, or leadership. Some definitions of a competency include motives, beliefs, and values. (Mirabile, 1998, p.5.7)

^{xx} La compétence se reconnaît au travers des trois points suivants.

1. Son rapport à l'action: elle se fabrique, se développe, s'actualise dans l'action, au travers de la réalisation, la production.
2. Son rapport au contexte: on est compétent dans une situation donnée pour résoudre un problème donné et non pas en général. La question du transfert de la compétence est un problème encore mal cerné et non pas une évidence.
3. Sa nature qu'est la combinaison, l'intégration de différents éléments: des savoirs, des savoir-faire et des comportements, certes mais aussi la compréhension de la situation, des modes de coopération, des informations qui viennent caractériser telle situation par rapport à telle autre. (Bellier, 2000, p.128)

^{xxi} Son un conjunto de propiedades en permanente modificación que deben ser sometidas a la prueba de la resolución de problemas concretos en situaciones de trabajo que entrañan ciertos márgenes de incertidumbre y complejidad técnica. (...) La competencia proviene de un ejercicio de aplicación de conocimientos en circunstancias críticas. Este conocimiento es necesario para la resolución de problemas, no es mecánicamente transmisible; algunos autores lo llaman "conocimiento indefinible" y es una mezcla de conocimientos tecnológicos previos y de experiencia concreta que proviene fundamentalmente del trabajo en el mundo real. (Gallart y Jacinto, 1995, p.2)

^{xxii} El conjunto de conocimientos, "saber hacer", habilidades y aptitudes que permiten a los profesionales desempeñar y desarrollar roles de trabajo en los niveles requeridos para el empleo. (Instituto Nacional de Empleo, 1987 citat a Rial 2001 p.237)

^{xxiii} Capacidad productiva de un individuo que se define y mide en términos de un desempeño, no solamente en términos de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, las cuales son necesarias pero no suficientes. (Cinterfor/OIT, act. 13/06/00)

^{xxiv} La posesión y el desarrollo de destrezas, conocimientos, actitudes adecuadas y experiencia suficientes para actuar con éxito en los papeles de la vida.

La aplicación de las destrezas, conocimientos y actitudes a las tareas o combinaciones de tareas conforme a los niveles exigidos en condiciones operativas.

La capacidad de realizar las actividades correspondientes a una profesión conforme a los niveles esperados en el empleo. El concepto incluye también la capacidad de transferir las destrezas y

conocimientos a nuevas situaciones dentro del área profesional y, más allá de ésta, a profesiones afines. Esta flexibilidad suele implicar un nivel de destrezas y conocimientos mayor de lo habitual incluso entre trabajadores con experiencia.

La capacidad de actuar en papeles profesionales o en trabajos conforme al nivel requerido en el empleo. (Recopilación de Parkes, 1994, p.25)

^{XXV} ...comme non seulement l'ensemble des savoirs professionnels et généraux sanctionnés par un diplôme ou un titre, mais également l'ensemble des savoirs et compétences professionnelles acquises dans diverses situations (professionnelles et extra-professionnelles) et pouvant représenter divers degrés de professionnalisme pouvant s'actualiser dans des contextes organisationnels et des situations de travail varié. Pour un même domaine professionnel ou d'un groupe socioprofessionnel se reconnaissant dans un même métier, divers niveaux de qualification pourront exister. (Le Boterf, 2000b, p.182).

^{XXVI} La casi totalidad de la enseñanza universitaria en nuestro país, incluyendo las ciencias de la salud, se basa en programas tradicionales de contenidos (lo que "enseñará" el profesor) pero no se definen las competencias profesionales y objetivos de aprendizaje. Cuando se diseñan nuevos programas o currículos, se copian modelos foráneos tradicionales o simplemente se improvisan los contenidos, generalmente con buenas intenciones, pero sin tener en cuenta la pertinencia de los aprendizajes, es decir, su adaptación a las necesidades sanitarias reales de una sociedad dada. (Manso, 2000a, p. 62)

^{XXVII} La experiencia es, en efecto, una condición sine qua non de la adquisición de las competencias, pero no siempre es útil. En otras palabras, todos los individuos no aprovechan de la misma manera las posibilidades que se les ofrecen. Adquirir competencias puede parecer una actividad espontánea; de hecho requiere una actitud favorable: Antes de la nueva experiencia, preparándose para considerarla a la vez como un reto y como una ocasión de desarrollo propio; después de la experiencia, tomándose tiempo para reflexionar sobre lo que ha sucedido y para extraer las conclusiones necesarias. (Lévi-Leboyer, 1997, p.142)

^{XXVIII} La experiencia es un requisito previo de la pericia o cualificación profesional. (Benner, 1987, p.31)

^{XXIX} Los centros superiores de formación de profesionales, en el marco de la moderna investigación científica, sientan como premisa la racionalidad técnica. Su currículum normativo, establecido en las primeras décadas del siglo XX, en un momento en el que las profesiones buscaban ganar prestigio integrando sus centros de formación en el marco universitario, todavía acaricia la idea de que la práctica competente se convierte en práctica profesional cuando la solución de problemas instrumentales se basa en el conocimiento sistemático, preferentemente de carácter científico. (Schön, 1992, p. 22)

^{XXX} La preparación de profesionales debería reconsiderar su diseño desde la perspectiva de una combinación de la enseñanza de la ciencia aplicada con la formación tutorizada en el arte de la reflexión en la acción. (Shön, 1992, p.10)

^{XXXI} ...un investigador que trata de modelar un sistema experto que como el "experto" cuyo comportamiento está modelado. (Shön, 1992, p. 44).

^{XXXII} Cuando los médicos internos y residentes trabajan bajo la tutela de profesores veteranos con pacientes reales en las salas de un hospital, aprenden algo más que la simple aplicación de la ciencia médica que se enseña en las clases. Hay al menos un reconocimiento implícito de que los modelos de diagnóstico y tratamiento basados en la investigación no se pueden poner en práctica hasta que los estudiantes adquieren un arte que se sale fuera de los modelos; y, desde este punto de vista, ampliamente compartido por los médicos, el prácticum en medicina tiene que ver tanto con la adquisición de un arte casi autónomo de la práctica clínica como con el aprendizaje de la aplicación de la teoría científica. (Shön, 1992, p.28)

^{XXXIII} ...la capacidad de reconocer, apropiarse y actuar sobre el aprendizaje adquirido en la experiencia. (Rosseti, Meed y Knasel, 2001, p.107)

XXXIV La experiencia y la práctica profesionales constituyen elementos importantes en la construcción de la profesionalidad. Para ello, la persona debe saber y poder tener perspectiva para analizar sus prácticas y transformar lo vivido en una experiencia meditada (...) Esta capacidad es la que le convierte no solo en actor sino también en autor...(Le Boterf, 2001 p.108)

XXXV ...adquirir nuevas competencias no es, por tanto, una actividad anterior al trabajo o que se efectúa aparte del trabajo; se realiza en el transcurso mismo del trabajo y mediante éste. (Lévi-Leboyer, 1997, p.133.

XXXVI L'accompagnement d'un professionnel ou d'un groupe de professionnels sur leur terrain de travail. Orienté vers l'individu, il lui permet d'atteindre un niveau d'équilibre et de performance optimal, et un meilleur savoir sur soi, sur l'autre et l'environnement. Il favorise l'expression de l'ensemble de son potentiel: aussi bien intellectuel qu'émotionnel, organisationnel et créatif. Il aide enfin chacun à gérer son contact en explorant ses freins psychologiques et relationnels. (Higy-Lang i Gellman, 2000, p.7)

XXXVII ...cuando se proporciona correctamente es una herramienta muy valiosa para ayudar a mejorar el rendimiento. (Soler, 1999, p.41)

XXXVIII La evaluación es un proceso continuo, ordenado y sistemático de recogida de información cuantitativa y cualitativa que responde a ciertas exigencias –válida, dependiente, fiable, útil- obtenida a través de diversas técnicas y diversos instrumentos, que después de ser comparada con criterios, previamente establecidos, nos permite emitir juicios de valor fundamentados que facilitan la toma de decisiones que afectarán al objeto evaluado. (B. Jiménez, 2001, p.125)

XXXIX ...se presenta como una competencia profesional muy genérica que puede comprender prácticas muy diversas, concretarse en estilos muy diferentes, de acuerdo con las opciones que se adopten en cada uno de los pasos que hay que dar en este proceso. (Gimeno Sacristán, 1994, p. 344).

XL ...la auto evaluación no puede ser una anécdota ni un engaño; también es un proceso de aprendizaje de valoración del propio esfuerzo y, por lo tanto, es algo que conviene planificar y tomarse en serio.(Zabala, 1995, p.230)

XLI ...el adulto es ya una persona con responsabilidades y con capacidad de emitir juicios y de racionalizar situaciones, de ahí que sea importante posibilitar evaluaciones realizadas por él mismo. (Jiménez, 1990, p. 12).

XLII La evaluación no es ni puede ser apéndice de la enseñanza, es parte de la enseñanza y el aprendizaje. En la medida en que un sujeto aprende, simultáneamente evalúa: discrimina, valora, crítica, opina, razona, fundamenta, decide, enjuicia, opta... entre lo que considera que tiene un valor en sí y aquello que carece de él. (Álvarez Méndez, 1993, p.31)

XLIII Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (OMS, Alma-Ata, 1978, citat a Martín Zurro y Cano, 1999 p. 5)

XLIV ...la figura del médico de cabecera tan antigua como la propia medicina, ha de ser potenciada en muchos de sus contenidos y modificada radicalmente en otros para lograr su plena incorporación a los nuevos elementos conceptuales, organizativos y funcionales de un moderno sistema sanitario. (Martín Zurro y Cano, 1999, p.4).

XLV ...el perfil profesional de un médico dotado de una actitud eminentemente científica para enfrentarse a los problemas de salud y que no descuide los aspectos psicosociales, preventivos y económicos a la hora de tomar decisiones, dista mucho del producto final generado en la actualidad por las Facultades de Medicina. (Tamayo, Santibáñez y Meana, 2000, p.27).

^{XLVI}...consists of educational activities that serve to maintain, develop, or increase the knowledge, skills, and professional performance and relationships that a physician uses to provide services for patients, the public or the profession. (Kopelow, 1999, p. 118),

^{XLVII}...es la especialidad médica que se ocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia (...)que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento (...) no limitada por edad, sexo, órgano o sistema o entidad mórbida. (Consell Americà de Medicina Familiar, citat per Gómez Gascón y Ceitlin, 1999, p.205.

^{XLVIII}...las diferentes maneras de enfocar y organizar los procesos de aprendizaje. (Ferrández i Puente, 1990, p.19)

3. Procés metodològic

3.1. INTRODUCCIÓ

Un cop fet el plantejament inicial del problema i la revisió teòrica i conceptual que ha de servir com a referència, és el moment de proposar el disseny i desenvolupament del treball de camp, amb la intenció d'oferir algunes reflexions sobre el model formatiu MIR i fins i tot, alguns suggeriments per a la seva millora, considerant la perspectiva professional de la investigadora com a experta en formació.

Per això, prenent com a punt de partida el problema definit i la hipòtesi plantejada en aquesta recerca, l'anàlisi i la reflexió es conduirà des del contrast de percepcions de tutors i residents sobre el model formatiu actual MIR en connexió amb l'adquisició de les competències professionals, concretament en l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària (v. capítol 1).

A tal efecte, en aquest capítol es presenta el procés metodològic que de manera abreujada consta de les següents parts: en primer lloc, s'emmarca teòricament la metodologia emprada fins arribar a la presentació de la triangulació d'informants i d'instruments –metodologia quantitativa i qualitativa- com estratègia clau d'aquesta recerca; posteriorment i a la vista del perfil competencial del metge actual, especialista en MFiC, es descriuen les variables que s'estudien en el treball de camp amb els indicadors corresponents i els criteris a seguir en funció del que es vol verificar; seguidament, es defineixen les dues poblacions de referència per continuar amb la selecció i la construcció dels instruments per la recollida de dades, és a dir del qüestionari i del grup focal. I per finalitzar, es proposen la seqüència temporal de tot aquest procés de recollida de dades i la descripció del tractament d'aquestes dades i de l'informe de resultats.

3.2. LA METODOLOGIA

A nivell de metodologia, sembla adequat l'ús de l'estratègia metodològica de la triangulació. Per això l'autora es servirà de:

1. Un qüestionari autoadministrat anònim amb dues versions, una dirigida a residents de tercer any i l'altra dirigida als seus tutors.
2. Grups focals amb individus de les dues poblacions a les quals va dirigit el qüestionari i que de forma voluntària volen participar-hi (per poder fer una anàlisi i interpretació més qualitativa dels resultats obtinguts estadísticament).

Aquesta triangulació respondria, segons Bisquerra (1989), a un estudi de caràcter descriptiu perquè s'adiu a les característiques pròpies d'aquest tipus de metodologia així com es comenta seguidament.

3.2.1. El mètode descriptiu

Com assenyalen alguns dels autors consultats (Bisquerra, 1989; Cohen i Manion, 1990; Latorre, del Rincón i Arnal, 1996; Tejada, 1997), la metodologia descriptiva és la més emprada en l'àmbit de les ciències humanes i en particular en la investigació educativa; també destaquen que són estudis bàsicament exploratoris i que tracten d'interpretar el que hi ha sense manipular, a partir de dades quantitatives i/o qualitatives. Així, tots aquests autors coincideixen en que en els estudis descriptius, està permès combinar informació qualitativa i quantitativa amb la finalitat d'observar i descriure un fenomen. No obstant, també s'observa força diversitat a l'hora de seleccionar i classificar el conjunt de mètodes que s'han considerat de caràcter descriptiu, per la qual cosa és necessari prendre com a referent una de les classificacions per a justificar les característiques d'aquest estudi.

Seguint per exemple la classificació de Bisquerra (1989) es pot apuntar que aquesta recerca compta amb elements de diversos tipus de mètodes descriptius: dels transversals, la recollida de dades sobre l'objecte d'estudi ja que es fa en un breu espai de temps amb poblacions diferents -tutors i residents-; dels d'enquesta, perquè es parteix d'un qüestionari com a eina bàsica de recollida de dades i per

últim, dels anomenats d'investigació avaluativa, perquè es tracta d'alguna manera d'avaluar un programa formatiu.¹

3.2.2. Allò de quantitatiu i allò de qualitatiu dels estudis descriptius

Com ja s'ha avançat, aquest estudi descriptiu combinarà dades qualitatives i quantitatives i per tant, és precís abordar la controvèrsia que genera aquesta temàtica.

Alguns dels autors que aprofundeixen en les metodologies quantitativa i qualitativa i la possibilitat de combinar ambdues en un mateix estudi (Bisquerra, 1989; Cook i Reichardt, 1986; Polit i Hungler, 2000; Tejada, 1997) destaquen que cal diferenciar dos nivells: l'epistemològic i el metodològic.

A nivell epistemològic, no hi ha dubte que aquestes dues metodologies estan associades a dos paradigmes –positivista i interpretatiu- és a dir, a dues maneres d'entendre el món i conseqüentment la recerca, en certa mesura incompatibles. Una posició neutra o participant de l'investigador, la relació amb l'objecte d'estudi, els criteris de validesa i fiabilitat, la possibilitat o no de generalitzar resultats, les dades objectives o subjectives, etc, fan realment irreconciliables els dos plantejaments metodològics.

A nivell metodològic, sembla que el paradigma de referència no és l'únic que determina l'elecció metodològica; hi ha diverses qüestions que obliguen a replantejar la fractura entre metodologia quantitativa i qualitativa. En aquest sentit, autors com Cook i Reichardt (1986) fan una acurada anàlisi del que, des dels paradigmes s'associa a metodologia quantitativa i qualitativa per arribar a argumentar que no és pot associar automàticament paradigma i mètode. Es qüestionen per exemple, si realment es pot diferenciar l'objectiu del subjectiu, relacionats respectivament amb metodologia quantitativa i qualitativa, quan encara que s'utilitzin eines suposadament molt objectives –per exemple, el qüestionari- es mesurin dimensions tan subjectives com les creences, els sentiments o les percepcions. Amb aquesta i altres observacions arriben a concloure que:

¹ Aquesta recerca només té algunes característiques de la investigació avaluativa atès que alguna de les bases d'aquest tipus d'investigació com és el fet de ser demanada i finançada per les institucions de les quals depèn el programa, no es compleixen (Bisquerra, 1989; Weiss, 1990).

[...]Els atributs d'un paradigma no es troben inherentment lligats ni als mètodes qualitatiu ni als quantitativs. Es pot associar els dos tipus de mètodes tant amb els atributs del paradigma qualitatiu com amb els del quantitativ. Això significa que a l'hora d'escollir un mètode, no tingui importància la posició paradigmàtica; ni tampoc equival a negar que certs mètodes es troben pel comú units a paradigmes específics. El principal és que els paradigmes no constitueixen el determinant únic en l'elecció dels mètodes.¹ (Cook i Reichardt, 1986, p.37)

Un cop s'accepten les anteriors premisses, els beneficis potencials que aporta l'ús combinat de tècniques quantitatives i qualitatives guarden relació amb l'estratègia metodològica de la triangulació. Seguint a Polit i Hungler (2000) una síntesi d'aquest beneficis inclouria: complementarietat (mútua aportació), ampliació de la comprensió teòrica (l'ús de diverses fonts reflecteix i revela diferents aspectes de la realitat), i augment de la validesa dels resultats (la integració de dades qualitatives i quantitatives permet avaluar de manera més rigorosa, la viabilitat de possibles interpretacions alternatives i la mesura en què el context va influir en els resultats).

3.2.3. La triangulació com estratègia metodològica de l'estudi

Entenent per triangulació "...contrastar les dades obtingudes per diversos mètodes, de diferents fonts i/o en diferents moments, amb la finalitat d'aprofundir, depurar, confirmar i clarificar la informació sobre els fets i fenòmens que succeeixen en relació al programa o situació avaluada. És, en essència, un diàleg permanent amb els fets."¹¹ (Fernández Sierra, 1996b, p.45), la majoria d'autors consultats presenten classificacions similars dels diferents tipus de triangulació que es poden plantejar en una investigació. Aquesta similitud respon a què tots ells prenen com a referència a Denzin² (1978). En síntesi, aquests experts (Bowling, 1997; Cohen i Manion, 1990; del Rincón, Arnal, Latorre i Sans, 1995; Hulderson, 1994; Polit i Hungler, 2000; J.I. Ruiz, 1996) parlen de:

² Denzin, N.K. (1978). The Research Act: A theoretical introduction to sociological methods. New York: Mc Graw Hill

1. Triangulació de dades: implica l'ús de diverses fonts de dades des de tres perspectives diferents.

- Triangulació en el temps: consisteix en la recollida de dades sobre un mateix fenomen en diferents moments.
- Triangulació en l'espai: intenta superar les limitacions dels estudis realitzats dins d'una cultura o subcultura. Implica la recollida de dades sobre el mateix fenomen en diversos llocs.
- Triangulació de persones: consisteix en la recollida de dades de diferents poblacions o de diferents nivells -individual, grups i col·lectivitats- a fi de validar les dades a través de múltiples perspectives del fenomen.

2. Triangulació d'investigadors: ús de més d'un observador o participant per augmentar la validesa de les dades observades.

3. Triangulació de teories: es dona quan es serveix de l'ús de varies perspectives o paradigmes teòrics.

4. Triangulació metodològica: ús de diversos mètodes per contrastar resultats i examinar coincidències i divergències.

Els tipus més habituals són la triangulació de dades (informants, moments...) i de mètodes. Aquesta última opció, també anomenada multimètode, és la que més s'associa a aquest concepte de triangulació. Denzin (1978, citat a Polit i Hungler, 2000) expressa el seu valor amb les següents paraules:

Cada mètode suposa una línia d'acció diferent envers la realitat i, en conseqüència, revela diferents aspectes d'ella, a la manera d'un calidoscopi que mostra diferents colors i configuracions segons l'angle en què es sostingui. De la mateixa manera, els mètodes revelaran diferents observacions segons la manera en què el investigador els sustenti, els consideri i actuï. Això no implica que la realitat comparteixi les qualitats canviants d'un prisma però sí que constitueix un objecte en moviment que no admet una interpretació única.^{III} (p. 251)

El disseny d'aquesta recerca respon al que s'anomena triangulació múltiple perquè hi conflueixen de diversos tipus:

D'una banda, es fa una triangulació de dades al treballar amb dues poblacions - tutors i residents- que viuen la realitat estudiada des d'òptiques i rols diferents. A més el fet que el programa sigui avaluat pels propis protagonistes i en especial els tutors, facilita la implicació i compromís d'aquests en possibles propostes de millora.³

³ La presència de comentaris d'alguns tutors i residents expressant interès per aquesta recerca –en el mateix qüestionari, en el grups focals o fins i tot via e-mail- demostra cert grau d'implicació. Per exemple, l'autora ha rebut un missatge d'un tutor que textualment diu: "...Et volia fer arribar l'interès que m'ha despertat el treball que estàs fent. L'he trobat molt interessant. Desitjaria que quan els tinguis, fessis l'esforç de publicar els resultats o de donar-los la màxima difusió possible" (e-mail, 31 de maig, 2000)

Cal matisar però, que el qüestionari⁴ no recull exclusivament la percepció –tutors- o autopercepció –residents- sobre l'adquisició de les competències professionals d'aquests últims, és a dir, una mesura d'avaluació de l'aprenentatge adquirit⁵ ja que també s'inclou una avaluació de satisfacció sobre el sistema formatiu.⁶ D'aquesta manera, la perspectiva –interna i externa- des de la qual el resident fa l'avaluació canvia en el transcurs del qüestionari, és a dir, des d'una autopercepció sobre l'adquisició de competències a una percepció del sistema de formació. En el cas dels tutors, aquest canvi de perspectiva no es dona perquè tan l'avaluació del resident com la del model formatiu és externa però des del moment que formen part del model formatiu, es pot dir que en totes dues parts hi ha implícita una certa autoavaluació.

D'una altra banda, també hi ha una triangulació metodològica en el sentit que es combina informació recollida a partir de dos instruments diferents, qüestionari i grup focal o grup de discussió, amb un tractament més quantitatiu el primer i qualitatiu el segon, que pot ajudar a captar millor la complexitat que suposa un programa formatiu d'aquestes dimensions. Cap mètode per si sol és capaç de posar a la llum tota la riquesa subjacent i per tant, la complementarietat de fortaleces i febleses de cada metodologia minimitza el possible error existent en elles. Amb tot, aquesta triangulació s'efectuarà de forma diacrònica -quantitativa primer i qualitativa després- seguint l'esquema proposat per Smith (1985, citat a J.I. Ruiz, 1996), decidit defensor de la triangulació quantitativa/qualitativa.

⁴ En algunes ocasions es referencia exclusivament el qüestionari perquè és a partir d'aquest que s'organitzen els grups focals per una lectura qualitativa dels resultats; per tant, serà el qüestionari l'eix al voltant del qual gira la recollida d'informació.

⁵ No és el mateix avaluar la demostració de competències, com es pretén en la prova ACOE, que avaluar l'autopercepció o percepció que es té d'aquestes competències que és el que es pretén en aquest qüestionari. Amb tot, és una mesura avaluativa vàlida, i més tractant-se de competències que s'han anat practicant durant tot el procés MIR.

⁶ És important distingir tots dos apartats del qüestionari, adquisició de competències i satisfacció sobre el sistema formatiu perquè encara que estiguin estretament relacionats no es pot inferir de forma directa la qualitat de la formació a partir de la percepció d'aprenentatge. Didactes com Contreras (1990) i de la Torre (1993) a l'analitzar el binomi ensenyament-aprenentatge, consideren que no respon a una relació causa-efecte; són dos conceptes complexos i multifactorials i, per tant, establir una relació de dependència seria simplificar la realitat.

En suma, un entrellat de confluències i discrepàncies, confirmacions i contradiccions avaluacions i autoavaluacions, dades quantitatives i qualitatives... que segurament oferirà una imatge més completa de la realitat observada.

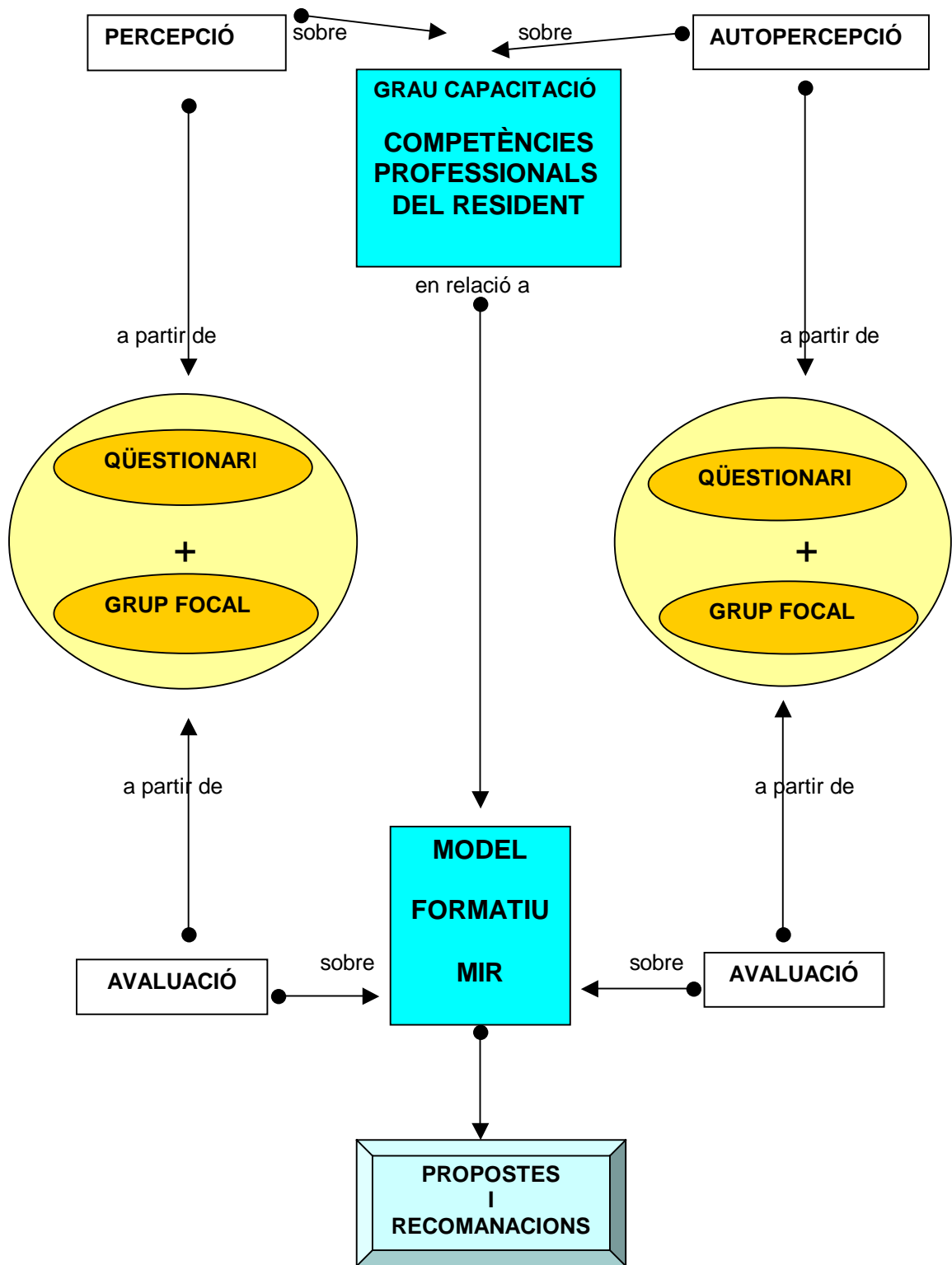
El disseny doncs, d'aquesta recerca es representa visualment de la següent manera:⁷

FIGURA 10. DISSENY DE LA RECERCA

⁷ Tots els gràfics, figures i taules presentats en aquest capítol i en el posterior (resultats) han estat elaborats per l'autora. Per tant, en tots els casos, es consideren de font i elaboració pròpia.

TUTORS

RESIDENTS



3.3. LES VARIABLES DE L'ESTUDI

Una vegada presentat el disseny de la investigació, s'ha elaborat una taula que recull de forma explícita les variables que es volen investigar per guiar la construcció del qüestionari. A més d'aquestes variables, en la taula 9 també es concreten els indicadors que s'estableixen per cadascuna i una petita descripció del que es vol verificar.

S'identifiquen tres conjunts de variables:

El primer grup, es relaciona amb informació de caràcter demogràfic i acadèmic sobre la població per obtenir un perfil més clar dels que han respost el qüestionari.

El segon grup, integra totes aquelles variables que fan al·lusió al perfil competencial i que majoritàriament prendran forma d'escala en el qüestionari. Aquestes han estat les variables més difícil d'identificar atesa la complexitat i la diversitat de plantejaments teòrics al voltant del concepte de competència professional i clínica, tal com es dibuixa en el marc teòric i conceptual. En aquest cas, s'ha decidit prendre com a referència el perfil competencial que defineix el propi col·lectiu professional. En aquest sentit, es parteix de les dimensions competencials que un grup d'experts en Medicina de Família i Comunitària -metges/ses en actiu- han establert i definit, mitjançant consens,⁸ com a pròpies del professional de la Medicina en aquesta especialitat que també han estat punt de partida en l'elaboració de la prova ACOE. Aquesta resulta una opció vàlida considerant que els estàndards professionals, a més de ser criteris bàsics per l'avaluació serveixen per:

- Informar la societat de la competència que la professió reclama com a pròpia i per tant constitueixen la base de discussió pública sobre els rols professionals i la garantia de qualitat que conformen les expectatives dels clients.
- Conformar els programes formatius que han d'assumir-los com objectius educatius i constituir els requisits d'admissió a la corporació professional.
- Ser emprats per les normes reguladores de la pràctica professional.

⁸ En el marc teòric es presenta que hi ha mètodes diversos per arribar a un perfil competencial sent el consens per experts una de les tècniques més utilitzades en la identificació de competències professionals.

- Orientar als qui es formen dels nivells que han d'assolir.
- Donar fonaments al disseny dels processos avaluatius.
- Dirigir les equivalències de reconeixement internacional. (Oriol Bosch, 1997,p. 22)

Aquest perfil definit per experts, es compon de deu dimensions o àrees que inclouen, cadascuna d'elles, un nombre de competències específiques (que fan referència a coneixements, habilitats i actituds professionals que es posen en joc en el context professional). Aquest perfil es fonamenta en el programa de formació de l'especialitat que té el propòsit de donar resposta al model de metge de família defensat en la Reforma Sanitària de l'Atenció Primària.

Per últim, el tercer grup de variables es refereix a elements propis del model formatiu. El motiu de la inclusió d'un apartat d'avaluació del sistema, d'un primer nivell avaluatiu, segons senyalen els experts (Casado ,1994; Le Boterf, 1991; Meignant, 1995; Ramirez del Río, 1997),⁹ rau en què hi ha una estreta relació entre l'adquisició de competències i la formació com a eina essencial per al seu desenvolupament.

Com la majoria de variables són comunes en residents i tutors, només s'especifiquen amb una R (resident) o amb una T (tutor) aquelles pròpies d'un dels dos col·lectius; la resta són compartides per ambdues poblacions.¹⁰

La taula següent (v. taula 10) presenta un resum de totes aquestes variables:

TAULA 10. VARIABLES PER VERIFICAR EN L'ESTUDI

VARIABLE	INDICADOR	QÜESTIONS A VERIFICAR
DADES PERSONALS I ACADÈMIQUES		
Gènere	Masculí / Femení	La mostra es representativa de

⁹ Els autors parlen d'avaluació de la satisfacció per referir-se a aquella avaluació que es fa al finalitzar un procés formatiu i que recull les percepcions vers el programa, el docent, l'aprenentatge realitzat, els recursos, etc.

¹⁰ En aquest quadre, s'han inclòs únicament aquelles variables que després es recullen en la versió final de l'instrument -després de la validació per jutges i de la prova pilot- per facilitar la lectura i la comprensió.

VARIABLE	INDICADOR	QÜESTIONS A VERIFICAR
		la població en quant al gènere
Universitat (R)		Formació de pregrau.
Any llicenciatura (R)		Temps transcorregut entre la formació de pregrau i postgrau
Petició especialitat (R)	Sí / No	La medicina familiar i comunitària és la primera opció dels residents
Rotacions hospitalàries (R)		Formació hospitalària de postgrau
Ubicació CAP	Urbana / Semiurbana/ Rural	Formació de postgrau a l'àrea bàsica
Especialitat (T)		Els tutors estan especialitzats en MFiC
Any d'inici com a tutor(T)		Anys d'experiència de tutorització
PERFIL COMPETENCIAL		
<u>A. Habilitats clíniques bàsiques</u> . Signes i símptomes . Exploració física . Contextualitzar dades . Anamnesi . Informe clínic	En cadascuna d'elles, grau de capacitat (gens, poc, suficientment, força, molt) ¹¹	Percepció/autopercepció del grau d'adquisició de les competències de l'àrea d'habilitats clíniques bàsiques
<u>A. Habilitats tècniques instrumentals</u> . Fons d'ull . Infiltracions . Otoscòpia . Peak Flow	Ídem	Percepció/autopercepció del grau d'adquisició de les competències de l'àrea d'habilitats tècniques instrumentals
<u>A. Habilitats de maneig</u> . Diagnòstic diferencial . Estrat. diagnòstiques . Proves complement. . Teràpies farmacol. . Teràpies no farmacol. . Patologies cròniques . Protocols . Derivar al pacient	Ídem	Percepció/autopercepció del grau d'adquisició de les competències de l'àrea d'habilitats de maneig
<u>A. Comunicació</u> . Entrevista clínica . Consell mèdic . Eines canvi conducta . Respecte intimitat . Confidencialitat . Respecte estil de vida . Negociació	Ídem	Percepció/autopercepció del grau d'adquisició de les competències de l'àrea de comunicació
<u>A. Atenció a la família</u> . Informació familiar . Ús recursos familiars	Ídem	Percepció/autopercepció del grau d'adquisició de les competències de l'àrea d'atenció a la família

¹¹ Els indicadors senyalats són els mateixos en tot el perfil.

VARIABLE	INDICADOR	QÜESTIONS A VERIFICAR
A. Activitat preventiva . Coneixements . Actitud positiva . Organ. activ. consulta	Ídem	Percepció/autopercepció del grau d'adquisició de les competències de l'àrea d'activitat preventiva
A. Atenció a la comunitat . Indicadors salut . Diagnòstic comunitat . Prioritzar problemes . Dissenyar programes	Ídem	Percepció/autopercepció del grau d'adquisició de les competències de l'àrea d'atenció a la comunitat
A. Aspectes organitzatius . Treball en equip . Gestió del temps . Aspectes normatius	Ídem	Percepció/autopercepció del grau d'adquisició de les competències de l'àrea d'aspectes organitzatius
A. Docència . Habilitats i actituds per la docència	Ídem	Percepció/autopercepció del grau d'adquisició de les competències docents
A. Recerca . Recerca bibliogràfica . Disseny recerca . Lectura crítica . Interpr. estadística . Recursos Internet	Ídem	Percepció/autopercepció del grau d'adquisició de les competències de l'àrea de recerca
Capacitació Global	Ídem	Percepció/autopercepció global de la competència professional
Perfil competencial		Competències que sobren i manquen al perfil presentat
Formació continuada	Imprescindible/ Necessària/ Aconsellable/ Substituïble	Paper de la formació continuada en la competència professional
MODEL FORMACIÓ MIR		
Informació objectius	Sí / No	El resident és informat dels objectius formatius
Informació progrés	Sempre / Sovint / A vegades / Mai	El resident és informat del seu progrés
Instruments av. progrés	Oral / Escrit Llibre resident/ Full avaluació/ Altres	Les eines que s'utilitzen per Informar el resident del seu procés i qui ho fa
Estratègies metodològiques	Modelatge / Cursos/ Tutorització / Autoaprenentatge/ Sessió clínica / Intercanvi residents/	Les estratègies metodològiques utilitzades prioritàriament segons àrees competencials
Punts fort formació		Els elements que més destaquen com a punts forts del model de formació MIR
Punts febles formació		Els elements que més destaquen com a punts febles del model de formació MIR
Propostes de millora		Les propostes de millora que es suggereixen al model de formació MIR
Interès per participar	Sí / No	El nombre de tutors i residents

VARIABLE	INDICADOR	QÜESTIONS A VERIFICAR
en el grup focal		interessats en participar en un grup focal

3.4. LA POBLACIÓ

Per fer la triangulació de persones és necessari obtenir dades de diferents poblacions sobre l'objecte d'estudi. En aquest cas es treballa amb la població de metges/ses residents (R3) de Medicina de Família i Comunitària de Catalunya de l'any 2000 i amb la població dels seus respectius tutors per tractar-se de dues poblacions directament implicades en el procés d'ensenyament-aprenentatge que habilita per l'especialitat. La percepció de tots dos col·lectius permetrà evidenciar punts d'acord i desacord i probablement avançar cap a processos d'ajustament i millora d'aquesta formació.

Recordant les motivacions a les que s'ha fet esment en la introducció d'aquest treball, l'elecció de l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària a Catalunya es justifica per: ser una de les especialitats més joves (no té ni vint anys) i amb un programa formatiu sòlid i força homogeni, haver estat la primera en posar en marxa la prova ACOE i ser l'especialitat amb el nombre més elevat de places MIR a Catalunya i per tant, clau en el sistema de postgrau.¹²

Per altra banda, l'haver escollit dins l'especialitat els metges residents de tercer any, familiarment anomenats R3 i els seus respectius tutors, es justifica pel fet d'estar en la fase final del procés de residència i per tant, d'haver adquirit les competències professionals mínimes que reclama l'especialitat (així com han estat definides).

3.4.1. Població 1 -Residents-

Nombre global de metges/ses residents en l'especialitat de Medicina de Família i Comunitària, que cursen el tercer any de residència l'any 2000 -finalitza el mes d'abril- a tot Catalunya i que sumen un total de 240. Aquesta població està a l'abast

¹² En el marc teòric (v. apartat 2.6.2.2) es constata la dimensió que ha anat prenent aquesta especialitat i no només en el marc de Catalunya, en nombre de places, en proporció a la resta d'especialitats.

de la investigadora i per tant l'estudi es realitza sobre la totalitat de la població, així com aconsellen del Rincón et al. (1995), sempre que els recursos disponibles ho permetin.

D'aquesta població de N=240 es coneixen d'entrada les següents dades:

. Està formada per un 34% d'homes i un 66% de dones.

. Aquest residents es distribueixen entre les Unitats Docents que tenen residents de tercer any de la següent manera:

- a. UD Barcelona Ciutat (57)
- b. UD Costa Ponent (53)
- c. UD Centre ((32)
- d. UD Tarragona (19)
- e. UD Barcelonès Nord-Maresme (16)
- f. UD Girona (12)
- g. UD Lleida (12)
- h. UD Tortosa (9)
- i. UD Consorci Sanitari Terrassa (8)
- j. UD Mútua de Terrassa (7)
- k. UD Fundació Sant Pau i Sta. Tecla (4)
- l. UD Badalona Gestió Assistencial (4)
- m. UD Sagessa (3)
- n. UD Consorci Sanitari Mataró (3)

. Per accedir a una plaça d'especialitat tots els residents han d'haver superat o l'examen MIR general o l'específic de MFiC que es va implantar l'any 95.

Sobre aquesta població, el qüestionari permet conèixer algunes dades demogràfiques i acadèmiques.

3.2.2. Població 2 -Tutors-:

Nombre global de metges/ses d'atenció primària, que han estat tutors d'aquests residents durant la formació de postgrau i més específicament a l'últim any i que, com els residents, sumen un total de 240 a l'establir-se la relació un tutor/ un resident. En aquest cas, també es treballa amb tota la població sense necessitat de seleccionar-ne una mostra.

D'aquesta població de N=240 es coneixen a priori les següents dades:

. La distribució de la població de tutors per sexes és la següent: 55% d'homes i 45% de dones.

. Seguint el criteri abans esmentat d'un tutor/ un resident, la distribució d'aquests per Unitats Docents és la mateixa que en cas dels residents com es presenta a continuació:

- o. UD Barcelona Ciutat (57)
- p. UD Costa Ponent (53)
- q. UD Centre (32)
- r. UD Tarragona (19)
- s. U.D. Barcelonès Nord-Maresme (16)
- t. UD Girona (12)
- u. UD Lleida (12)
- v. UD Tortosa (9)
- w. UD Consorci Sanitari Terrassa (8)
- x. UD Mútua de Terrassa (7)
- y. UD Fundació Sant Pau i Sta. Tecla (4)
- z. UD Badalona Gestió Assistencial (4)
- aa. UD Sagessa (3)
- bb. U.D. Consorci Sanitari Mataró (3)

Per accedir a una plaça de tutor cal cobrir els requisits d'acreditació i reacreditació de tutors establerts.¹³

¹³ En el punt 2.6.2.2. de l'aproximació teòrica, s'especifiquen a grans trets els criteris d'acreditació/reacreditació de tutors que inclouen els requisits previs i un nombre de crèdits determinats en relació a mèrits professionals i docents com cursos, publicacions, activitats docents, beques, premis, avaluació del resident, participació en activitats de la UD, etc.

Sobre aquesta població, el qüestionari permet conèixer el sexe, els anys que fa que assumeix el rol de tutor i la ubicació del Centre d'Atenció Primària on treballa i assumeix aquesta funció (població rural, urbana o semiurbana).

3.5. ELS INSTRUMENTS DE MESURA

Tal com s'ha comentat en la presentació metodològica, per la recollida de dades es necessari un instrument que recull informació principalment de caràcter quantitatiu i la tècnica del grup focal que serveix per copsar una interpretació qualitativa dels anteriors resultats. Tots dos, amb dues versions tenint en compte que es treballa amb poblacions diferents.

3.5.1. El qüestionari:

3.5.1.1. Selecció

D'entrada l'elecció d'un qüestionari com a primer instrument de recollida de dades sobre l'adquisició de les competències professionals en el procés de formació MIR, autoadministrat, a retornar per correu implica assumir una sèrie d'avantatges i limitacions com qualsevol altre instrument de recollida de dades.

A partir d'una síntesi de les principals aportacions de nombrosos experts (Argimon i Jiménez, 2000; Bowling, 1997; Polit i Hungler, 2000; Pourtois i Desmet, 1992; Rojas, Fernandez i Perez, 1998; Tejada, 1997; Visauta, 1989), es pot apuntar que un qüestionari autoadministrat gaudeix dels següents avantatges: recull informació estandaritzada i per tant facilita el tractament de dades i la interpretació de resultats, és econòmic, permet obtenir dades d'un gran nombre de persones de difícil accés, facilita la confidencialitat de les dades –sempre i quan sigui anònim-, s'evita la relació investigador/participant amb el possible biaix que aquesta pugui comportar, permet obtenir informació que d'altres maneres no s'aconsegueix,¹⁴ és directe i versàtil.

De la mateixa manera, aquests autors també remarquen com a inconvenients o limitacions: poca flexibilitat, absència de seguretat sobre qui respon el qüestionari i

si ho fa sol, no es poden clarificar els dubtes, superficialitat de la informació obtinguda, i la més important, la baixa taxa de resposta.

Fent un balanç dels avantatges i inconvenients d'aquest instrument, es decideix escollir el qüestionari com a primera eina de recollida de dades per assolir els objectius de l'estudi, és a dir, per contrastar les percepcions de tutors i residents (R3) de tot Catalunya perquè es tracta d'una població àmplia (N=480) difícilment accessible amb altres procediments. Amb tot, en aquesta decisió també ha influït el fet que alguna de les principals limitacions que imposa aquest instrument com la baixa taxa de resposta o la superficialitat de l'estudi poden ser atenuades gràcies a diverses mesures.

D'una banda, la taxa de resposta que la majoria d'autors destaquen com a principal problema del qüestionari per correu, s'ha intentat pal·liar al comptar en el procés de recollida de dades amb la col·laboració dels dotze coordinadors de les Unitats Docents de Catalunya, sense els quals aquest estudi no hagués estat possible per una professional externa a l'àmbit mèdic. Haver tingut la possibilitat de donar-me a conèixer i de "vendre" el projecte als màxims responsables de la formació de postgrau en l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària ha afavorit la seva implicació en el sentit de facilitar dades, engrescar la resposta dels participants, etc.

Tanmateix, resulta curiosa la diversitat d'interpretacions que es fan a una "baixa taxa de resposta". El percentatge de resposta que segons diferents autors es pot aconseguir amb un qüestionari per correu es desplega en un ampli ventall. Des dels més pessimistes que parlen d'un 10-20% (Rojas et al., 1998), fins els més optimistes que consideren que es pot aconseguir un 75% de resposta després de tres recordatoris (Cohen i Manion, 1985), passant per altres posicions intermediàries, que situen aquest entre el 30-60% (Bisquerra, 1989; del Rincón et al., 1995; Polit, 2000).

I d'altra banda, la superficialitat que implica aquest tipus d'instrument, quedarà compensada amb els grups de discussió que s'organitzen amb voluntaris de les dues poblacions enquestades, ja que la finalitat d'aquestes és il·lustrar, interpretar i

¹⁴ Per exemple, informació sobre sentiments, percepcions, opinions...que de vegades poden inferir-se de l'observació però que no sempre es corresponen amb el que s'observa.

aprofundir en els resultats obtinguts en el qüestionari donant opció als informants de puntualitzar, expressar opinions, etc, sense “restriccions”.

3.5.1.2. Construcció

A continuació es presenta el contingut del que s’ha anomenat genèricament qüestionari, i que pren com a referència les variables descrites (v. punt 3.3.) en el que es diferencien tres parts i dues versions (residents i tutors) amb les especificitats corresponents. El qüestionari es presenta des de la versió inicial fins a la final amb els canvis introduïts a partir dels processos de validació.

En la **versió inicial per residents** (v. annex 1), té tres parts clarament diferenciades:

Primera part: dades descriptives de la població

La primera part, es compon d’ítems que permeten una descripció més acurada de la població participant i que poden ser font de diferències entre els membres de la població.

Entre els ítems es distingeixen: preguntes dicotòmiques com gènere (masculí - femení) i Medicina de Família i Comunitària com a primera opció (sí - no), ítems amb tres opcions possibles com la zona a la que pertany el CAP (urbana, semiurbana i rural), distància a l’hospital més pròxim (menys de 15', entre 15' i 45' i més de 45'), i per últim, altres variables fàcilment categoritzables de resposta única, com la Universitat on s’han cursat els estudis, la Unitat Docent a la que pertanyen com a residents, l’hospital on s’han fet les rotacions hospitalàries i l’any en què s’han llicenciat.

Si bé aquests ítems resulten descriptius de la població també s’ha considerat que podrien tenir relació amb l’adquisició d’algunes competències com per exemple, si es treballa més la qüestió comunitària en zones rurals que en les urbanes o si la percepció del grau de capacitació pot estar relacionada amb el temps transcorregut entre la formació de pregrau i la de postgrau, entre d’altres.

Segona Part: perfil competencial de l'especialista en MFiC

La segona part es tracta segons Bisquerra (1989) i Tejada (1997), d'una escala d'estimació combinada o mixta, fruit de la combinació de l'escala numèrica i de la descriptiva. Així, s'ha establert prèviament i al llarg de tota l'escala, el grau d'apreciació de forma numèrica (1= mínim, 5=màxim) i al mateix temps, s'ha fet una descripció de cada una d'aquestes categories en termes de capacitació, donant com a resultat una escala amb les següents opcions de resposta.

- 1= Gens capacitat/da
- 2= Poc capacitat/da
- 3= Suficientment capacitat/da
- 4= Força capacitat/da (notablement)
- 5= Molt capacitat/da (excel·lentment)

S'han escollit 5 possibles respostes perquè com apunten Argimón i Jiménez (1991) resulta un nombre adequat perquè no és ni molt gran - dificulta l'elecció de la resposta- ni molt petit - permet discriminar entre participants -. A més, el que sigui un número senar permet una categoria mitjancera o neutral.

Aquesta escala es compon de 40 ítems (sobre les competències professionals de l'especialista en Medicina de Família i Comunitària) agrupats en deu àrees diferents:

- Habilitats clíniques bàsiques (6 ítems)
- Habilitats tècniques instrumentals (4 ítems)
- Maneig - pla diagnòstic, terapèutic i de seguiment- (8 ítems)
- Comunicació (8 ítems)
- Atenció a la família (2 ítems)
- Activitat preventiva (3 ítems)
- Atenció a la comunitat (4 ítems)
- Aspectes organitzatius (3 ítems)
- Docència (1 ítem)
- Recerca (4 ítems)

A partir d'aquest perfil definit pel col·lectiu d'experts en Medicina Familiar i Comunitària (v. apartat 3.3) s'ha reconvertit cada un d'aquests ítems o competències en el que es podria anomenar "competències d'acció", introduint el verb en el cas de no ser-hi, o de modificar-ho en cas de resultar molt ambigu.¹⁵

Per finalitzar aquesta segona part sobre el perfil competencial, hi ha una pregunta que segueix la mateixa estructura de l'escala sobre la percepció de la capacitació entesa de forma global -gens, poc, suficient, força i molt- una pregunta d'elecció múltiple-imprescindible, necessària, aconsellable, substituïble- sobre el paper de la formació continuada en relació a la competència professional i dues preguntes obertes sobre el perfil competencial presentat per tal que els enquestats opinin sobre quines competències hi manquen i quines no hi haurien de formar part.

Tercera part: altres qüestions complementàries.

L'última part, la integra un conjunt de preguntes de naturalesa diversa al voltant del model formatiu MIR, per poder veure quina relació s'estableix o millor dit, com contribueix la formació a l'adquisició de competències.

En la versió inicial del qüestionari es presenten les següents qüestions: una pregunta tancada dicotòmica (sí, no) en relació a la informació sobre els objectius de la formació MIR; un quadre de doble entrada: en un eix diverses estratègies metodològiques i avaluació formativa i en l'altra eix freqüència; una segona part oberta on l'enquestat ha d'especificar els instruments pels quals ha estat avaluat; i finalment, tres preguntes obertes on es demana valorar punts forts, punts febles i propostes de millora del sistema formatiu.

Per tancar el qüestionari, es demana, amb una pregunta dicotòmica –sí, no- l'interès per participar en un grup de discussió, seguida de les dades personals de la investigadora perquè, en cas afirmatiu, els interessats puguin posar-s'hi en contacte.

¹⁵ La incorporació de verbs ha permès passar del constructe competència a una definició operacional de la competència en termes conductuals, observables i mesurables. La proposta presentada, amb els verbs apropiats ha passat una validació de caràcter qualitatiu per jutges que es descriu més endavant en aquest mateix apartat.

La **versió inicial per tutors** (v. annex 3), manté l'estructura del qüestionari anterior amb petites variacions que afecten sobretot a la primera part, és a dir, als ítems descriptors de la població.

Primera part: dades descriptives de la població

En aquesta primera part s'inclouen qüestions d'identificació de la població, com en el qüestionari del resident. Algunes són les mateixes, –gènere, zona del CAP i distància a l'hospital més pròxim- i d'altres específiques per tutors com dues preguntes de resposta única -especialitat mèdica i any d'inici en la tasca docent-.

Segona i tercera part: perfil competencial i altres qüestions complementàries

En les altres dues parts només s'han incorporat canvis a nivell gramatical reconvertint les preguntes formulades en primera persona (autopercepció), en tercera persona (percepció dels tutors sobre els residents).

Abans de sotmetre a totes dues versions de la prova a un estudi pilot, s'ha fet una **validació de contingut qualitativa per jutges o experts** (Argimon i Jiménez, 2000; del Rincón et al., 1995; Polit i Hungler, 2000). Per això s'han escollit 10 jutges dels quals, un 60% són metges de Família i Comunitària -tres d'ells amb el grau de doctor-, una doctora en psicologia educativa, dos doctors en pedagogia -especialistes en formació mèdica- i un doctor en psicologia clínica -també cap de docència de formació de postgrau d'una reconeguda institució. Tots ells són professionals que, atenent els càrrecs i responsabilitats que assumeixen, són experts en àmbits relacionats amb l'objecte d'estudi d'aquesta recerca.

Amb la consigna de *matisi, comentis, qüestionis, aportis, anul·li... tot el que li sembli convenient d'aquest document, tant en la forma com en el contingut -rellevància, importància, pertinència i univocitat-* s'ha fet lliurament de la primera versió del qüestionari al grup d'experts seleccionats per a ésser jutges.

A més, als jutges -metges (60%), se'ls ha demanat específicament que facin una selecció de quatre tècniques instrumentals "imprescindibles" -els autors del perfil competencial inicial en presenten unes 15 tècniques (v. punt 2.5.3.) -per tal d'arribar

a una mostra “representativa” de tècniques de l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària i poder disminuir significativament l'extensió del qüestionari.¹⁶

Les aportacions dels diferents jutges han estat acuradament revisades per la investigadora i incorporades quan ha semblat convenient seguint els criteris de: grau d'acord, millor comprensió i rellevància.

Un cop fetes totes les modificacions, s'ha donat la nova versió del document als mateixos experts per veure si les modificacions s'acceptaven. Feta aquesta validació, s'ha començat el procés de recollida de dades per l'assaig pilot de residents i tutors.

3.5.1.3. Assaig pilot

Posteriorment, i seguint amb la revisió i millora de la validesa de l'instrument, s'ha procedit a un assaig pilot (les dues versions), que permet recollir informació sobre la comprensió dels termes utilitzats, sobre els errors eventuais de significació o de formulació, sobre les reticències, rebuig o incomprensió dels ítems, abans de poder considerar l'instrument com a definitiu.

Primerament, i aprofitant que s'acosten les dates de finalització de la residència per la promoció del 99 (maig), s'ha començat l'estudi amb els residents. Per això, gràcies a una entrevista de contacte amb el Coordinador General del Programa de Medicina de Família i Comunitària de Catalunya, la investigadora ha estat convidada a assistir a una reunió amb els coordinadors de totes les Unitats Docents de Catalunya, en el marc de les VI Jornades Tècniques de les Unitats Docents a El Montanyà (abril de 1999) per presentar el projecte i, al mateix temps, demanar la col·laboració per fer arribar el qüestionari a tots els residents de la promoció del 99. Normalment s'acostuma a seleccionar una petita mostra (10%) per la prova pilot, però aprofitant l'avinentesa de poder accedir a tota la població via coordinadors, sense el cost de la tramesa per correu, s'ha optat per convidar a respondre el qüestionari als 236 residents. D'aquesta manera, es pot observar el grau d'acceptació de la recerca i detectar millor les possibles errades de l'instrument.

¹⁶ L'extensió és un dels possibles factors que pot incidir en l'índex de respostes d'un qüestionari enviat per correu. Si aquest resulta excessivament llarg és fàcil que quedi sense respondre.

Seguint el consell d'experts en metodologia quantitativa, cada qüestionari (v. annex 1) va acompanyat d'una carta de presentació (v. annex 2) que conté els elements bàsics per motivar la resposta i que són: objectius de la recerca, importància i beneficis de la recerca, entitats col·laboradores –si n'hi ha-, garantia de confidencialitat, instruccions i agraïment per la col·laboració (Bisquerra, 1989; Bowling, 1997; Rojas et al., 1998; Visauta, 1989).

El qüestionari també va acompanyat d'un sobre franquejat en el que només figura un apartat de correus –òbviament contractat per la investigadora- per facilitar la seva devolució.

La prova pilot dels tutors no s'ha iniciat fins el mes d'octubre del 99 perquè aquests continuen mentre que amb els residents es perd el contacte al final del període formatiu. Aprofitant la presentació dels resultats obtinguts en l'assaig amb residents, en una reunió de Coordinadors de les UD de Catalunya el mes d'octubre a la Regió Sanitària Costa Ponent (SCS) (v. annex 11), s'han lliurat 25 qüestionaris per a l'assaig amb tutors (v. annex 3 i 4).

En aquest cas, i tenint en compte que la prova pilot dels residents ja ha donat prou pistes sobre els canvis que cal introduir en el qüestionari, s'ha considerat que una mostra de 25 -d'una població de 236- és suficient per matisar o modificar l'inicial.

Anàlisi i establiment de la validesa i fiabilitat inicials: residents i tutors

La base de dades i els **resultats obtinguts a la prova pilot de residents** es troben als annexes 5, 6 i 7. De cara a una revisió del qüestionari destaquen les següents qüestions:

La taxa de resposta obtinguda ha estat d'un 37,2% (88 qüestionaris) que segons autors com Bisquerra (1989), del Rincón et al. (1995) i Polit i Hungler (2000) és un resultat més o menys òptim i més si es té en compte el moment en què es va fer arribar el qüestionari -un mes abans de finalitzar l'especialitat- quan es suposa que

els residents estan més pendents de possibilitats de feina, oposicions, contractes de guàrdies... que de la pròpia formació.¹⁷

De cara a la prova definitiva de l'any 2000 es pren la decisió d'iniciar la recollida de dades dels residents el mes de febrer per poder disposar de més temps si s'han de fer recordatoris i disminuir al màxim l'efecte "final de curs".

Primera part: dades descriptives de la població

En general els residents han respost adequadament al que se'ls hi demana en els ítems d'aquesta primera part llevat de dos ítems:

Unitat Docent: probablement aquest és un dels ítems més conflictius del qüestionari ja que 27 subjectes l'han deixat en blanc i en un altre nombre considerable la resposta és dubtosa i per tant, la seva validesa qüestionable. Es sospita, pel tipus de respostes donades, que al posar Unitat Docent per fer referència als diferents espais de docència de pregrau però que depenen de una mateixa Universitat (ex. Sant Pau, Vall d'Hebrón, Mar... de la UAB), ha generat certa confusió amb les Unitats Docents de les quals després depenen com a residents.

Distància del CAP a l'hospital més proper: només una persona ha deixat en blanc aquest ítem però curiosament una de les opcions d'aquesta pregunta "més de 45 minuts", no ha estat escollida per cap resident per la qual cosa potser no té sentit com a opció; en la majoria (75,9%) dels casos, la distància en qüestió és inferior a 15 minuts i la resta entre 15-45 minuts. Possiblement, un element que també pot haver generat confusió és parlar de distància en minuts quan aquests depenen del transport utilitzat.

Segona part: perfil competencial de l'especialista en MFiC

¹⁷ Els coordinadors d'algunes UD de Catalunya han comentat, arrel de la presentació dels resultats obtinguts en la prova pilot de residents, que en la fase final del procés formatiu els residents es mostren força preocupats pel futur perquè així ho expressen en l'entrevista final que mantenen amb ells. En general, els coordinadors veuen més convenient que l'aplicació del qüestionari definitiu de residents es faci tres mesos abans de finalitzar la residència per evitar d'aquesta manera aquest possible efecte.

L'escala sobre el grau de capacitació en les diverses competències presentades sembla prou clara perquè, en general, els residents l'han respost de forma adequada.

En les preguntes obertes sobre l'opinió vers el perfil competencial presentat, s'han brindat algunes propostes. En relació als elements que hi sobren, només vuit persones han fet alguna aportació entre les que destaca la docència que s'ha esmentat en quatre ocasions. Tanmateix, en relació a les competències que hi manquen han estat 23 (22%) les persones que han fet alguna aportació; entre aquestes destaquen l'atenció al malalt terminal (4) i la cirurgia menor (4). Totes les altres propostes s'han repetit amb una freqüència inferior a 4.

Tercera part: altres qüestions complementàries

En aquesta tercera part sobre la formació MIR, el nombre de respostes en blanc tampoc és rellevant el que indica que, en principi, les preguntes són prou clares. No obstant, els resultat obtinguts en els ítems referents a les estratègies metodològiques, a l'avaluació i a l'interès en participar al focus-group obliguen al seu replantejament.

En referència a les estratègies metodològiques utilitzades en la formació MIR, es presenten mitjançant una graella les sis modalitats formatives habituals en l'àmbit mèdic -modelatge, tutorització, intercanvi entre residents, autoaprenentatge, sessions clíniques i cursos i seminaris-, d'una banda i de l'altra, la seva freqüència en el procés formatiu -mai, de vegades, sovint o sempre-. Curiosament, hi ha una gran quantitat de persones que han respost de manera predominant amb l'opció "sovint" o "sempre" a totes les metodologies proposades i per exemple, no té massa sentit assenyalar que s'ha après per autoaprenentatge "sempre" o "sovint" i amb la mateixa intensitat per modelatge o per intercanvi entre residents. Segurament la pregunta no està ben formulada.

En l'ítem sobre l'avaluació compost per una part tancada -freqüència d'informació del progrés- i una part oberta -manera com s'ha obtingut aquesta informació-, la varietat obtinguda en aquesta segona part resulta poc clarificadora (tutories individuals, de manera verbal, de manera escrita, per fulls d'avaluació, després del primer any de formació...).

La darrera pregunta en què es demana l'interès per assistir a un grup de discussió i s'ofereix informació per contactar amb la investigadora (domicili, telèfon i correu electrònic) per poder preservar l'anonimat del qüestionari, no ha funcionat. Un 20% dels que han respost el qüestionari, ha mostrat el seu interès per assistir a la reunió però només dues persones –una via correu electrònic i l'altra via telèfon- s'han posat en contacte amb la investigadora per participar en el grup de discussió.

Dels 25 qüestionaris repartits entre tutors, n'han respost 20 (un 80%) que s'han introduït a la base de dades dissenyada a tal efecte (v. annex 8) el que suposa un 80% de la mostra escollida. Amb tot, els **resultats obtinguts en l'assaig de tutors** (v. annexes 9 i 10), no aporten cap altre element nou als ja comentats en la prova de residents donada la similitud de tots dos qüestionaris.

3.5.1.4. Qüestionari definitiu

A partir de les dades obtingudes en les dues proves pilot i dels suggeriments recollits en la presentació dels resultats dels residents dirigida als coordinadors de les Unitats Docents de Catalunya (v. annex 11), es proposen i es fan els següents reajustaments al qüestionari inicial.

Residents

Primera part: dades descriptives de la població

Es manté l'estructura inicial llevat dels ítems senyalats: *Unitat Docent*–referent a la Universitat on s'han cursat els estudis- que s'elimina per la confusió que genera amb la Unitat Docent de postgrau, i *Distància entre l'hospital més pròxim i el CAP* per la dificultat per relacionar-lo amb l'adquisició de les competències professionals.

Segona part: Perfil competencial de l'especialista en MFIC

Es manté l'estructura inicial però s'incorpora un nou ítem a l'escala: *Fer ús dels recursos mèdics a Internet*, en l'àrea competencial de recerca perquè malgrat ningú n'ha fet referència en la prova pilot, resulta difícil imaginar el metge del S.XXI al

marge de les noves tecnologies de la informació i comunicació. Aquesta ha esdevingut una competència transversal en un gran nombre d'àmbits professionals.

Altres competències com *Cirurgia menor* que quatre residents han apuntat que mancava en el perfil presentat, si bé es trobava en el perfil inicial (v. punt 2.5.3.), no s'han incorporat a l'escala perquè els jutges/experts no han considerat que sigui una de les tècniques més rellevants de l'especialitat. De qualsevol manera, la selecció de només quatre tècniques per el qüestionari, no vol dir que aquestes siguin les úniques.¹⁸

Tercera part: altres qüestions complementàries

En aquesta última part s'han introduït els següents canvis:

En primer lloc, l'ítem referent a estratègies metodològiques s'ha eliminat d'aquest apartat del qüestionari i s'ha inclòs al final de cada àrea competencial de l'escala amb el següent enunciat: *La metodologia prioritària per l'aprenentatge d'aquesta àrea competencial ha estat: a. modelatge b. intercanvi residents c. autoaprenentatge. d. tutoritzat e. sessió clínica f. cursos.*

Aquest canvi obeeix a la dificultat que suposa atorgar la prioritat a una modalitat formativa en l'adquisició de les competències professionals quan aquestes són diverses i de ben segur han estat apreses amb estratègies metodològiques diferents. Per tant, ubicar aquesta pregunta al final de cada àrea competencial donarà una visió més acurada de la percepció de com s'ha adquirit. A títol d'exemple, no s'aprèn a fer recerca de la mateixa manera que s'aprèn una habilitat tècnica instrumental.

En segon lloc, s'ha tancat la segona part de l'ítem referent a l'avaluació de progrés i en lloc de deixar que el resident presenti la manera com ha estat informat,

¹⁸ La competència professional des de l'accepció d' incumbència, és a dir, entesa com el conjunt de tasques i funcions de les quals n'és responsable un determinat professional (Lévy Leboyer, 1997), acostuma a generar conflictes entre professionals, verbigràcia, en l'equip de salut però també entre els integrants d'una mateixa professió però d'especialitats diferents. Aquests tipus de polèmiques acostumen a ocórrer especialment entre algunes especialitats i la medicina de família i comunitària pel caràcter generalista i integral d'aquesta última. De vegades, els límits competencials d'una i l'altra poden resultar borrosos i més quan des del model sanitari s'intenta potenciar el paper de l'Atenció Primària.

La Cirurgia Menor, per exemple, és una d'aquestes competències conflictives.

s'ofereixen diverses opcions: oralment -tutor de primària, altres- i/o per escrit –fulls d'avaluació, llibre del resident o altres a especificar-, podent marcar tantes com el informant consideri oportú. D'aquesta manera, es facilita la resposta i el tractament de les dades.

Per últim, davant la poca resposta obtinguda al fet que sigui el propi enquestat el que, per iniciativa pròpia, es posi en contacte amb la investigadora per participar en els grups de discussió, ha obligat a replantejar la manera de captar participants. S'ha decidit mantenir la pregunta però es canvia el missatge i en lloc de demanar a l'interessat que s'adrexi a l'autora de l'estudi, serà ella qui es posi en contacte de la següent manera: s'adjunta un sobre franquejat amb una tarja per omplir amb dades personals (nom, telèfon de contacte, correu electrònic i dies de la setmana amb més disponibilitat), per tal que aquell que hi estigui interessat, l'ompli i l'envii per correu a l'adreça personal de la investigadora. D'aquesta manera es manté la confidencialitat de les dades del qüestionari ja que l'enquesta es remet amb un altre sobre franquejat a l'apartat de correus.

La revisió d'aquest instrument finalitza amb la introducció de millores en la presentació formal com: incorporar el títol i el nom de l'autora en l'encapçalament de cada plana, proporcionar instruccions amb exemples sobre com cal respondre i incloure la graduació establerta a totes les planes que presenten l'escala d'estimació (v. annex 12).

Tutors

Com ja s'ha apuntat, la prova pilot dels tutors no aporta més informació a l'assaig dels residents. Així doncs, en aquest cas només s'incorporen els mateixos canvis comentats en el qüestionari dels residents: s'elimina l'ítem distància del CAP a l'hospital més pròxim, s'incorpora l'ítem *Fer ús de recursos mèdics a internet* i l'elecció de la modalitat formativa prioritària després de cada àrea competencial, es tanca l'ítem d'avaluació i s'incorporen les targes per als interessats en els grups focals (v. annex 15).¹⁹

¹⁹ En el sobre de la tapa posterior de la tesi hi ha una versió en paper de tots dos qüestionaris per facilitar el seguiment de la presentació i valoració dels resultats, sense necessitat d'haver d'accedir al CD on hi ha els annexos.

Distribució qüestionari definitiu Residents

A l'igual que en l'assaig pilot, els qüestionaris dels residents s'han lliurat a tots els coordinadors de les UD en una de les reunions que mensualment tenen convocades pel Coordinador General de MFiC de Catalunya.

El qüestionari va, en aquest cas, acompanyat d'una carta de presentació -similar a la presentada en l'estudi pilot (v. annex 13)- d'un sobre franquejat amb l'adreça d'un apartat de correus per retornar el qüestionari i d'un altre sobre més petit franquejat, amb l'adreça personal de la investigadora, amb una tarja de dades de contacte dels interessats en participar en el grup focal.

Unes 5-6 setmanes després s'ha enviat, nominalment, una carta recordatori a tots els residents de tercer any de Catalunya al CAP on treballen com a R3. En aquesta carta (v. annex 14) es demana novament la col·laboració, s'agraeix als que ja han respost i s'ofereix la possibilitat de reenviar el qüestionari si és necessari. Aquesta carta s'envia directament per correu de forma indiscriminada a tots els integrants de la població perquè l'anonimat en les respostes no dóna cap altra opció.

Igualment, i per recaptar més qüestionaris, l'autora ha assistit a les Jornades de Residents celebrades el mes de març del 2000 a Sant Joan de les Abadesses gràcies a ser convidada per una resident del Comitè Organitzador amb la que havia entrat prèviament en contacte per la qüestió del grup de discussió. També s'ha fet un seguiment, mitjançant els Coordinadors Docents, via correu electrònic.

Distribució qüestionari definitiu Tutors

Seguint el consell dels Coordinadors de les UD, el qüestionari definitiu dels tutors s'ha enviat directament per correu al CAP corresponent però dos mesos més tard que el dels residents -abril 2000- per evitar un possible biaix -respondre conjuntament-.

Com els residents, el qüestionari dels tutors va acompanyat d'una carta de presentació (v. annex 15 i 16), d'un sobre franquejat amb l'adreça de l'apartat de correus i un altre, més petit però també franquejat amb la tarja per aquells interessats en assistir al grup de discussió.

Després de 5-6 setmanes, s'ha enviat una carta recordatori en les mateixes condicions que la dels residents (v. annex 17).

En la distribució i seguiment del qüestionari dels tutors, pràcticament no hi han incidit els Coordinadors Docents sinó que ha estat la mateixa investigadora qui s'ha posat directament en contacte amb els caps docents de cada Àrea Bàsica de Salut perquè en molts casos mancava el nom de pila dels tutors de R3. Aquesta presa de contacte també s'ha aprofitat per presentar la recerca i demanar-ne la col·laboració.²⁰

3.5.2. El grup focal

El grup de discussió o grup focal²¹ és una tècnica qualitativa de recollida de dades que, a grans trets, consisteix en què un petit grup de persones discuteixi sobre una sèrie de tòpics o temàtiques induïts en la dinàmica interactiva per un moderador formal. Aquesta tècnica permet recollir percepcions, opinions, motivacions diverses i a la vegada elements que comparteixen i que acostumen a representar discursos i significats dels grups socials als quals pertanyen.

²⁰ En les Unitats Docents més grans com Barcelona Ciutat i Costa Ponent, l'estructura organitzativa és tan àmplia i complexa que aquest contacte directe amb els coordinadors de cada àrea bàsica de salut pot haver afavorit la resposta dels tutors. Amb aquest tipus d'estructura és fàcil que la informació, que ha de recórrer molts nivells –des del coordinador de la Unitat Docent fins al tutor- es perdi o es distorsioni.

²¹ La majoria d'autors consultats no distingeixen entre grup focal i grup de discussió, si bé apunten diferències amb altres tècniques de grup com el mètode Delphi o el grup nominal. Els únics que assenyalen algun matís són Munárriz et al. (1999) que diferencien entre grup focal i grup de discussió atenent a la tradició teòrica de la que provenen –el grup de discussió de la sociologia crítica i el grup focal de la investigació sociològica – i a l'anàlisi que es fa dels resultats. Amb tot, afirmen que són molt similars en la seva execució pràctica. Per tant, en aquesta investigació s'utilitzen tots dos termes sense distinció, inclusivament la versió anglesa normalitzada entre els investigadors -focus group- per fer referència a aquesta tècnica de recerca qualitativa, com s'ha pogut comprovar al llarg d'aquest treball.

Recollint les propostes de diversos autors (L.E. Alonso, 1998; Bowling, 1997; Canales i Peinado, 1994; Garcia i Mateo, 2000; Hudelson, 1994; Loayssa, Garcia, Gaminde i Vilches, 1995; Ortí, 1994; Polit i Hungler, 2000; Valles, 2000), el tamany del grup focal pot oscil·lar entre 5 i 15 participants. Els experts en dinàmica de grups senyalen que el tipus d'interacció que es genera en el sí del grup serà diferent segons el nombre de participants; per exemple, està comprovat que amb un nombre superior a 12 és fàcil que es formin petits subgrups o que algunes persones es cohibeixin i no participin per la pressió grupal. Amb tot, el moderador i l'habilitat que demostrï en la conducció del grup, és a dir, la seva experiència en processos grupals, juga un paper fonamental per al bon funcionament d'aquesta tècnica.

En el marc d'una investigació, el grup focal es pot presentar com a tècnica de recollida de dades única o combinada amb d'altres eines de caràcter qualitatiu o quantitatiu. Els objectius que es pretenen assolir amb l'estudi orientaran la presa de decisions sobre quines tècniques cal combinar i quin és el tipus de combinació més adequat.

3.5.2.1. Selecció

En aquesta recerca, els grups focals han estat l'eina qualitativa escollida per a complementar les dades obtingudes en els qüestionaris -que sempre pateixen de certa superficialitat- i per tant, es convoquen després que són recollits i analitzats estadísticament. Per tant, els grups focals amb "representats" d'aquestes dues poblacions s'organitzen amb la intenció d'aprofundir en les dades i en les relacions suggerides en l'anàlisi quantitativa. Com apunta Morgan (1988, citat a Garcia i Mateo, 2000), "el grup focal és d'utilitat quan es pretén investigar què pensen els participants, però resulta especialment valuós per esbrinar perquè pensen de la manera que ho fan"^{IV} (p.183).

3.5.2.2. Preparació

Quan ja s'han rebut algunes targes,²² la investigadora s'ha posat en contacte amb els interessats per telèfon per organitzar dia i hora de les reunions que finalment es convoquen a l'Escola d'Infermeria i Fisioteràpia Blanquerna, situada al carrer Valldonzella de Barcelona per diversos motius:

. Disposa d'espais adequats per aquest tipus de reunions –aules tipus seminari i sala de reunions-.

. Tal com recomanen els experts, és un espai neutre pels participants ja que no hi tenen cap tipus de vinculació ni professional ni personal.

. És una escola de formació en l'àmbit sanitari en la que la investigadora col·labora com a docent. Aquest fet facilita que els participants vinculin a la investigadora amb les Ciències de la Salut.

. Està ubicada en el centre de la ciutat i amb bona combinació de transport públic i fàcil de localitzar i d'accedir sobretot per participants que no són i/o no viuen a Barcelona.

Després de prendre contacte amb tots els interessats, dues setmanes abans de cada reunió, a tots aquells que confirmen la seva assistència se'ls envia a casa una carta de convocatòria a la reunió en la que s'adjunta un plànol de la zona (v. annex 25).

Per preparar les reunions, es preparen transparències (v. annexes 26, 27 i 28)²³ amb la síntesi de les dades més rellevants obtingudes, a partir de l'estadística descriptiva. Òbviament, en cada reunió –de tutors o de residents- només es presenta informació sobre la població de referència.

S'ha previst una durada màxima de dues hores per reunió -en general els experts coincideixen en què el més idoni és entre 90 i 120 minuts-.

²² Veure construcció del qüestionari (punt.3.5.1.2.).

²³ Les transparències presentades en la reunió de residents del mes d'abril tenen caràcter provisional atès que en aquest mes encara segueix el degoteig de qüestionaris i per tant, no és fins la reunió de finals de juny –segon focus-group amb residents- que es presenten transparències amb dades més definitives.

Quant als participants, donades les característiques de l'estudi, no es fa cap de selecció ja que mitjançant el qüestionari s'ofereix la possibilitat d'assistir-hi, assumint el possible biaix que això pot implicar.

3.5.2.3. Desenvolupament

Les tres reunions es realitzen en la mateixa aula; una aula petita, amb una única taula rectangular amb el suport d'un retroprojector i la cinta magnetofònica.²⁴ A la primera reunió de residents, a més dels participants i la investigadora, es compta amb la col·laboració d'una psicòloga com a observadora per donar feed-back sobre el desenvolupament de la reunió i en especial, sobre la idoneïtat de l'actuació de la moderadora.

Després d'agrair l'assistència als participants, garantir l'anonimat i presentar l'objectiu del focus grup, sota la consigna *comenteu, analitzeu, interpreteu, discuteu, etc, de la manera més espontània possible els resultats obtinguts a les enquestes...*, els participants comencen a compartir experiències, fer comentaris i discutir sobre el que les dades, presentades a les transparències, van suggerir. El paper fonamental de la moderadora ha estat bàsicament: introduir cada temàtica, regular la participació i el torn de paraules i controlar el temps.

3.6. EL PROCÉS DE RECOLLIDA DE DADES

Calendari programat pel procés de recollida de dades d'aquesta recerca.

²⁴ Segons Canales i Peinado (1994) la disposició de l'espai i els seus components pot tenir un valor significat.

TAULA 11. CALENDARI PROCÉS DE RECOLLIDA DE DADES

Setembre-Desembre –98	Elaboració qüestionari inicial
Gener-Març –99	Validació per jutges
Abril-Maig –99	Prova pilot residents
Octubre-Novembre –99	Prova pilot tutors
Desembre-Gener –00	Elaboració qüestionaris definitius
Gener-Abril –00	Lliurament i seguiment qüestionari residents
Abril –00	Primer grup focal amb residents
Abril-Juny –00	Lliurament i seguiment qüestionari tutors
Juny –00	Segon grup focal amb residents
Juny –00	Grup focal amb tutors

3.7. EL TRACTAMENT DE LES DADES OBTINGUDES AL QÜESTIONARI

Pel tractament de les dades obtingudes al qüestionari es serveix de l'anàlisi estadística que és el mètode més apropiat per presentar la informació quantitativa de manera comprensiva. Com apunten Polit i Hungler (2000) “els procediments estadístics permeten a l'investigador reduir, resumir, organitzar, avaluar, interpretar i comunicar la informació numèrica”^v (p. 421). En aquest cas, es diferencia l'estadística descriptiva -cada qüestionari de forma independent- i l'estadística inferencial -comparant els resultats de tots dos qüestionaris-.²⁵

Prèviament a l'anàlisi, tots els qüestionaris han estat introduïts en les dues bases de dades redissenyades, per adequar-se a la versió definitiva dels qüestionari amb el programa MS Acces 97 (v. annexos 18 i 19).

3.7.1. Estadística descriptiva

Tota l'anàlisi estadística s'ha realitzat amb el programa SPSS v.7.5 un cop introduïdes les dades en les plantilles. Els resultats descriptius complets de residents i tutors es poden consultar als annexos 20, 21, 22 i 23.

²⁵ Com el tractament estadístic de les dades dels qüestionari s'amplia en la versió definitiva respecte a l'estudi pilot, es descriu directament aquesta última per evitar repeticions.

L'estadística descriptiva resulta útil per resumir informació empírica. En aquest cas, informació obtinguda sobre cadascuna de les poblacions de forma independent. L'anàlisi de les distribucions presentades es fa en base a dos indicadors fonamentals: tendència central i dispersió.

El qüestionari té variables quantitatives i categòriques que reclamen un tractament diferent tal com es descriu a continuació.

3.7.1.1. Variables categòriques

En tots els casos, les variables categòriques s'han analitzat mitjançant una taula de freqüències que s'ha acompanyat de representacions amb gràfics de barres o de sectors segons resulti més clarificador. Fent una síntesi de les variables categòriques que es troben a tots dos qüestionaris –tutors i residents-, es distingeixen de dos tipus:

Categòriques dicotòmiques:²⁶

- Gènere (R i T)
- Medicina de Família com a primera opció: (R)
- Informació dels objectius de l'especialitat (R i T)
- Interès en participar en la reunió (R i T)

Categòriques politòmiques:

- Zona a la que pertany el CAP on treballa (R i T)
- Capacitació global (R i T)
- Estratègia metodològica emprada de forma prioritària (R i T)
- Formació continuada (R i T)
- Informació del progrés (R i T)
- Instruments utilitzats per l'avaluació (R i T)
- Cadascuna de les 42 competències de l'escala (R i T).²⁷

²⁶ En la presentació de variables es fa referència a R quan es tracta d'una variable de residents i a T quan és una variable dels tutors; si la variable és igual per tots dos col·lectius es presenta (R i T).

3.7.1.2. Variables quantitatives

El tractament d'estadístic de les variables quantitatives ha estat el següent:

Capacitació mitjana de cada àrea competencial: s'ha creat una nova variable quantitativa per a mesurar la capacitació mitjana en cada àrea competencial. Aquesta variable s'ha obtingut a partir de les variables quantitatives ordenades dels diferents ítems que componen cada àrea.

Com cadascun d'aquests ítems (en total 42) ha estat valorat com segueix: 1= "gens capacitat", 2= "poc capacitat", 3= "suficientment capacitat", 4= "força capacitat" i 5= "molt capacitat", aquesta nova variable s'obté de realitzar la mitjana aritmètica entre els valors assignats a cada ítem inclosos en una àrea competencial i es descriu, com totes les variables numèriques, seguint els següents passos:

El primer que s'ha fet és l'Anàlisi de Kolmogorov- Smirnov per a comprovar si les dades obtingudes segueixen una distribució de tipus normal.

Si la prova resulta significativa (test de Kolmogorov-Smirnov significatiu), no es pot acceptar la normalitat de la distribució i per tant, la variable es descriu amb els paràmetres estadístics bàsics en aquests casos, és a dir, la mediana, els quartils, la distància interquartil i els valors màxim i mínim i quan es considera oportú, s'adjunta a aquestes dades una taula de freqüències per a detectar valors significatius (no estadísticament sinó pel seu significat).

Contràriament, si la prova no resulta significativa (no hi ha raons per a negar la suposada normalitat), es fa ús per a la seva descripció, dels paràmetres habituals per variables amb distribució normal, és a dir, la mitjana, la desviació estàndard, l'error estàndard de la mitjana, els valors màxim i mínim i ocasionalment els percentils per facilitar la visualització comparativa de les dades, amb les altres variables acompanyants que no segueixen distribucions normals. La gràfica per visualitzar aquestes dades és l'histograma.

²⁷ Al tractar-se d'una escala mixta (amb atributs qualitius i numèrics com a indicadors) es pot considerar que les 42 competències que la conformen són variables en principi categòriques però al mateix temps quantitatives. L'haver creat una nova variable en cada àrea competencial, mitjana dels resultats obtinguts en les competències integrades en aquella àrea, ha permès que també s'hagi pogut tractar estadísticament com a variable quantitativa com s'exposa a continuació.

Una altra nova variable anomenada també *qualificació global* s'ha creat per mesurar de manera quantitativa, com es valoren en conjunt els enquestats. Aquesta s'ha obtingut de realitzar una mitjana aritmètica dels valors obtinguts en la variable anterior, és a dir, entre les puntuacions obtingudes per dimensions competencials - no s'ha fet mitjançant la mitjana aritmètica de totes les puntuacions perquè el nombre d'ítems de cada àrea competencial és desigual-.

Finalment s'ha creat una tercera variable per l'ítem referent a l'*avaluació formativa* del resident, amb la intenció d'agrupar els enquestats en relació al nombre de mètodes que s'han posat en pràctica per la informació del progrés.

3.7.1.3. Preguntes de resposta oberta

Quant a les preguntes obertes, s'organitzen per categories. N'hi ha algunes que resulten senzilles de categoritzar i d'altres que comporten més dificultat pel grau de dispersió que es pot trobar en les respostes.

Responen a la primera situació els ítems:

- Universitat on s'ha cursat el pregrau (R)
- Any de finalització de llicenciatura (R)
- Centre on s'han fet les rotacions hospitalàries (R)
- Any d'inici com a tutor (T)
- Especialitat (T)

Responen a la segona situació els ítems:

- Competències que sobren del perfil competencial presentat (R i T)
- Competències que manquen al perfil competencial presentat (R i T)
- Punts forts de la formació MIR (R i T)
- Punts febles de la formació MIR (R i T)
- Propostes de millora (R i T)

En cas que la pregunta pugui suggerir múltiples respostes, serà la lectura i relectura d'aquestes, la que ajudarà a agrupar-les en categories.

3.7.2. Estadística inferencial

L'estadística inferencial subministra, amb base a les lleis de probabilitat, els medis necessaris per formular conclusions sobre una població o sobre la comparació entre poblacions.

Els resultats d'estadística comparativa complerts entre tutors i residents es poden consultar a l'annex 24.

En aquest cas també hi ha dos tipus diferents d'inferències, segons les variables siguin quantitatives o categòriques.

3.7.2.1. Variables quantitatives: comparació de dues mitjanes en grups independents

Les variables quantitatives es comparen contrastant les seves mitjanes. La prova estadística que s'aplica és la T de Student que permet comparar el valor de dues mitjanes (corresponents a la mateixa variable en dos grups diferents) i estimar la diferència entre aquestes (mitjançant la mitjana de la diferència i el seu interval de confiança). Els supòsits per a poder realitzar aquesta prova són:

1. Que la distribució de la variable sigui normal o bé que la mostra sigui suficientment gran (encara que les variables originals no siguin normals, es pot realitzar aquest tipus de prova perquè la distribució de les mitjanes segueix una distribució normal quan el nombre de valors és ampli).
2. Que hi hagi igualtat entre les variàncies de la distribució de la variable en cada grup.

El primer supòsit s'acompleix amb escreix donat el nombre de persones que han contestat l'enquesta –més de 100 en totes dues poblacions-.

El segon supòsit es comprova prèviament a la realització de la T de Student mitjançant el test de Levene per la comprovació de l'homogeneïtat de les variàncies. En el cas que aquesta prova no sigui significativa, s'assumeix la homogeneïtat de variàncies i s'aplica el test T de Student clàssic que es basa en la distribució t; en el cas contrari, és a dir, que la prova sigui estadísticament significativa, no es pot aplicar el test T de Student clàssic i s'usa el test de Satterthwaite també basat en la distribució t però amb una correcció per a la no homogeneïtat de variàncies.

Amb ambdues proves el que s'obté és el següent:

- Presència o no de diferències entre els dos grups.
- Sentit de la diferència: en funció del valor que doni la mitjana de la diferència.
- Estimació de la mitjana de la diferència entre els dos grups mitjançant un interval de confiança del 95%.

3.7.2.2. Variables categòriques: comparació de proporcions

En aquest cas s'han realitzat dos tipus de proves: la comparació entre una proporció obtinguda i la real en un mateix grup, i la comparació de diverses proporcions obtingudes en grups independents.

Per la comparació entre una proporció observada i una real s'aplica un test binomial. Aquest s'utilitza per contrastar la proporció de homes/dones de les mostres comparades amb les poblacions reals de tots els residents (R3) i tutors d'aquests residents de Catalunya.

Per la comparació de dues o més proporcions obtingudes en grups independents habitualment s'aplica la prova de Chi Quadrat per a la comparació de proporcions. Amb aquesta prova es pot veure si hi ha diferències estadísticament significatives entre les proporcions en els diferents grups, però no permet veure quin o quins són els grups que provoquen aquestes diferències. Els gràfics de barres ajuden a visualitzar aquestes diferències.

La prova Chi Quadrat per a la comparació de proporcions en grups independents, s'ha utilitzat per comparar les percepcions de tutors i residents en relació als següents ítems: metodologia prioritària emprada en cada àrea competencial, formació continuada, informació dels objectius, informació del progrés i instruments emprats.

3.8. TRACTAMENT DE LES DADES OBTINGUDES ALS GRUPS FOCALS

El tipus de tractament de les dades obtingudes als grups focals està en relació amb l'objectiu de la recerca. Com en aquesta recerca, l'objectiu dels grups focals només és interpretar i aprofundir en els resultats obtinguts en el qüestionari, el procés és el següent:

En primer lloc, es transcriuen literalment les reunions enregistrades en cintes (v. annexos 29, 30 i 31). Inclouen barbarismes, males construccions gramaticals, canvis català-castellà... sense corregir, amb la intenció de poder operar sobre el material "en brut". Respectar les opcions i els termes utilitzats pels mateixos participants atorga una alta validesa subjectiva.

En segon lloc, la lectura i relectura de les transcripcions permet anar classificant les temàtiques que es van comentant a les reunions en funció del qüestionari i se'n fa una descripció resumida –grau d'acord i desacord entre els participants, explicacions a alguns resultats...- seguida de cites il·lustratives. En alguna ocasió, és possible que s'arribi a fer interpretació més enllà del purament descriptiu tenint en compte el context en el que s'ha dit (Valles, 2000), encara que el gruix d'interpretacions i inferències no es presenta en els informes de resultats sinó la valoració. Tanmateix, com que s'han organitzat dues reunions amb residents, també és necessari un treball de contrast entre tot el que s'ha dit a cadascuna d'elles.

3.9. TRACTAMENT DE LA COMBINACIÓ DE DADES QUANTITATIVES I QUALITATIVES: INFORME DE RESULTATS

En els dos informes finals –tutors i residents- i per facilitar-ne la lectura, s'integren les dades qualitatives i quantitatives més rellevants de les temàtiques que presenta el qüestionari i que posteriorment s'han abordat en els grups de discussió. Així, i seguint la mateixa estructura del qüestionari, es recullen els principals descriptors estadístics en taules i gràfics de barres o sectors²⁸ que s'acompanyen de descripcions narratives i de cites literals dels grups focals.

També es presenta un tercer informe acompanyat de gràfics que il·lustren els resultats més rellevants obtinguts amb l'estadística comparativa o inferencial. En aquest cas, no s'inclouen dades qualitatives perquè en les reunions s'han analitzat només els resultats de cadascuna de les poblacions i no el contrast entre elles.

^I ...los atributos de un paradigma no se hallan inherentemente ligados ni a los métodos cualitativos ni a los cuantitativos. Cabe asociar los dos tipos de métodos tanto con los atributos del paradigma cualitativo como con los del cuantitativo. Esto significa que, a la hora de elegir un método, carezca de importancia la posición paradigmática; ni tampoco equivale a negar que ciertos métodos se hallan por lo común unidos a paradigmas específicos. Lo principal es que los paradigmas no constituyen el determinante único de la elección de los métodos. (Cook y Reichardt, 1986, p.37)

^{II} ...contrastar los datos obtenidos por diversos métodos, de distintas fuentes y/o en diferentes momentos, con la finalidad de profundizar, depurar, confirmar y clarificar la información sobre los hechos y fenómenos que acontecen con relación al programa o situación evaluada. Es, en esencia, un diálogo permanente con los hechos. (Fernández Sierra, 1996b, p.45)

^{III} Cada método supone una línea de acción distinta hacia la realidad y, en consecuencia, revela distintos aspectos de ella, a la manera de un calidoscopio, que muestra diferentes colores y configuraciones según el ángulo en que se sostenga. De igual modo, los métodos revelarán diferentes observaciones según la manera en que el investigador los sustente, los considere y actúe. Ello no implica que la realidad comparta las cualidades cambiantes de un prisma, pero sí que constituye un objeto en movimiento que no admite una interpretación única. (Denzin, 1978 citat a Polit y Hungler, 2000, p. 251)

^{IV} El grupo focal es de utilidad cuando se pretende investigar qué piensan los participantes, pero resulta especialmente valioso para averiguar por qué piensan de la manera que lo hacen (Morgan, 1988 citat a García y Mateo, 2000, p. 183)

^V Los procedimientos estadísticos permiten al investigador reducir, resumir, organizar, evaluar, interpretar y comunicar la información numérica. (Polit y Hungler, 2000, p.421)

²⁸Per seguir una mateixa estructura que afavoreixi l'anàlisi comparativa, s'inclouen només dos gràfics per àrea competencial, un gràfic de barres que permet comparar les freqüències obtingudes en cada ítem de l'àrea en qüestió i un de sectors per la distribució de percentatges obtinguda sobre les estratègies metodològiques emprades. Si bé en alguns moments es fa referència a l'histograma o a la taula de freqüències, aquests s'han de consultar els annexos corresponents.

4. Resultats

4.1 RESULTATS RESIDENTS

A continuació es presenten els resultats obtinguts a l'enquesta dels residents, fent èmfasi en aquells aspectes més significatius o rellevants que s'han discutit i interpretat a les reunions. Per seguir un ordre, es mantindrà la mateixa estructura del qüestionari i juntament amb la descripció estadística acompanyada de taules i gràfics, s'aniran incorporant les interpretacions que s'han fet d'aquests resultats en els grups focals. Com s'han celebrat dues reunions, s'afegiran al costat del número de plana de la transcripció i entre parèntesi un u o un dos, segons les aportacions qualitatives es seleccionin de la primera (1) o la segona (2) reunió.¹

DESCRIPCIÓ DE LA POBLACIÓ. NOMBRE DE RESPOSTES

L'enquesta s'ha distribuït a la totalitat de residents de medicina de família (R3) de Catalunya (N=240) de l'any 2000, dels quals 111 han contestat (n=111).

Això suposa una taxa de resposta del 47% .

En aquest sentit, majoritàriament consideren que és un percentatge força elevat –a excepció d'un participant-, ateses les següents condicions: la gran quantitat d'informació que arriba als metges al centre de salut diàriament i el fet de tractar-se d'un qüestionari per correu amb tot el que això implica (problemes amb els circuits abans que la informació arribi al destinatari, dificultat d'implicació, esforç que suposa respondre i enviar per correu, etc.).² Algunes frases com les següents així ho demostren:

“Molt poc.” (2)(pàg.1)

“Home per ser un qüestionari per correu tens moltes respostes.” (2)(pàg.1)

¹ En principi, tots els diàlegs dels grups focals que s'inclouen en els informes de resultats de residents i tutors, són els que s'han establert entre els mateixos participants. Si la investigadora-moderadora fa alguna aportació, queda especificat amb un parèntesi.

² Aquesta valoració s'ha fet a la segona reunió, el mes de juny, quan l'índex de resposta ja és definitiu; el mes d'abril, quan es celebra la primera reunió, encara s'estan rebent qüestionaris.

“A mi no m’ha arribat, jo per exemple vaig arribar a l’ambulatori i a mi no em van dir res... fins a la segona carta llavors: *i això què és? ¿De qué va esto?* Ell no sabia res.” (2)(pàg. 2).

“Al meu ambulatori, per exemple, quan arriben unes cartes a nom dels residents, com que no tenim casella ni tenim res, vull dir, ho deixen tot a la casella del tutor. I la casella del tutor és així plena de papers amb la qual cosa la meva tutora, doncs mira, si la veu i m’ho vol donar, m’ho dona i si no, doncs... ahí se queda, no? I jo penso que és el que va passar...” (2)(pàg.3)

“Enviaves a tots o només a un per centre?, perquè per exemple, al meu CAP em va arribar a mi sola, perquè a la resta de residents no els van donar cap carta... Bé, va arribar al CAP, amb l’adreça del CAP a nom meu...elles no van rebre cap. De fet els vaig dir que si volien els hi feia fotocòpies però ho van deixar córrer.” (2)(pàg.2)

TAULA 12. PERCENTATGE DE RESPOSTA SEGONS UNITAT DOCENT (R)

UNITAT DOCENT	Total R3	Mostra R3	Taxa Resposta
Barcelona Ciutat	57	18	31,6
Costa Ponent	53	20	37,7
Centre	32	19	59,4
Tarragona	19	10	52,6
Barcelonès Nord-Maresme	16	12	75
Girona	12	3	25
Lleida	12	6	50
Tortosa	9	5	55,5
ConSORCI Sanitari Terrassa	8	2	25
Mútua de Terrassa	7	5	71,4
Fundació St. Pau i Sta. Tecla	4	3	75
Badalona Gestió Assistencial	4	4	100
Sagessa	3	2	66,67
ConSORCI Sanitari Mataró	3	0	0
Blanc		2	
TOTAL	240	111	

Una anàlisi més detallada de la taxa de resposta per Unitat Docent³ (v. taula 12) indica que llevat de Girona i Consorci Sanitari de Terrassa, la participació en les

³ Tot i que aquesta informació no es demana explícitament, el fet de disposar de dades sobre els centres hospitalaris on s’han fet les rotacions establertes en el programa i que cadascun d’ells té una Unitat Docent de referència, ha permès fer una anàlisi més acurada de la participació dels residents.

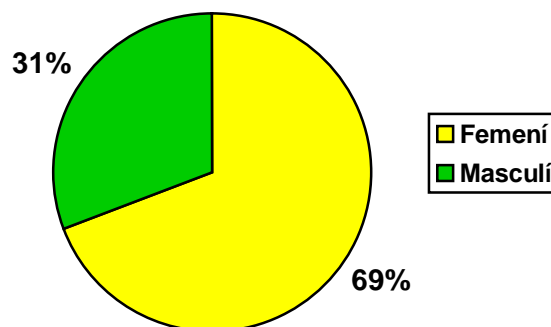
Unitats Docents mitjanes i petites ha estat superior que en les dues amb major nombre de residents. En aquestes últimes no s'arriba al 40%.

Probablement, com es pot deduir d'alguns comentaris presentats prèviament, això sigui degut a què en estructures més àmplies, el tracte amb el residents sigui menys directe i hi hagi més possibilitats que la informació, abans no arribi al destinatari, es perdi o es distorsioni.

Percentatge de respostes segons gènere.

La seva distribució és la que segueix (v. gràfic 1).

GRÀFIC 1. PERCENTATGE RESIDENTS SEGONS GÈNERE (R)



En principi, la mostra obtinguda en relació al gènere és representativa de la població de referència (34% d'homes i 66% de dones), doncs al comparar la proporció esperada amb l'obtinguda mitjançant el test binomial s'observa que no hi ha diferències estadísticament significatives entre la població i la mostra ($p=0,327$).

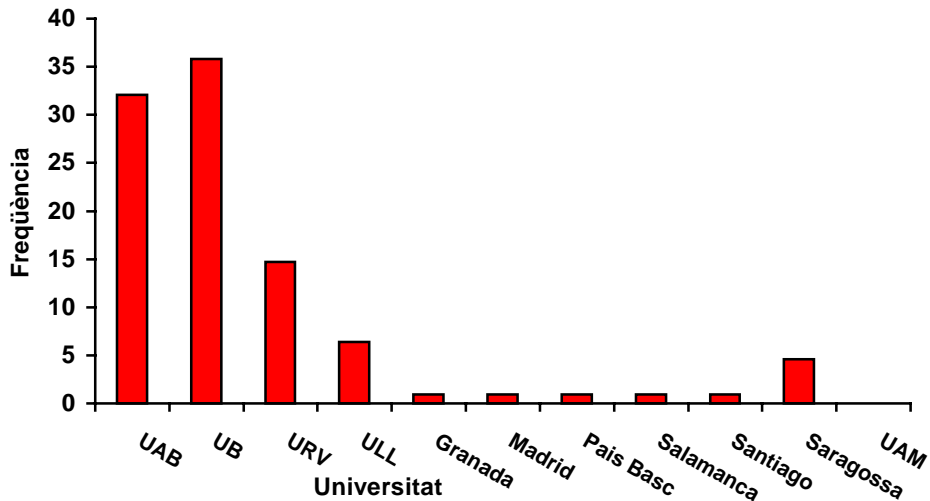
Universitat on han cursat el pregrau

En el diagrama de barres que segueix (v. gràfic 2) es mostra la relació de les universitats de provinença dels residents. En aquesta queda palesa que la majoria d'informants han cursat el pregrau en universitats catalanes (89%) i prioritàriament a la província de Barcelona (UB i UAB); només 12 persones (11%) provenen d'altres universitats de l'Estat Espanyol i principalment de Saragossa.

Aquestes dades no han provocat comentaris en cap de les reunions.

La seva distribució és la que segueix:

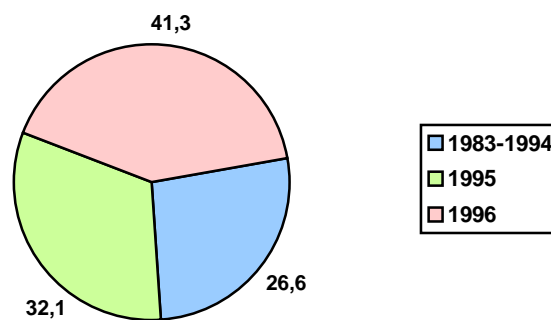
GRÀFIC 2. FREQ. UNIVERSITAT DE PROCEDÈNCIA (R)



Any de finalització de la llicenciatura

Tal com mostra el gràfic de sectors corresponent a aquestes dades (v. gràfic 3), la majoria dels residents (41,3%) s'han llicenciat el 1996 el que significa que han accedit a la residència en la convocatòria immediata a la seva llicenciatura; gairebé una tercera part són de la promoció del 95 i en el 26,6% dels casos han transcorregut més de dos anys entre el pregrau i l'accés a la residència o postgrau.

GRÀFIC 3: PERCENTATGE ANY FINALITZACIÓ LLICENCIATURA (R)



Segons els residents, aquests resultats tenen molta relació amb el fet que l'any 95 s'aprovi la convocatòria específica per accedir a places de formació en l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària, amb possibilitant d'aquesta manera l'accés a aquesta especialitat a persones que no havien pogut assolir aquest objectiu prèviament. A més, també creuen que pot haver influït la qüestió de la mili que molta gent es deixa per després de la llicenciatura. Algunes expressions com les següents així ho demostren:

- Sí, jo per exemple sóc del 95, i em vaig incorporar un any després, per qüestió de la mili, i després perquè l'any 95 va ser el primer any que va haver-hi el MIR apart, de medicina de família i que era molt més fàcil aconseguir una plaça d'aquesta manera. És a dir, que molta gent que es va presentar al MIR general a altres convocatòries, i que volia fer medicina de família i que no ho va aconseguir, a partir del 95, hi havien més places de medicina familiar.
- I era més fàcil accedir. (1) (pàg. 4).

“El del 95 és el que li costa més, perquè ha d'anar a l'examen general del MIR, els post 95 teníem la possibilitat d'anar a l'examen apart i era més fàcil accedir, i els dubtosos que el primer any no van agafar-ho doncs al tenir menys possibilitats d'anar on volien anar ho agafen el segon any...” (2) (pàg. 4)

Medicina de família com a primera opció

Tal com s'observa en el següent gràfic destaquen el 62,7% dels residents que expressen haver triat Medicina de Família com a primera opció.

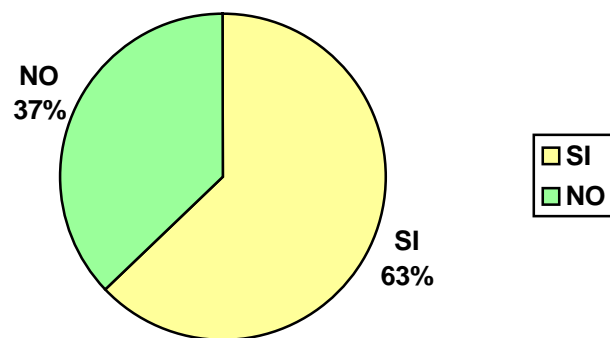
Alguns dels participants a la segona reunió es qüestionen aquesta dada perquè interpreten que en molts casos, l'opció de família respon més a qüestions pràctiques (més possibilitats d'accedir a una plaça i de trobar feina) que de caràcter vocacional.

Expressions com les següents estarien en aquesta línia:

- ...penso que medicina de família, poder el tant per cent de si medicina de família com a primera opció hauria de ser més petit, no? Perquè tu fas l'examen de família perquè realment ho vols com a primera opció, però després (...), si t'ha anat molt bé optes a fer el d'especialitats, amb la qual cosa, és realment la teva primera opció medicina de família o no?...
- (...)

- Això perquè és? perquè tens més sortida, perquè l'examen és més fàcil o perquè realment t'agrada?
- (...)
- Clar, a la gent li agrada dir a dir que és lo primer, però jo crec que molts van dir: bé...
- (...)
- I està bé...però no en si la primera opció, si realment t'ho plantejessis...(2)(pàg.4-5)

GRÀFIC 4. PERCENTATGE MEDICINA FAMÍLIA
1ª OPCió (R)



Hospital on s'han fet les rotacions

A continuació es presenta una taula de freqüències amb la relació de centres on els residents que han respost han fet les rotacions hospitalàries (v. taula 13).

TAULA 13. FREQUÈNCIES HOSPITAL ROTACIONS (R)

CENTRE HOSPITALARI	FREQ.
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès	3
Hospital Universitari Arnau de Vilanova	6
Ciutat Sanitària i Universitària Bellvitge	9
Hospital Sant Jaume de Calella	3
Hospital Clínic de Barcelona	3
Hospital de Terrassa	2
Hospital de la Creu Roja (L'Hospitalet de Ll.)	3
Hospital de Figueres	1
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol	9
Hospital General de Granollers	1
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta	5
Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII	3
Hospital de Girona Josep Trueta	2
Hospital General de Manresa	4
Hospital del Mar	5
Hospital Municipal de Badalona	4
Mútua Terrassa	5
Consorci Hospitalari Parc Taulí	7
PIUS de Valls	5
Hospital del Sagrat Cor	3
Hospital Residència Sant Camil	1
Hospital Universitari Sant Joan de Reus	4
Hospital Sant Pau i Santa. Tecla	3
Hospital de la Vall d'Hebrón	7
Hospital General de Vic	7
Hospital de Viladecans	4
Blanc	2
TOTAL	111

Tenint en compte la informació presentada en el marc teòric sobre les Unitats Docents de Catalunya, pràcticament es pot dir que en la mostra obtinguda hi ha representació de la majoria dels centres hospitalaris docents que acullen a residents de l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària de tot Catalunya per

fer les rotacions establertes en el programa, des de comarcals fins als grans hospitals catalans com Bellvitge o la Vall d'Hebrón.

Sobre la taula presentada, només una resident ha fet un comentari en la primera reunió, en el sentit de les diferències que pot haver-hi en la formació de residents entre un tipus d'hospital i un altre. Segons aquesta participant:

“Siempre tienes que considerar, la diferencia entre un gran hospital y un pequeño hospital, con sus cosas buenas y sus cosas malas. Un gran hospital es menos considerado pero tienes más posibilidades de ver cosas.” (1) (pàg.23)

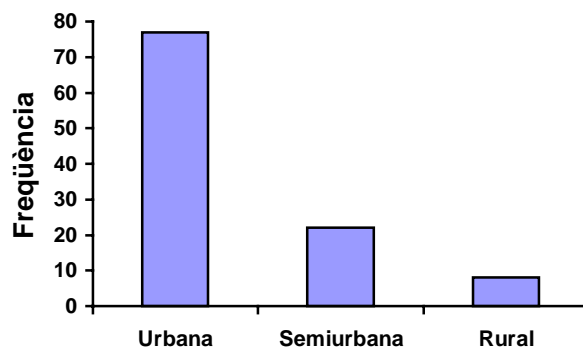
Zona del CAP

Tal com s'observa en el gràfic de barres (v. gràfic 5), els metges residents que han respost el qüestionari han estat treballant, durant el 3er any, majoritàriament, en zona urbana (72%) o semiurbana (20,6%), és a dir, en poblacions amb més de 5.000 habitants, sent només una minoria (7,5%) els que s'han format en un centre ubicat en una zona rural.

A la segona reunió on hi ha alguna participant que forma part d'aquesta minoria, s'ha manifestat tant la manca de formació en medicina rural com el desig de treballar-hi, tal com es pot veure en el següent diàleg:

- Amb més temps es podria fer rural, a mi m'encantaria.
- És molt maco, eh?
- Sí.
- Seria superchulo i no l'hem olorat nosaltres. (2) (pàg. 37)

GRÀFIC 5. FREQ. ZONA ON S'UBICA EL CAP(R)



AUTOPERCEPCIÓ DE LA CAPACITACIÓ:

A continuació es presenta una avaluació de l'autopercepció de la capacitat. Per això, s'ha creat una nova variable per cada àrea competencial (que engloba diverses competències) en base a fer la mitjana de cada individu en totes les puntuacions obtingudes en els ítems que les integren.

Per veure si aquestes noves variables segueixen una distribució normal s'ha utilitzat el test Kolmogorov-Smirnov amb la correcció de Lilliefors i veient que en tots els casos el resultat d'aquest test dona un valor de $P < 0,001$ es confirma que en cap cas segueixen una normalitat; per tant, s'hauran de descriure aquestes noves variables amb els paràmetres estadístics bàsics (mediana, percentil 25, percentil 75, rang interquartil, màxim i mínim).

1. Habilitats clíniques bàsiques

Les dades que descriuen la variable són les següents:

TAULA 14. ESTADÍSTICS BÀSICS HAB. CLÍNQUES (R)

Mediana	3,80
Perc. 25	3,40
Perc. 75	4,00
Rang interquartil	0,60
Mínim	2,60
Màxim	5,00

En aquestes dades es veu que la mediana és el 3,8 que correspon a una autopercepció de gairebé força capacitat dels residents, el valor mínim de 2,6 i el màxim de 5 ens mostren que si bé la majoria es consideren capacitats per a la realització del conjunt d'aquestes habilitats n'hi ha com a mínim una persona que no es veu prou preparada.

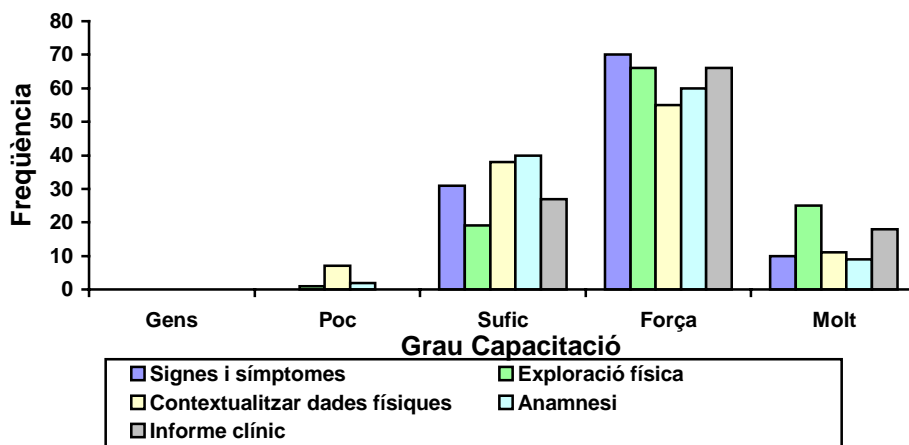
El fet de ser una de les àrees competencials amb millors resultats -pràcticament tothom s'aprova- i de forma força homogènia, com es veu en el gràfic de barres, no sorprèn els residents ans al contrari, consideren que és un aspecte clau per a la competència professional del metge i que es van adquirint de forma gradual. Ho expressen amb frases com:

“A veure habilitats clíniques s'entén, et passes dos anys a l'hospital, per tant és fàcil que les adquireixis...” (1) (pàg. 5)

“No, sembla normal, el que ha de ser. Jo penso que habilitats clíniques bàsiques correcte, vull dir, que ja és una cosa que durant la carrera ja vas una mica desenvolupant, no? I durant la residència les vas millorant. Jo penso que és bàsic com a metge.” (2) (pàg. 9)

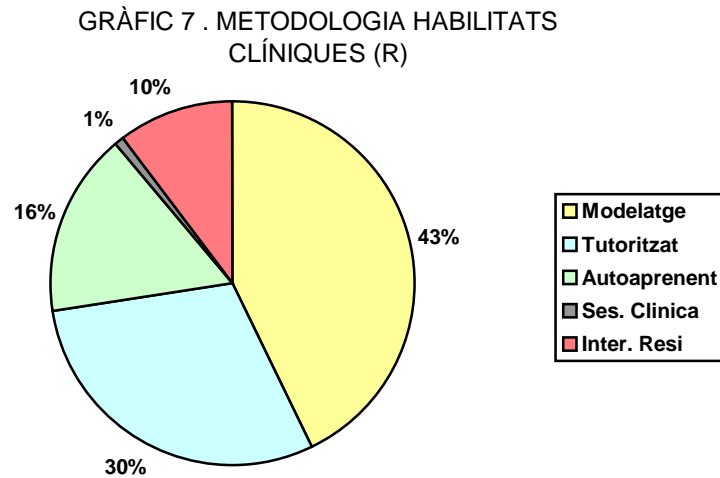
En l'anàlisi per competències (v. gràfic 6) es veu que les puntuacions obtingudes en cada ítem són molt similars. Un gran volum es puntuen amb l'opció 4 “força capacitats” i només en els ítems *Realitzar una exploració física adequada*, *Contextualitzar les dades físiques amb d'ordre psicològic i social* i *Fer una anamnesi centrada en les necessitats i expectatives del pacient* hi ha 1, 7 i 2 persones respectivament que es consideren “poc capacitades”.

GRÀFIC 6. FREQ. ÍTEMS HABILITATS CLINQUES (R)



Respecte a la manera d'adquirir aquestes competències, s'observa que només 98 informants (88,3% del total) han respost a aquesta pregunta, dels quals 42 persones (37,8%) consideren que han après fonamentalment per modelatge, seguit de 29 persones (26,1%) que ho haurien fet amb tutorització. Resulta curiós que 26 (26,5%) destaquin l'autoaprenentatge i l'intercanvi entre residents com estratègies prioritàries per l'adquisició d'aquestes habilitats clíniques bàsiques, i una persona que posi l'èmfasi en les sessions clíniques.

A continuació es presenta un gràfic de sectors (v. gràfic 7) que il·lustra aquestes dades.



2. Habilitats tècniques instrumentals

Com es pot observar en la taula de descriptors de la nova variable, en habilitats tècniques instrumentals les respostes no són tan homogènies com en l'anterior, aquí hi ha molta més variabilitat entre els residents, tal com es pot veure en el gràfic de barres. Només observant la puntuació màxima i mínima es troba des del resident que globalment es puntua com a gens capacitats (1,25) fins aquell que es puntua com a molt capacitats (5) en les quatre habilitats instrumentals seleccionades pel qüestionari.

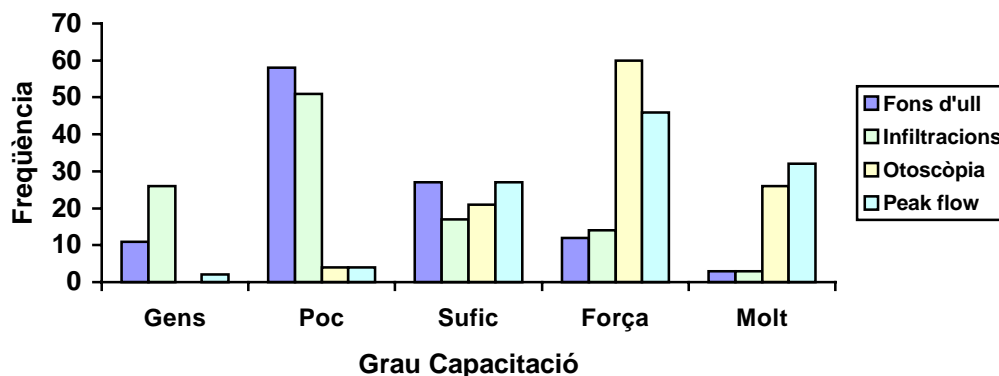
TAULA 15. ESTADÍSTICS BÀSICS HAB. INSTRUMENTALS (R)

Mediana	3,00
Perc. 25	2,75
Perc. 75	3,50
Rang interquartil	0,75
Mínim	1,25
Màxim	5,00

En conjunt, els residents s'han qualificat pitjor que en l'àrea competencial anterior. Destaca que el percentil 75 estigui a 3,5 el que mostra que en conjunt no passen de suficientment capacitats (el 75% de les persones es qualifiquen per sota de 3,5).

Les dades obtingudes per competències (v. gràfic 8) apunten que els enquestats es senten globalment preparats per practicar les tècniques de l'Otoscòpia i del Peak flow (només 3,6% i 5,4% de taxa de "suspesos") a diferència de la pràctica del Fons d'ull i d'Infiltracions articulars on el nombre de persones que es consideren gens o poc capacitades augmenta fins a un 62,2% i 69,4% respectivament.

GRÀFIC 8. FREQ. ÍTEMS HABILITATS INSTRUMENTALS (R)



Aquesta ha estat una àrea competencial que ha generat força comentaris a totes dues reunions, a l'hora d'analitzar-ne els resultats; s'han plantejat diverses interpretacions.

Segons els residents aquestes dades s'expliquen perquè fons d'ull i infiltracions articulars són tècniques molt menys practicades i amb un grau de dificultat superior a les tècniques del peak flow i l'otoscòpia. Així mateix, qüestionen la competència dels mateixos tutors de primària en les dues primeres. Algunes frases que resulten il·lustratives en aquest sentit són:

“Es que és molt més fàcil.” (1) (pàg.12)(referent a l'otoscòpia i el peak-flow)

“I en fas molts més.” (1).(pàg.12)(referent a l'otoscòpia i el peak-flow)

“Yo por ejemplo, vi muchos fondos de ojo, pero si luengo no practicas, da lo mismo, porque se te olvida. Tú sabes mirar un oído porque lo vas haciendo cada día, pero si en dos años no lo miras, se te olvidará.” (1) (pàg. 14)

- Has preguntat si els tutors ho saben fer?
- La majoria no, em sembla.
- Clar, és que les habilitats pràctiques nosaltres les aprenem dels tutors, almenys al centre de salut bàsicament, si els tutors no les fan o no les practiquen tu no ho pots aprendre.(2) (pàg. 9)

Igualment, en totes dues reunions els residents fan al·lusió a les mancances i conflictes que han viscut a les rotacions hospitalàries d'oftalmologia i reumatologia, que són fonamentals per l'aprenentatge d'aquestes dues competències, tal com es reflecteix en els textos següents:

“No, però això es en la rotació d'oftalmologia, jo no se la vostra com serà, però la nostra es penosa, en el mateix mes passem per oftalmo, i otorrino (...), combinat amb les guàrdies, es a dir que no aprens res...” (1) (Pàg.13)

- A veure totes aquestes coses les podríem aprendre perfectament a les rotacions hospitalàries.
- És que no et deixaven. Es que no te dejaba el especialista, no te dejaba.
- (...)
- A mi, el reumatòleg em va dir: *Oye, no te dejamos hacer infiltración...* (2) (pàg.9)

Per últim, tot i que de forma unànime els residents consideren que aquestes habilitats formen part del seu perfil competencial, es discuteixen sobre el grau de competència que ha de tenir el metge de família en aquestes tècniques i com això pot haver afectat l'autoavaluació. Algunes frases il·lustratives són:

“Es que el fondo de ojo, interesante para nosotros, lo único es lo del edema de papila, porque lo de retinopatía hipertensiva y diabética, es que no, tú no vas a juzgar el grado.” (1) (pàg.13)

“Respecte al fons d'ull que deies, jo penso que aquí, jo també em vaig avaluar molt malament però després pensant crec que no és que no estiguem capacitats per fer fons d'ull, el que passa és el que deia la Sandra, que ens exigim molt, i per a nosaltres el fons d'ull es saber que evolución, la papila... saps? (...) Jo penso que un metge d'atenció primària ha de saber veure una mica el més important, perquè evidentment no és un oftalmòleg. Així m'ho va comentar la tutora, no?...” (2) (pàg.11)

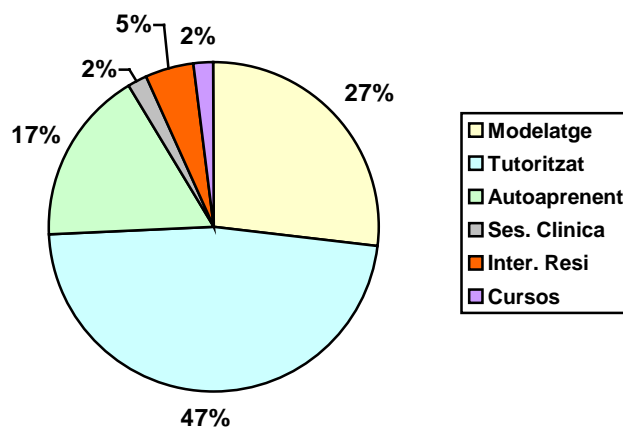
Quant al com han après a practicar aquestes tècniques, un nombre considerable (74%) refereixen haver-ho fet de manera tutoritzada o per modelatge tal com es mostra en el gràfic de sectors (v. gràfic 9). Resulta curiós que a totes dues reunions els residents posin èmfasi en la qüestió metodològica, fent palesa la importància del modelatge, la tutorització i la pràctica per l'adquisició d'aquestes competències, de manera espontània, molt abans que es presentin aquestes dades. Sobre aquest tema s'han establert diàlegs com els que es presenten a continuació.

- Pero yo creo que es una cosa que se aprende haciendo.
- No, pero tienes que tener a alguien que te ayude.

- Sí, pero si tú lo miras y nadie te corrige y dices: *Yo veo esto.*
- (...)
- Pero, por ejemplo las infiltraciones, no se te ocurriría coger un libro y después hacerlo. Se entiende que las cosas te las tienen que enseñar, o sea, está bien que te lo enseñen tres veces, y que tu lo hagas trescientas después, pero que te lo enseñe alguien tres veces.
- Eso está seguro, que si no miras no aprendes...(1) (pàg. 13)

- Jo crec que buscar una aguja y meter y tal, si no tens algú al costat i no ho has fet varies vegades jo crec que no...
- (...)
- Jo penso que n'has d'aprendre, que n'has de fer alguna perquè es veritat que la pràctica l'has de fer, si no la fas...(2)(pàg.10)

GRÀFIC 9 . METODOLOGIA HABILITATS
INSTRUMENTALS (R)



3. *Habilitats de maneig*

L'àrea competencial d'habilitats pel maneig de malalts és una altra en la que globalment els residents es senten força preparats i de forma homogènia ja que, així com s'observa en els descriptors presentats a la taula, la mediana és de 3,5 i com a mínim el 50% de la població es mou entre el 3,2 i el 3,87.

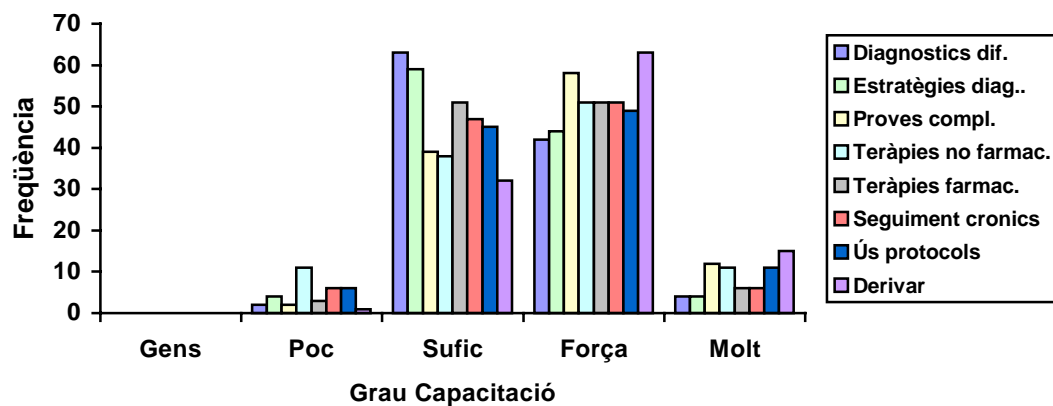
TAULA 16. ESTADÍSTICS BÀSICS HAB. DE MANEIG (R)

Mediana	3,50
Perc. 25	3,22
Perc. 75	3,87
Rang interquartil	0,65
Mínim	2,50
Màxim	5,00

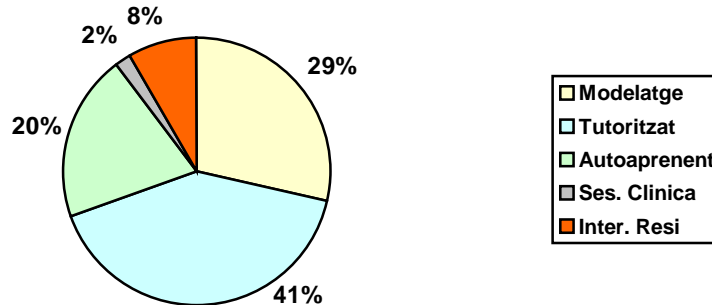
L'absència de comentaris en totes dues reunions podria ser indicador de la poca sorpresa que aquests resultats han generat.

De totes les competències que integren aquesta àrea, recollides en el gràfic 10, només cal esmentar que les diferències entre elles són mínimes i que potser la pitjor qualificada ha estat *Indicar teràpies no farmacològiques* amb un 10% que es perceben com a poc capacitats.

GRÀFIC 10. FREQ. ÍTEMS HABILITATS DE MANEIG (R)



Respecte a com s'han adquirit aquestes competències, del 88,3% dels enquestats que han respost, la majoria senyalen la tutoria com a estratègia prioritària (40 persones, 40,8%), seguit de 28 persones (28,6%) que han pres l'opció del modelatge i 20 (20,4%) de l'autoaprenentatge. El gràfic per sectors ho il·lustra.

GRÀFIC 11. METODOLOGIA HABILITATS DE
MANEIG (R)

4. Comunicació

Seguint la mateixa tònica que en habilitats clíniques bàsiques i de maneig, en l'àrea competencial de comunicació que integra tant habilitats com actituds comunicatives, els resultats han estat també força positius i homogenis, amb una mediana de 3,85 (gairebé de força capacitat) i un rang interquartil de 0,57 el que indica que el 50% dels residents s'autoavaluen en aquest conjunt d'ítems com a suficientment capacitats.

Els paràmetres estadístics bàsics són els següents: (v. taula 17)

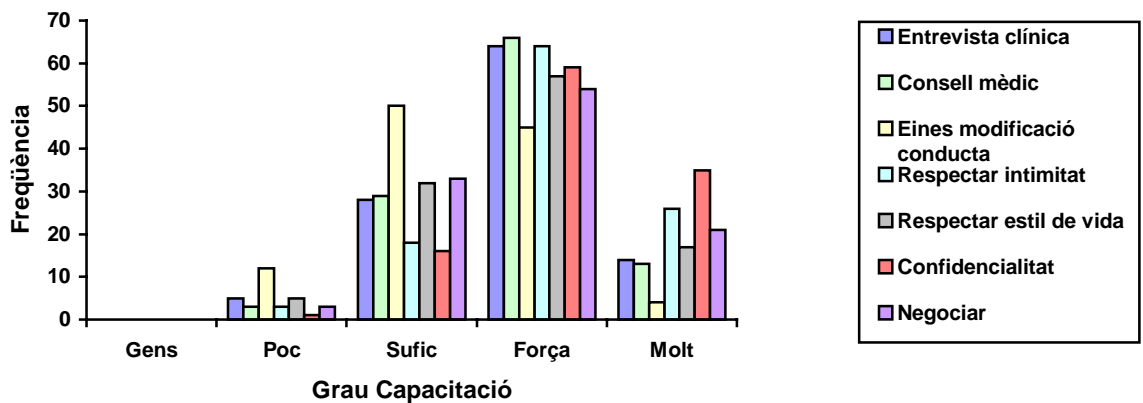
En relació a les puntuacions màxima i mínima, en l'histograma (consultar l'annex 20), queda reflectit que hi ha tres persones que es qualifiquen amb una puntuació de 5 i nou persones (7,2%) que no es donen un aprovat global en aquest tipus d'habilitats.

TAULA 17. ESTADÍSTICS BÀSICS HABILITATS DE COMUNICACIÓ (R)

Mediana	3,85
Perc. 25	3,57
Perc. 75	4,14
Rang interquartil	0,57
Mínim	2,29
Màxim	5,00

Fent una anàlisi de cada ítem individualment (v. gràfic 12), es segueix observant que majoritàriament els residents es situen en el força capacitats i és únicament en la competència *Facilitar al pacient eines per a la modificació de conducta* que varia una mica aquesta tendència ja que els suficientment capacitats (45%), i el nombre de residents que es considera poc capacitat arriba a un 10,8%.

GRÀFIC 12. FREQ. ÍTEMS HABILITATS COMUNICACIÓ (R)



Contràriament però a àrees competencials anteriors també ben valorades, el tema de comunicació ha generat nombrosos comentaris tant genèrics com referents a competències específiques que seguidament s'aniran comentant i il·lustrant amb “episodis” dels grups de discussió.

A primera vista, els residents atribueixen principalment aquests bons resultats a la formació rebuda a través de cursos i seminaris sobre habilitats d'entrevista clínica, etc. durant el període de residència i a la importància que se li dóna a la comunicació en la pràctica professional, tal com es pot observar en algunes expressions com:

“Jo he fet tres cursos, d'entrevista clínica I i II i motivació pel canvi. Són de 20 hores cada un.” (1) (pàg.6)

“...Comunicació...jo crec...s'entén, perquè si vols ser metge de família t'ha d'agradar la comunicació amb lo qual ja ...”(1) (pàg.5)

“Tot ve sempre limitat pel temps, perquè comunicació tu pots tenir molta habilitat però tens 5 minuts... i està tot limitat pel temps, però sí que se li dóna importància, i amb el temps, si a la primària es passa a 10 minuts per visita i es treballa millor se li donarà encara molta més.” (2) (pàg.15)

Posteriorment, quan es planteja el que pensen sobre la competència específica pitjor avaluada *Facilitar eines per a la modificació de conducta*, manifesten que clarament és el més difícil. Els motius d'aquesta dificultat apareixen en diversos moments de les reunions, hi són els següents:

En primer lloc, consideren que els canvis en la modificació de conducta, i més si afecten a l'estil de vida no són fàcils ni es produeixen automàticament només perquè el metge demani informació i simplement aconselli un canvi.

- És que és lo més difícil, no? de fer. No és fàcil.
- És més fàcil preguntar si fuma o...
- Yo es que no opino así, porque creo que si lo preguntas si te molestas en preguntarlo siempre intentas dar un consejo. Intentas facilitar ¿no?
- Si pero que el consejo sirva de algo, es lo que es difícil.
- (...)
- Modificar hábitos es muy difícil.” (1) (pàg.9)

En segon lloc, creuen que el poc temps de consulta també fa difícil que es puguin incloure aquest tipus d'activitats en la mateixa i per tant, adquirir-ne la competència.

“Perquè com que no hi ha temps a la consulta per aplicar-ho, tu no veus que es realitzin aquestes activitats, llavors tampoc no les pots aprendre.” (2) (pàg.14)

Per últim, apunten la poca importància que se li dona a les qüestions de prevenció en la formació de pregrau -vinculades a aquesta competència comunicativa- i fins i tot, com assenyala algú, en la residència.

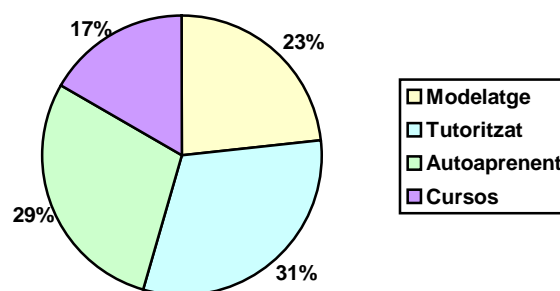
- I la formació que hem tingut a la carrera no ens han format a canviar una conducta, sinó el que et formen és més a diagnosticar i a donar un tractament farmacològic, però ningú, és ara quan es parla de preventiva, de conductes a modificar, és ara. Durant la carrera no et parlen de preventiva.
- (...)
- Es tracta que et formin durant la residència.
- Sí, però vull dir que potser una cosa que a nosaltres... també et suspens. És perquè no tens formació i una cosa que saps que està a la teva especialitat que no es té en compte.” (2) (pàg.14-15)

D'entre les altres competències, en general força homogènies, s'ha parlat en el primer grup de discussió, de l'ítem *Estar disposat a negociar amb el pacient*, que s'incorpora amb el nou model sanitari. Segons els residents, la negociació és una competència que es practica contínuament per no "perdre" al pacient, és a dir, per “fidelitzar” al pacient i poder treballar amb ell des d'una perspectiva preventiva. Exactament, en parlen en els següents termes:

- Esto de negociar yo creo que lo hacemos cada día, por eso...o negocias o no te mueves.
- Muchísimas veces.
- Tienes que hacer como un pacto, no te puedes poner "desto"⁴, porque entonces lo pierdes. Tienes que hacer como que sí que lo entiendes, pero que te entienda él a ti, que es malo para su salud, y mirar a ver (...) Esto de las actividades preventivas, por ejemplo, decir dejar de fumar así por las buenas ¿no? Pues no deja de fumar casi nadie. Tienes que aprovechar que tenga una bronquitis o que tenga alguna cosa (...) y entonces sí que incides más y aumenta más el éxito del consejo, yo creo que siempre son pactos...
- (...)
- El primer objectiu es que torni.
- Claro es no perderlo.
- Clar i si el primer dia que ve ja et discuteixes amb ell, no tornarà, ja l'has perdut." (1) (pàg. 10-11)

Pel que fa a com s'han adquirit aquestes competències, els resultats estadístics fan pensar que són molts els elements que intervenen en l'adquisició d'habilitats comunicatives doncs, a excepció de l'intercanvi entre residents que no apareix, està força repartit entre l'aprenentatge tutoritzat (31,1%), modelatge (23,3%), autoaprenentatge (28,9%) i la ja comentada formació per cursos, seminaris.. (16,7%), tal com s'observa en el gràfic per sectors.

GRÀFIC 13 . METODOLOGIA HABILITATS DE COMUNICACIÓ(R)



Els comentaris realitzats a les reunions reafirmen aquesta variabilitat en l'adquisició de competències comunicatives doncs hi ha opinions diverses sobre el que ha estat important per cadascú. Hi ha qui emfatitza els cursos, qui dóna més

importància a la pràctica, qui considera que observar les habilitats del tutor ha estat fonamental i fins i tot, aquell que ha practicat la tècnica del role-playing amb el tutor. Alguns d'il·lustratius es presenten tot seguit.

- Perquè en l'habilitat jo crec que es va adquirint a mida que es té experiència. És una de les coses que no és com la clínica, la clínica també l'aprens però has d'estudiar; la comunicació vas veient el que et funciona més i el que no.
- És molt autoaprenentatge.
- Però és que aquest consell cola i la gent quan li dius això reacciona... en canvi, lo altre no i això ho aprens... i els dos cursos van estar molt bé. (2) (pàg.15)

"Yo los que he hecho son muy buenos, lo que pasa es que claro, de un curso, luego el aplicarlo es otra cosa, y al aplicarlo yo creo que aprendes. A ver los cursos pueden ayudar, pero sobretodo la práctica(...) A mí, me ha enseñado más la práctica que los cursos, como complemento está bien ¿no? pero... también el tutor, que te ayuda mucho a saber como enfrentarte a los pacientes..." (1) (pàg. 6)

"A part dels cursos, jo estàvem en la mateixa consulta i el que fèiem era anar canviant el lloc, és a dir, ella feia de metge i jo feia de resident. I al contrari. Llavors, al acabar amb el pacient fèiem una discussió: *te n'has adonat que has dit això? o te n'has adonat que has fet això?...*" (2) (pàg.15)

5. Atenció a la família

En aquesta àrea competencial, els resultats no són tan positius com en les anteriors; a l'analitzar els paràmetres estadístics que descriuen la variable (v. taula 18) s'observa que en aquest grup de competències si bé la majoria es donen un aprovat -la mediana s'ajusta al 3- fins a un 25% (percentil 25) es qualifiquen per sota de 2,5 o el que és el mateix, no és donen globalment un aprovat i al mateix temps cinc persones és donen la puntuació màxima (consultar l'histograma de freqüències presentat a l'annex 20).

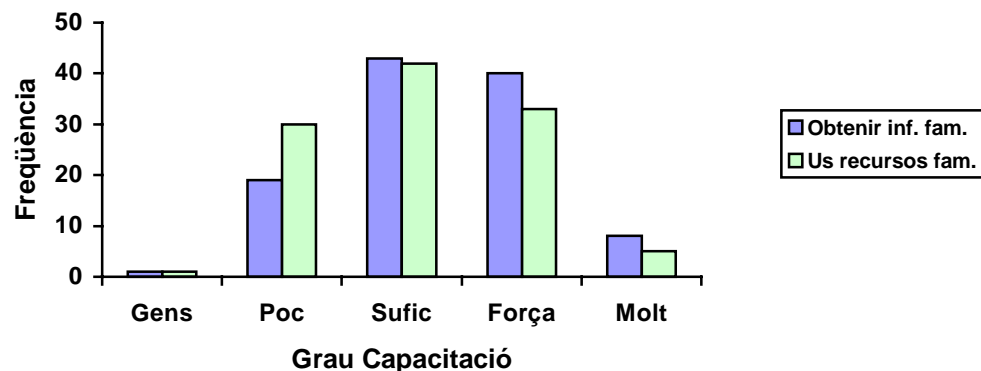
⁴ En el context en què es manifesta l'expressió "desto", s'està referint a una actitud autoritària i prepotent per part del metge.

TAULA 18. ESTADÍSTICS BÀSICS ATENCIÓ A LA FAMÍLIA (R)

Mediana	3,00
Perc. 25	2,50
Perc. 75	4,00
Rang interquartil	1,50
Mínim	1,00
Màxim	5,00

En la presentació dels resultats per ítems (v. gràfic 14) veiem que hi ha una gran diferència de percepció de capacitació entre les dues competències específiques d'aquesta àrea, doncs si bé en *Obtenir informació de l'entorn familiar del malalt* el nombre de persones que s'autoqualifiquen de poc o gens capacitades són 20, en *Utilitzar els recursos familiar de suport al malalt*, aquest nombre s'incrementa fins a 31.

GRÀFIC 14. FREQ. ÍTEMS ATENCIÓ A LA FAMÍLIA (R)



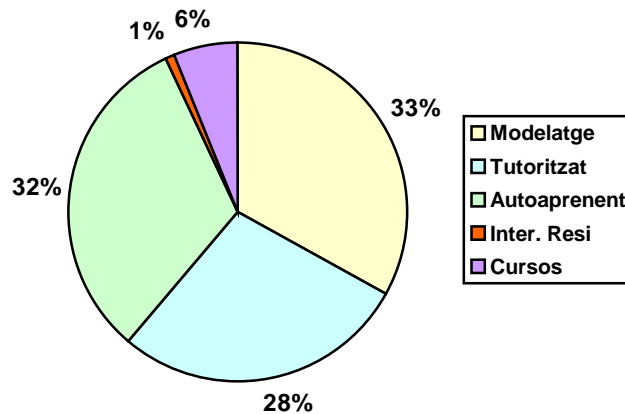
Segons les participants a la segona reunió –l'única on s'han fet esmenes a aquesta àrea competencial-, això s'explica perquè resulta molt més fàcil obtenir informació, que inclús es dóna sense que es demani, que fer ús de recursos familiars que implica molta més feina i exigeix un treball d'equip. Els comentaris, en concret, són els següents:

- Home, la primera part obtenir informació és fàcil i a més, la gent sense que tu la demanis, moltes vegades te l'aboca. En canvi, utilitzar recursos podríem dir que tu et moguis, busquis, demanis fer entrevista amb algú altre, és més feina per a tu.

- Jo crec que aquest tema s'ha de portar compartit sempre amb l'assistent social, l'infermera, amb l'equip d'atenció primària, amb la qual cosa assumir tu... (2) (pàg.16).

Sobre la manera d'adquirir les competències relacionades amb la família, que han respost el 90,1% dels informants, destaca que la majoria es decantin pels tres punts claus en el continu de la formació-acció i que són modelatge (33%), aprenentatge tutoritzat (28%) i autoaprenentatge (32%); els enquestats que han seleccionat els cursos i l'intercanvi entre residents com a estratègia d'aprenentatge bàsica són una minoria.

GRÀFIC 15 . METODOLOGIA ATENCIÓ
A LA FAMÍLIA(R)



6. Activitat preventiva

L'activitat preventiva és una altra de les dimensions en la que els residents es senten força capacitats encara que menys homogènia que les anteriors -clíniques bàsiques, maneig i comunicació-. Observant els descriptius habituals d'aquest tipus de distribucions (properes a una distribució normal en aquest cas en concret) es pot veure com la mediana és de 3,67 amb una àmplia variabilitat que va des d'un valor mínim de 1,67 a un màxim de 5.

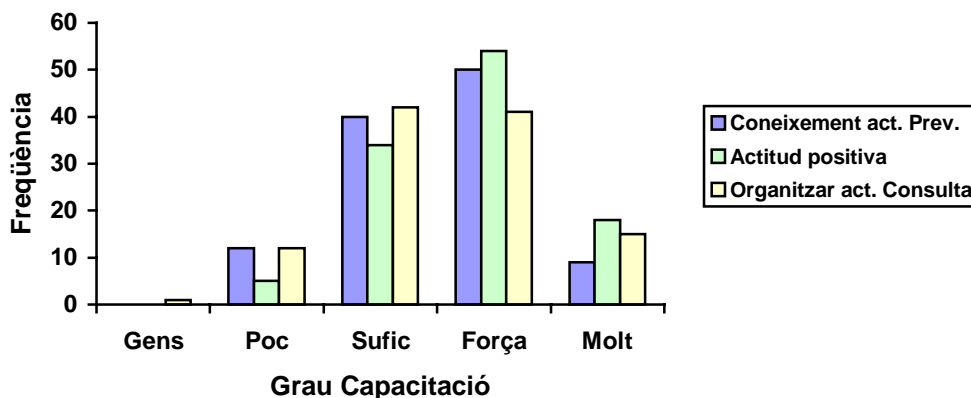
TAULA 19. ESTADÍSTICS BÀSICS ACTIVITAT PREVENTIVA (R)

Mediana	3,67
Perc. 25	3,00
Perc. 75	4,00
Rang interquartil	1,00
Mínim	1,67
Màxim	5,00

En la taula de freqüències (consultar annex 20) queda reflectit que la majoria de les persones es qualifiquen globalment entre 3 i 4 (56 persones, 50,4%), però que n'hi ha 13 (11,7%) que no es consideren globalment qualificades per a realitzar aquestes tasques (que són bàsiques per un metge de família) mentre que 8 persones (7,2%) es qualifiquen globalment amb 5.

Fent una valoració de les tres competències que integren aquesta àrea de forma individual, es pot observar que les distribucions són molt semblants amb un clar predomini de les puntuacions 3 i especialment 4 (v. gràfic 16).

GRÀFIC 16. FREQ. ÍTEMS ACTIVITAT PREVENTIVA (R)



Connectant amb l'anàlisi fet sobre habilitats comunicatives i en particular sobre modificació de conducta és evident que l'activitat preventiva s'ha entès més com aquella que es fa dia a dia a la consulta, aprofitant situacions agudes, que des d'una perspectiva comunitària. Segons els participants a la segona reunió, les activitats preventives des d'un enfocament comunitari només es fan en centres

vinculats al PAPPS.⁵ En aquest sentit, hi ha cert acord entre tots els participants a les reunions. Concretament expliciten:

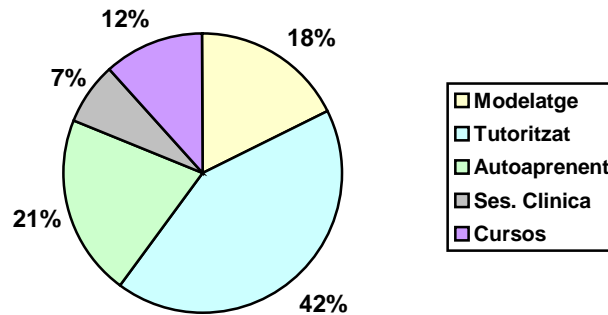
- No... preventiva es fa bastant...
- A nivell de la consulta.
- Si estàs inscrit al PAPPS fas molta preventiva...
- Però suposo que aquí vol dir això, no? A nivell de consulta, no a nivell de la comunitat. Clar, a la consulta preguntes si fumes si això, no? És relativament fàcil. (2) (pàg.8)

- És una gran part de la nostra activitat.
- O sea, a ti el paciente cuando te llega, te llega por un problema agudo (...), entonces tú lo que tienes que aprovechar es para hacer toda la actividad preventiva, lo de... *¿fumas?*, le tomas la tensión, *vamos a aprovechar para hacer un análisis para mirar el colesterol...* Yo creo que estamos muy dedicados a esto... (1) (pàg.8).

Sobre els recursos dels quals es disposa per dur a terme aquesta activitat preventiva, els participants a la primera reunió són crítics amb l'eficàcia dels serveis externs, quan n'hi ha, per poder derivar casos en què aquests puguin ser necessaris. Així ho expressen:

- O sea nosotros en el centro de salud mental que tenemos en el mismo ambulatorio, hacen técnicas de desintoxicación, entonces los puedes enviar, pero yo no sé, la lista de espera que tienen, igual es un mes o dos meses, eso es otra cosa.
- (...)
- Si tu aprovechas lo de la bronquitis que es cuando te dejan de fumar pues no les puedes dar la ayuda en ese momento.
- Yo creo que recursos hay muy pocos.
- No hay nada. Es que yo no me siento que tenga recursos externos que nos ayuden.
- Para el alcohol quizás algo más ¿no?
- Sí, para el alcohol quizás si un poquito más, pero en lo demás... (1) (pàg.11)

⁵ Les connexions entre diverses àrees competencials com per exemple família, comunitària i preventiva obliga a fer en alguns moments una anàlisi més globalitzadora.

GRÀFIC 17. METODOLOGIA
ACTIVITATS PREVENTIVES

Respecte a la metodologia només han respost 95 persones (85,6% del total), destacant l'aprenentatge tutoritzat, seguit de l'autoaprenentatge i el modelatge.

7. Atenció a la comunitat

Observant els paràmetres bàsics (v. taula 20) es constata que, en general, els residents es puntuen força més baix que en altres àrees, amb un 25% dels individus que s'atribueixen una puntuació menor o igual a 2 i un 75% amb un màxim de 3 punts. Tot i que hi ha molta variació, ja que hi ha puntuacions en gairebé tot l'espectre possible, amb un mínim de 1 i un màxim de 4, en conjunt és fins el moment, l'apartat en què s'han qualificat pitjor.

TAULA 20. ESTADÍSTICS BÀSICS ATENCIÓ A LA COMUNITAT (R)

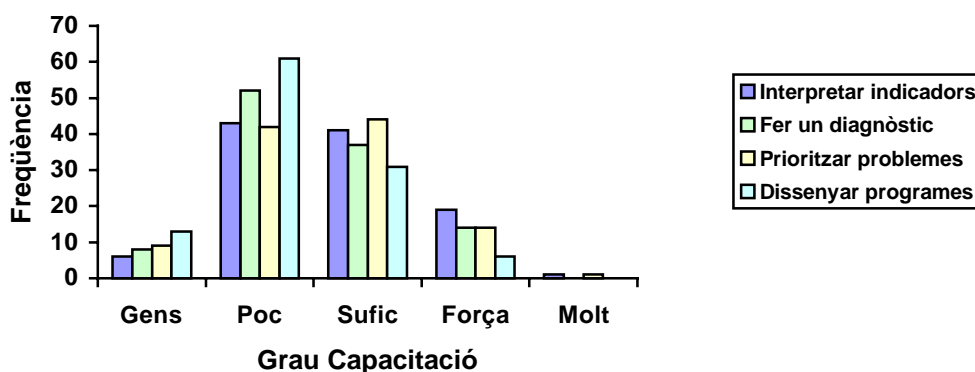
Mediana	2,50
Perc. 25	2,00
Perc. 75	3,00
Rang interquartil	1,00
Mínim	1,00
Màxim	4,00

Tant la taula de freqüències (consultar annex 20) com el gràfic per ítems (v. gràfic 18) confirmen aquestes dades. Destaquen considerablement les 5 persones amb la puntuació mínima, les 14 persones que de manera global obtenen menys de 2 en

aquest apartat, i que el 68,2% no arriben a la qualificació global de 3. Només 4 persones s'han autoavaluat com a força qualificades globalment.

Si s'observen els diferents ítems que componen l'apartat de manera individual es veu que si bé en general les respostes són força baixes, és concretament la competència *Dissenyar programes de salut* aquella en la que es perceben amb més mancances (66,7% suspesos).

GRÀFIC 18. FREQ. ÍTEMS ATENCIÓ A LA COMUNITAT(R)



Aquests resultats no han sorprès els residents participants a totes dues reunions, tal com ho demostren les següents expressions:

- I l'atenció a la comunitat es normal que sigui baixa, perquè no fem res, ni cursos, ni fem activitats pràcticament.
- Fem molt poquet.
- Lo que menos. (1) (pàg.6)

“No es fa gaire.” (2) (pàg.7)

Només aquells participants que estan en un CAP ubicat en una zona problemàtica, senyalen haver fet alguna cosa de comunitària. Aquests manifesten certa insatisfacció amb la tasca realitzada especialment perquè s'ha plantejat amb poc temps i en el tram final de la residència i per tant, sense possibilitats d'intervenció. Així ho expressen:

“A Barcelona ciutat va passar una cosa curiosa i és que ens van fer un curs d'APOC que és atenció comunitària com l'últim mes de rotació d'R3, amb la qual cosa et

serveix com a opció com ella diu per poder fer-ho servir després, però durant la residència, durant l'R3 que era un bon any per posar-ho en marxa i fer algun projecte maco, doncs no... Clar, te'n despertes d'això a final de R3." (2) (pàg.8)

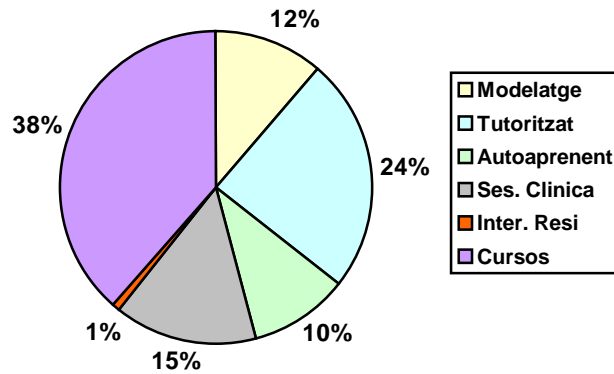
- Nosaltres fem una cosa de medicina comunitària que es un pal.
- Però vam començar tard, a l'últim trimestre.
- ...consisteix en veure les malalties mes importants de la nostra població, per mortalitat, per morbiditat, (...) però que ho estem fent ara, i tal i com ho estem fent... no ens aporta res, a nosaltres no ens aporta res.
- ¿Por qué es demasiado tarde?
- No, porque es muy descriptivo...
- (...)
- Y sólo son tres meses, si hubiéramos empezado en R1, pues a lo mejor, ahora de R3 podríamos hacer una intervención.
- Claro. (1) (pàg.7)

Davant l'evidència de la poca activitat comunitària que hi ha als centres de salut, algun participant qüestiona si això s'explica només per la manca de temps o perquè realment no es té clar el que es vol dir realment amb activitat preventiva i comunitària, tal com es reflecteix en el següent diàleg.

- També és la situació en què es troba la primària, no? Que encara que hauria de ser una especialitat potenciant les activitats preventives amb promoció de salut i activitats comunitàries i en família, doncs hi ha tanta demanda assistencial i tanta feina que a vegades en tots els centres doncs no es pot dedicar el temps necessari i quasi no es dedica temps a aquestes feines, no? I clar doncs, durant la formació tampoc tens massa temps per això, perquè no es fa.
- ...és veritat que no es fa però és que realment no sé si és perquè hi ha molta feina o perquè no ens hem parat a pensar què és realment, què és atenció a la comunitat i a la família. Perquè a mi, encara que tingués poca feina relativament poca feina però tampoc no m'ho havien ensenyat perquè no ho sabien... (2) (pàg.7-8)

Per últim, destacar que, en conjunt, aquestes competències (que sembla que no han estat del tot adquirides), s'han après bàsicament per cursos, tutories i sessions clíniques quedant molt minoritàries les opcions de modelatge, autoaprenentatge i intercanvi entre residents . És probable que el que un 33,3% hagi optat pels cursos tingui relació amb el que s'ha dit fins ara, és a dir, amb que en el moment actual l'atenció a la comunitat sigui més una qüestió teòrica que d'intervenció real en la majoria d'àrees d'atenció primària.

El gràfic per sectors és el següent:

GRÀFIC 19. METODOLOGIA ATENCIÓ A
LA COMUNITAT(R)

8. Aspectes organitzatius

Aquesta àrea competencial presenta una distribució força simètrica al voltant del valor 3,3 com a mediana i on trobem persones gairebé en tot el ventall de possibilitats des d'una puntuació global mínima de 1,67 fins a una màxima de 5, la qual cosa indica la variabilitat de percepcions al voltant d'aquestes competències. A més, que els percentils 25 i 75 siguin de 2,67 i 3,67 respectivament demostra que globalment els residents s'autoqualifiquen com a suficientment capacitats en aquest apartat. Els paràmetres estadístics bàsics són els següents:

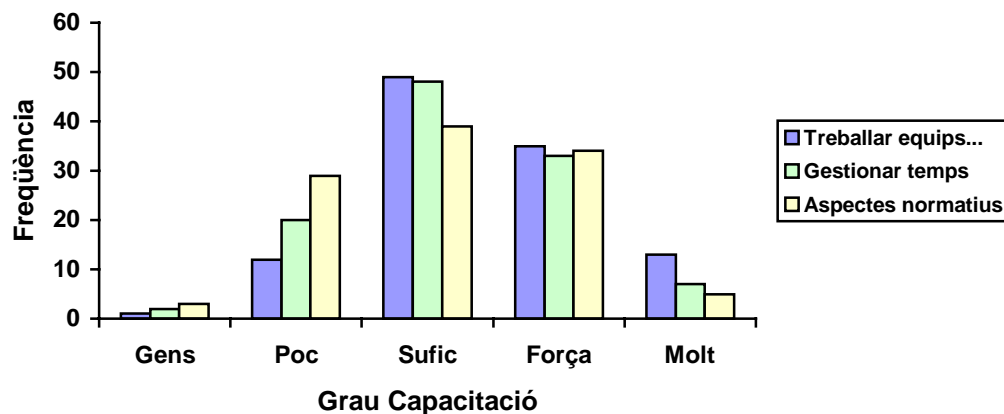
TAULA 21. ESTADÍSTICS BÀSICS ASPECTES ORGANITZATIUS (R)

Mediana	3,33
Perc. 25	2,67
Perc. 75	3,67
Rang interquartil	1,00
Mínim	1,67
Màxim	5,00

Observant els resultats (v. gràfic 20) es pot veure que el nombre de residents que es creuen poc preparats va augmentant en cadascuna de les competències que inclou la dimensió organitzativa; si en *Treballar en equips multiprofessionals* només són 13 (11,8%) les persones que es consideren poc capacitades, en *Gestionar*

adequadament el temps ja són 22 (20%) i en *Disposar de coneixements sobre aspectes normatius de la professió: salut laboral, certificats, baixes...* arriben a ser 32 (29.1%).

GRÀFIC 20. FREQ. ÍTEMS ASPECTES ORGANITZATIUS (R)



La presentació d'aquests resultats només ha generat comentaris, en totes dues reunions, al voltant de la competència del treball en equip que consideren fonamental en el perfil professional del metge de família d'avui en dia (i més amb la reforma sanitària), tal com es pot extreure dels següents diàlegs:

- Mira les feines què demanen: metge de família i tal, capacitat per a treballar en equip. És una cosa que es demana bastant a les feines, vull dir, un metge que no treballi en equip...
- És que de fet ho necessites, treballar en equip per nassos, perquè si no hi ha un bon equip, no hi ha un bon funcionament de la UBA.
- Encara que vagis a treballar en un poble del Pirineus perdut, com a mínim hauràs de treballar amb una infermera, amb un assistent social, i hauràs de comunicar-te amb un hospital, això és el mínim que hauràs de fer, i amb un administratiu...
- I relacionar-te amb altres metges de la comarca.
- ...perquè tens menys opinions i has de... no sé.
- Jo trobo mes important això, que la segona o la tercera.
- Molt més, moltíssim més. (1) (pàg.16)

“ A mi em sorprenien aquestes preguntes, perquè per a mi és normal treballar amb la infermera, fer visites conjuntes. Com que és lo que he vist sempre, per a mi era normal.” (2) (pàg.17)

Fins i tot alguns participants manifesten certa preocupació pels resultats obtinguts en aquesta competència, és a dir, davant el 11,8% que no es senten capacitats per treballar amb d'altres. Així ho verbalitzen:

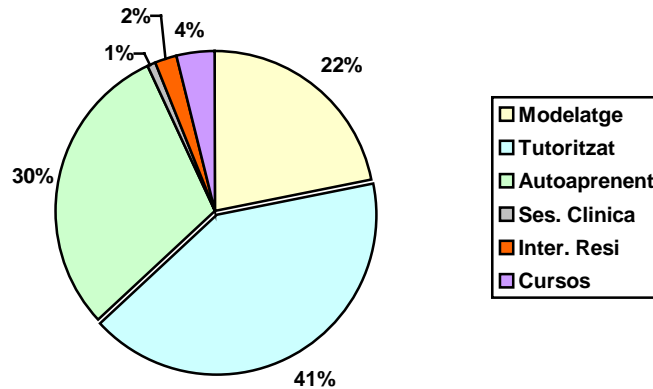
- No, no, que un deu per cent no es vegin capacitats per treballar és moltíssim; és que ho trobo molt. Es que trabajamos cada día en equipo.
- (...)
- És que cap metge de família treballarà sol, es que no hi haurà cap que treballi sol, com a mínim has de treballar amb una infermera... Si no estàs preparat ni per fer això. (1) (pàg. 16)

Aprofundint una mica més en el tema de la capacitació per al treball en equip, en totes dues reunions, afloren comentaris sobre experiències personals tant positives com negatives en l'equip bàsic d'atenció primària (UBA) i sobre fins a quin punt el fet de formar part d'un equip que funcioni o no pot tenir repercussions en l'adquisició d'aquesta competència. A continuació es presenten algun d'aquests comentaris.

- De todas formas yo pienso, que en alguna ocasión hay veces que tú haces tu consulta, la enfermera hace su consulta, y no hay un buen consenso entre los dos, y esto... claro es un error, porque tiene que ser conjunto, pero a veces cada uno va por su lado y no se sientan a comentar los pacientes, y claro...
- (...)
- Y hay enfermeras que... y médicos también que... a mí me han contado pues algunas que son de la antigua y que no están muy reformadas y que sencillamente no hacen nada y... (1) (pàg. 16).
- Això depèn molt de l'ambulatori on hagis estat, del CAP on hagis estat. Jo per exemple, treballava a una UBA perfecte.
- Si tu arribes a una UBA on la teva infermera i el tutor es porten bé i funcionen en equip bé, serà molt fàcil que tu t'avinguis a treballar en equip i si per qualsevol cosa no hi ha bona relació entre la infermera i el metge serà més difícil...
- Jo penso que això és tot, és el quid de la qüestió i és així. Jo, per exemple, em vaig trobar que no hi havia equip...
- (...)
- La nostra formació està supeditada al que et trobes, al funcionament de...quan arribes al CAP i de com funcionen allà les coses. (2) (pàg.16-17)

Respecte a la metodologia que ha facilitat l'adquisició d'aquestes competències, han respost correctament fins a 100 persones (90,1% del total d'enquestats) que majoritàriament prioritzen les tutories per l'adquisició d'aquestes competències (41%) seguides de l'opció d'autoaprenentatge (30%).

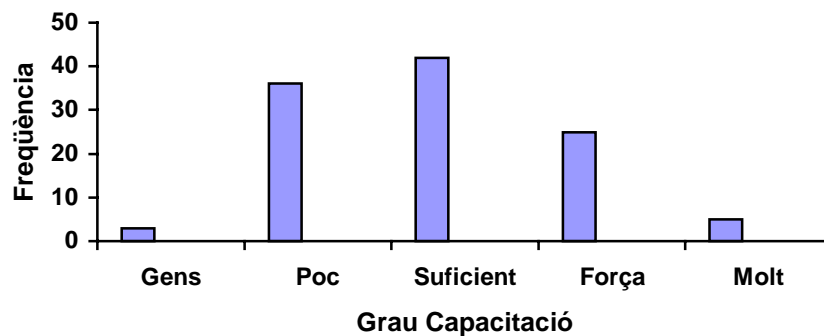
GRÀFIC 21. METODOLOGIA ASPECTES ORGANITZATIUS(R)



9. Docència

En aquest dimensió s'ha variat l'estratègia d'anàlisi atès que aquesta dimensió només inclou un ítem reduint-la a una descripció de freqüències pròpia de l'anàlisi individual de competències.

GRÀFIC 22: FREQ. ÍTEMS HABILITATS DOCÈNCIA(R)



En aquesta àrea que englobaria tot el que són habilitats i actituds per la docència, els resultats indiquen que globalment es consideren entre poc (32,4%) i suficientment capacitats (37,8% dels casos), un 22,5% es perceben com força capacitades i només un 4,5% de molt capacitades.

Sense fer gaire cas dels resultats presentats, els participants han estat parlant sobre la seva experiència en "fer de tutors" d'un R1 o d'un estudiant de pregrau que és la manera com tots ells han interpretat aquesta competència.

Sobre aquesta, tots els participants a la primera i segona reunió que han assumit alguna vegada aquest rol coincideixen en senyalar que és una tasca molt difícil i que genera molta inseguretat, malgrat els estudiants de pregrau i els R1, els prefereixin als tutors reals per proximitat, comoditat, facilitat d'accés...-. Ho fan evident amb els següents comentaris:

“Durant la residència la docència la fas contínuament amb estudiants, no? És a dir, la única possibilitat de demostrar que tens habilitats per la docència, es amb els estudiants (...) Y normalmente, alterna, a veces está... el docente es el tutor, pero la mayoría de los estudiantes alternan(...) Aparte que el residente siempre tiene tendencia a explicar más, no?(...) Además el estudiante, suele tener mucha menos vergüenza en preguntar, cuando está con el residente que cuando está con el tutor.” (1) (pàg..15)

- Es superdifícil hacer docencia.
- (...)
- Jo tenia una persona encantadora, gens especial, o sigui, facilíssim per ensenyar-lo, el que passa és que eren les meves capacitats el que em qüestionava.(...)Sempre m'ha semblat difícil.
- Jo penso que ha de ser molt difícil, però a més a més, nosaltres com que encara estem en la fase d'adquirir coneixements i tenim... Jo em considero que em falta molt per aprendre i just acabo d'adquirir uns quants, molt poquets, per tant no només que em manquen les habilitats docents, sinó que em manquen els coneixements per poder explicar... (2) (pàg.19-20).

Amb tot i especialment en el segon grup focal on les participants han compartit més les seves experiències com a docents, valoren l'experiència molt positivament per tot el que han après, el que els ha aportat. Alguns exemples són:

- Ells t'ensenyen coses. Coses que mai t'has plantejat i jo m'he trobat.
- Qui t'ensenya? (investigadora)
- A qui se suposa que li has d'ensenyar.
- Això és lo maco de...
- Això és fantàstic. Al principi, horrible...
- Jo penso que això és lo maco de la residència de la nostra formació i que és el que s'hauria de potenciar a nivell dels tutors que molts d'ells no tutoritzen perquè no veuen aquest aspecte, no?... (2)(pàg.20-21)
- I lo de la docència, a mi em sembla que seria una bona idea, que el resi...
- A mi em sembla fantàstic això.
- A mi, també, a mi, també. M'agrada molt.
- ...la sensació és aquesta, que és bo, perquè llavors l'al·licient era dir: *va, doncs puc dir això, però perquè no ens ho estudiem i demà fem la repassada, tu aquest tema i jo aquest altre.* (2) (pàg.25)

10. Recerca

La recerca sembla ser un dels punts febles de la formació dels metges de família, si més no la percepció dels residents sobre la seva preparació en aquest àmbit és força inferior a altres àrees competencials.

Els paràmetres estadístics bàsics mostren que la mediana és inferior a 3 (el 50% dels enquestats s'atribueixen un suspens global), el percentil 25 està en 2,4 i el percentil 75 és de 3,4 (el 75% s'han donat com a màxim aquesta puntuació).

TAULA 22. ESTADÍSTICS BÀSICS RECERCA (R)

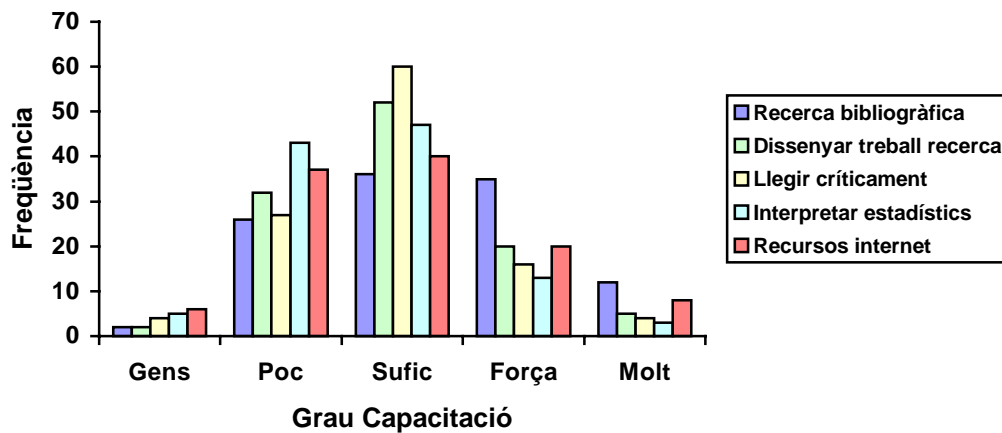
Mediana	2,80
Perc. 25	2,40
Perc. 75	3,40
Rang interquartil	1,00
Mínim	1,20
Màxim	5,00

Si s'observa l'histograma (v. annex 20) queda palès que fins el 50,5% es donen puntuacions per sota de 3, i només 11 de les persones es qualifiquen globalment amb un mínim de 4. Una persona es dona la puntuació màxima i cap la mínima, encara que 3 s'autoqualifiquen globalment amb un 1,2.

Quan s'analitzen les respostes ítem a ítem (v. gràfic 23) es veu que aquests tenen molta variabilitat, és a dir que en tots ells hi ha des de persones que no es consideren gens preparades fins d'altres que se'n consideren molt.

Una primera lectura permet apuntar que les competències *Fer una recerca bibliogràfica i documental* i *Llegir críticament articles publicats* són potser les que presenten menys dificultats pels residents, tot i la taxa de suspesos (25,7% i 28% respectivament) mentre que en les dues últimes competències que són *Interpretar paràmetres estadístics bàsics* i *Fer ús de recursos mèdics a Internet* les dificultats són força superiors (43,2% i 38,7% de "suspesos" respectivament).

GRÀFIC 23: FREQ. ÍTEMS RECERCA(R)



Sobre aquesta àrea els participants a les reunions han incidit primerament en la competència *Llegir críticament articles publicats*, activitat fonamental per un professional de la medicina. Els participants justifiquen aquests resultats amb arguments diversos:

El grau de dificultat que comporta fer una lectura realment crítica:

- És que estem dient críticament, llegir articles però críticament no és. Ens hem passat un any fent un curs per aprendre a llegir els articles i veure les estadístiques i interpretar-les i tot. Tot un any fent el curset aquell, llegint el llibre, fent exercicis.
- És que és una cosa que et costa.
- Això. Jo penso que d'això a que siguis crític...
- ...És que costa molt fer una crítica ben feta. (2) (pàg18)

La quantitat d'informació que arriba als residents i el poc temps del que disposen els obliga a seleccionar els articles en base a la credibilitat i prestigi de les revistes on han estat publicats, "estalviant-se" d'aquesta manera una actitud crítica davant l'article.

- "...un poco también recibes mucha información y si tuvieras que leer críticamente todos los artículos, pues a veces sería un rollo, y perderías mucho tiempo porque tienes tantos...Entonces, hay veces que te vas a las revistas que tienen una cierta credibilidad, que se supone que los artículos van a ser buenos y te fías..." (1) (pàg.18)

Per últim, el paper del tècnic de salut –que tutoritza al resident en el camp de la recerca- i la importància que li hagi donat a la lectura crítica en el procés formatiu MIR.

- Sí, depèn del tècnic de salut. Bé, de tot.
- El que passa que depèn del centre que et toqui es dona més importància a una part o a una altra. (...)” (2)(pàg.18)
- Y un poco también si tuviéramos como ejercicio, cada... una vez cada semana, cada mes, cada no se cuantos, cada uno de nosotros, criticar un artículo, probablemente al final de la residencia sabríamos criticarlos, pero por lo menos en nuestra zona no lo hacemos de forma fija...
- Nosotros sí que lo hacemos, en nuestra área lo hacemos no todas las semanas pero sí por ejemplo al mes, por lo menos uno...o algo así. (1) (pàg.18)

Una altra de les competències de recerca comentades ha estat *Interpretar paràmetres estadístics bàsics* que, com s'ha dit abans, té un nombre força superior de "suspesos" (43,2%) que l'anterior la qual cosa resulta curiosa si es té en compte que normalment els articles de medicina es fonamenten en recerca estadística.

Els residents participants a les reunions justifiquen aquestes dades amb què tenen poca formació en estadística (inclús al pregrau), i que al fer una lectura global, valoren més la part clínica i aplicada que l'estadística. Els comentaris en concret han estat els següents:

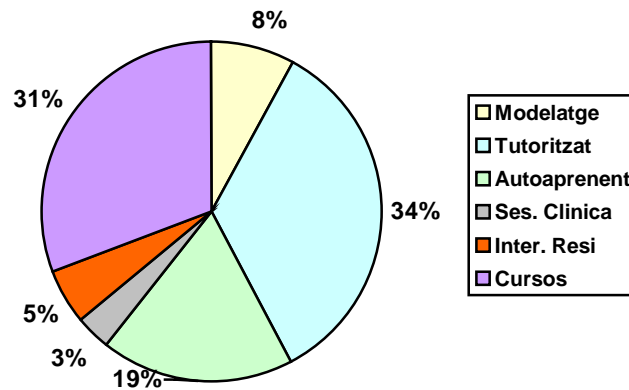
- ... fas una assignatura d'estadística el primer any, que la veus com un rotllo patatero...
- Y que no aprendes nada.
- I ja no tornes a fer res més(...)i arribes a la residència i no tens ni idea d'estadística i et sembla un rotllo que costa molt d'entrar i clar... (2)(pàg. 19)

“...potser llegir críticament l'article publicat potser no s'ha suspès tant perquè, veure si apliques a la teva zona, si es de primària, si està ben escollida la mostra, hi ha una sèrie de coses que si ets capaç de criticar, i potser, en el que fallem més és la part d'estadística, no acabes de veure clar o... Doncs potser sí, ens veiem més capaços de llegir l'article en general, perquè valorem no només veiem la part estadística, sinó perquè veiem la part clínica... (1) (pàg.18).

Pel que fa a la metodologia emprada per a l'adquisició d'aquestes competències han respost 97 persones (87,4%) (v. gràfic 24).

Els mètodes usats són: bàsicament l'aprenentatge tutoritzat i els cursos (34 i 30,8% dels enquestats), 18 persones que apunten haver après a fer recerca de manera autònoma (per autoaprenentatge) i 5 per intercanvi entre residents.

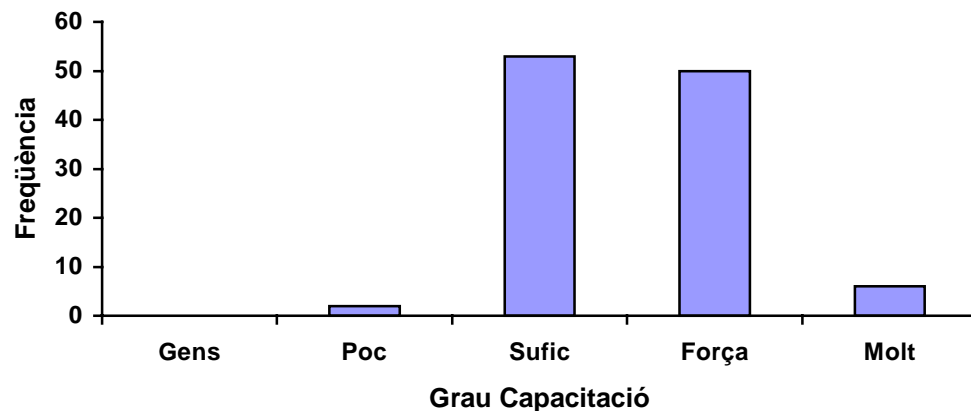
GRÀFIC 24. METODOLOGIA RECERCA (R)



11. Capacitació global

Globalment la majoria dels residents es consideren suficientment capacitats 53 persones (47,7% del total), 50 es consideren força capacitats (45%). En els extrems només dues persones es consideren poc capacitades, cap se'n considera gens i 6 se'n consideren molt. Ho il·lustra el gràfic de freqüències que es presenta a continuació.

GRÀFIC 25. FREQ. ÍTEMS CAPACITACIÓ GLOBAL(R)



Segons els participants a la segona reunió, aquestes dades, amb un percentatge tan reduït d'excel·lents, podrien atribuir-se al fet que tot i tenint la sensació d'haver après molt en tres anys, també la tenen del que els queda per aprendre. Ho expressen de la següent manera:

- A mi em sembla que ha sortit... joestic d'acord, em sembla que ha sortit força capacitat, que ens queda molt per aprendre, però que en 3 anys...
- Heu après molt? (investigadora)
- Déu n'hi do, déu n'hi do. (quòrum)
- Jo crec que sí.
- Encara que sigui només el que tu aprens per tu mateix, ja en 3 anys ...
- O sigui, les idees que s'han obert i les possibilitats, déu n'hi do, ara, d'aquí a que ho facis bé...
- (...)
- Tots tenim la sensació que ens queda molt encara per aprendre. (2) (pàg.24-25)

Igualment s'ha fet una nova variable numèrica de capacitació global basada en la mitjana obtinguda per totes les puntuacions en els diferents apartats per veure fins a quin punt coincideixen amb aquesta qualificació global més qualitativa. Aquesta té una n de 108 que són el nombre total de residents que ha respost adequadament a tots els ítems de l'escala. Els resultats són els següents:

TAULA 23. ESTADÍSTICS BÀSICS. CAPACITACIÓ GLOBAL (R)

Mitjana	3,28
Desviació Estàndard	0,50
Màxim	2,05
Mínim	4,64

A diferència de les variables anteriors, en aquest cas el test de Kolmogorov-Smirnov no és significatiu, per tant la variable segueix una distribució normal i com a tal, permet una descripció des dels paràmetres estadístics clàssics de mitjana i desviació estàndard.

Els resultats obtinguts (mitjana de 3,2 i desviació estàndard de 0,5) indiquen que el 95% de la població es trobaria en l'interval comprès entre la mitjana i dues desviacions estàndard (cap amunt i cap avall) això vol dir entre el 2,2 i el 4,2 que no correspondrien exactament a la valoració de la capacitació global qualitativa.

Els residents participants justifiquen aquesta discrepància amb què hi ha àrees competencials -aquelles en què es consideren menys preparats- que per ells són menys importants per afrontar la pràctica diària d'un metge de família i que per tant, és fàcil "oblidar-les" a l'hora de fer una valoració global. Les paraules emprades han estat les següents:

- A veure, perquè tu et suspens en coses que tampoc fas a la pràctica diària, per tant, tu et sents capacitat per fer l'activitat que està fent el teu tutor.
- Dónes més importància a coses en que et creus força capacitat, per exemple, lo de la estadística, tu pots ser un bon metge de família sense saber si Chi quadrat ...
- O que necessites al teu tècnic de salut perquè t'ajudi a interpretar un article, o que no sàpigues fer un fons d'ull. Pots ser perfectament un bon metge de capçalera i enviar els fons d'ull a fer a l'oftalmòleg... O medicina comunitària ens hem suspès, però és igual els nostres tutors tampoc en saben. (1) (pàg.19).

12. Adequació de les competències a la tasca de metge de família

Quant a les dues preguntes obertes que es refereixen a l'adequació de les competències presentades a l'escala (competències que no corresponen i competències que hi manquen), s'observa que globalment els residents han estat força d'acord amb el perfil competencial dibuixat ja que només 13 i 15 persones,

respectivament, han fet alguna esmena. El resultats obtinguts a cada pregunta han estat els següents:⁶

Competències que es considera que no corresponen a l'especialista en MFiC segons el perfil presentat a l'enquesta

S'extreu de la taula que:

- 98 persones consideren que no sobra cap ítem, ja sigui deixant en blanc la resposta o bé especificant que no en sobra cap.
- Tretze persones han considerat que algun ítem no correspon, que cal matisar-lo o simplement han fet alguna observació:

TAULA 24. COMPETÈNCIES QUE NO CORRESPONEN A L'ESPECIALITAT MFiC (R)

Competències que no corresponen
Assistir a parts. Cirurgia major ⁷
Alguns aspectes organitzatius. La burocràcia treu temps pel malalt i és un tema d'administració.
La docència. Potser faré docència en un futur però considero que no cal demostrar docència per ser un bon metge de família i comunitària.
La gerència.
Penso que totes hi formen part però no sempre es porten a terme.
No m'agrada controlar baixes i certificats.
Infiltrar articulacions. No hem estat preparats per dur-les a terme i l'autoaprenentatge em sembla arriscat.
Fons d'ull (competència oftalmòleg). Infiltració articular (competència traumatòleg). No ens han format per fer-ho.
Interpretar paràmetres estadístics bàsics.
Potser les activitats docents.
Aspectes organitzatius; perquè no hem de sotmetre'ns a la pressió

⁶ Les taules 24 i 25 recullen les aportacions fetes pels mateixos residents respecte a les competències que no corresponen i les que hi manquen al perfil competencial presentat a l'escala, tal com ho han expressat en els mateixos qüestionaris malgrat algunes d'elles no són competències, pròpiament dites, sinó comentaris diversos sobre el perfil proposat.

⁷ Cal precisar que cap d'aquestes dues competències apareixen en el qüestionari.

Competències que no corresponen
assistencial doncs és un problema de l'administració.
Els aspectes organitzatius, donat que se'ns forma com a metges, no com a buròcrates, i encara que se'ns formés en aquest àmbit no crec que sigui tasca nostra.
Corresponen però potser s'incorporin de noves. La paraula canvi i la capacitat d'adaptació al món són fonamentals.

Revisant els aspectes senyalats, destaquen les quatre persones que fan referència als aspectes organitzatius de caràcter administratiu i burocràtic (baixes...) amb expressions com "la burocràcia treu temps pel malalt i és un tema d'administració" o "no m'agrada controlar baixes i certificats", renunciant, d'alguna manera, al paper social del metge. Aquesta queixa sobre les qüestions burocràtiques inherents a la pràctica professional també apareix en la segona reunió amb el següent comentari:

- Y eso también pasa en primaria de los cinco minutos que tienes para ese paciente, tres te los comes haciendo papeles.
- (...)
- Pero es que hay mucho papeleo en todo, porque hay mucha cosa que el médico asume y no tendría porqué (...) Porque tú tienes que escribirte en algunos servicios tú los informes a máquina, ¿sabes?(...) No está bien optimizado el tiempo del médico, pienso yo. Pero claro, como es el tiempo del residente pues...(2)(pàg.14)

Igualment, es senyala la docència (2 persones) i la tècnica d'infiltracions articulars (2 persones) com altres competències que no haurien de formar part del perfil competencial del metge de família.

Competències que es considera que manquen a l'enquesta referents al perfil de l'especialista en MFiC.

S'extreu de la taula que:

- 96 persones consideren que no sobra cap ítem, ja sigui deixant en blanc la resposta o bé especificant que no en sobra cap al perfil competencial presentat.

- 15 persones han anotat alguna cosa en aquest apartat i s'han puntuat tal com indica el qüestionari. Les aportacions al perfil es recullen en la taula següent:

TAULA 25. COMPETÈNCIES QUE MANQUEN A L'ESPECIALITAT MFIC (R)

Competències que hi manquen
Formació continuada. (4)
Escissió de lesions cutànies.
Control de malalts crònics a domicili
Medicina d'urgències (3). Atenció domiciliària (4). Psicoteràpia (4)
Actuació en el procés de dol (2). Actuació davant el malalt d'urgència vital. (3)
Atenció domiciliària (2). Cirurgia menor (3). Geriatria (2)
Capacitació en la comunicació, acompanyament i tractament del malalt terminal. (2)
Formació en el control del malalt terminal i coordinació amb PADES. (3)
Cirurgia menor (4). Cures, injectables, vies (4)
Informar sobre el sistema sanitari (necessitat de ser seguit/controlat pel metge/essa de família, ús d'urgències...).
Qualitat assistencial (treballar sense interrupcions, planificació de visites...) (2). Formació continuada (amb aquesta idea de canvi) (3) i per autoaprenentatge.
Atenció domiciliària (3); és un tipus diferent de pacients amb necessitats lleugerament diferents.
Tècniques de cirurgia menor (3). Tècniques psicoteràpia (2). Gestió dels diferents nivells sanitaris i recursos assistencials (3)
Seguiment del nen, de l'adolescent, de l'embaràs, teràpia?, Intervenció familiar (sobre tots aquests temes tenim molt poca formació).
Realització de tasques de salut comunitària (1). Coneixements i realització d'investigació (2). No assolides per no haver rebut docència en aquestes competències.

Hi ha una mica més de variabilitat en les propostes d'allò que hi manca a aquest perfil competencial. Els dos aspectes més esmentats són: atenció domiciliària (3 persones) i acompanyament i tractament del malalt terminal (3 persones), en certa

mesura relacionats. En un segon pla queden algunes habilitats instrumentals específiques.⁸

13. Formació continuada

La consideració de la formació continuada, es planteja en el qüestionari com un degradat que va des de "imprescindible" fins a "substituïble" passant per "necessària i "aconsellable".

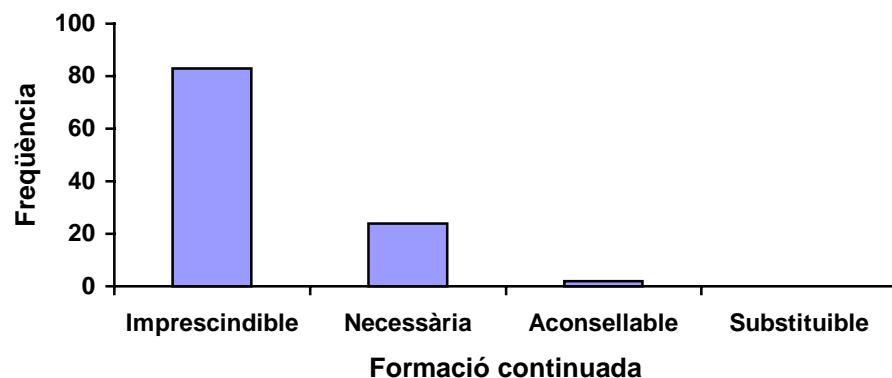
En resum, els resultats indiquen (v. gràfic 26) que gairebé tots els enquestats s'han decantat per una de les dues primeres opcions: imprescindible (76,1%), i necessària (22%), que per la majoria de participants ve a significar gairebé el mateix. Així ho expressen:

“Home, és que necessari depèn de com ho interpretis, també pot ser com imprescindible, perquè una cosa que és necessària és imprescindible, no? Bueno no sé, però necessària e imprescindible segons com ho interpretis, vamos que yo no li donaria masses...” (1) (pag.20)

“No es distingeix l'imprescindible i necessari” (2) (pàg.30)

“És com més potent l'imprescindible, però...” (2) (pàg. 30)

GRAFIC 26. FREQ. ÍTEMS FORMACIÓ CONTINUADA (R)



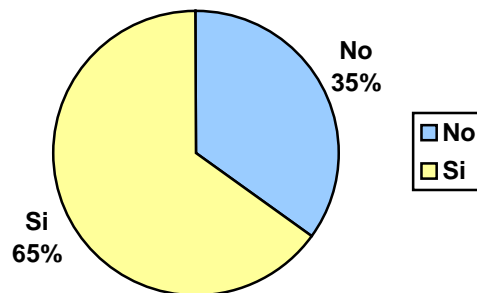
⁸ Algunes de les propostes d'habilitats tècniques que els residents fan respecte a aquest perfil competencial, es contemplen en el perfil inicial del qual es parteix, és a dir, es consideren competències de l'especialitat malgrat no apareguin al qüestionari. Tal com s'explica en la construcció de l'instrument (v. apartat 3.5.1.2.) ha estat necessari que, per mitjà de la validació per jutges, es seleccionessin quatre de totes les habilitats tècniques per tal que aquest no resultés excessivament llarg.

14. Altres qüestions sobre el procés de formació MIR.

Informació dels objectius de la formació MIR

Els resultats senyalen que dominen (64,9%) els que diuen haver estat informats dels objectius de formació en front un 35,1% que refereixen no haver estat informats dels objectius del procés tal com es pot observar en el següent gràfic.

GRAFIC 27. FREQ. INFORMACIÓ OBJECTIUS(R)



Des d'una perspectiva qualitativa, no sembla que la resposta afirmativa sigui tan generalitzada ja que molts participants als focus-groups no tenen consciència de conèixer-los o només "els coneixen" teòricament perquè els tenen per escrit en l'anomenat llibre del resident. Algunes expressions davant la presentació dels resultats han estat:

- Amb nosaltres es va posar en marxa un llibre que és el llibre del resident, que ens van donar quan comencem, amb lo qual aquí se'ns informava dels objectius, teòricament.
- Sí. (1) (pàg.20)
- Jo no gaire, eh? (informat sobre els objectius de formació)
- Objectius de formació de cada resident? Jo crec que no. (2) (pàg.30)

De tots els assistents només dues persones (una a cada reunió) comenten haver parlat sobre els objectius de formació amb el tutor de primària:

“Yo lo de los objetivos, sí que teníamos un librito, aparte del libro este del residente que decía los objetivos de cada rotación, ¿no?, y luego había reuniones con el tutor, que te iba diciendo la puntuación, como iban saliendo. ¿Vosotros no?” (1) (pàg. 21)

“A mi el tutor, sí. A l'hospital no, però els primers mesos d'R1, se'm va dir què anava aconseguint a cada mes, m'anava reunint amb el meu tutor durant la rotació hospitalària, em preguntava... I el tercer any un altre cop vaig tenir una sentada i...” (2) (pàg. 30)

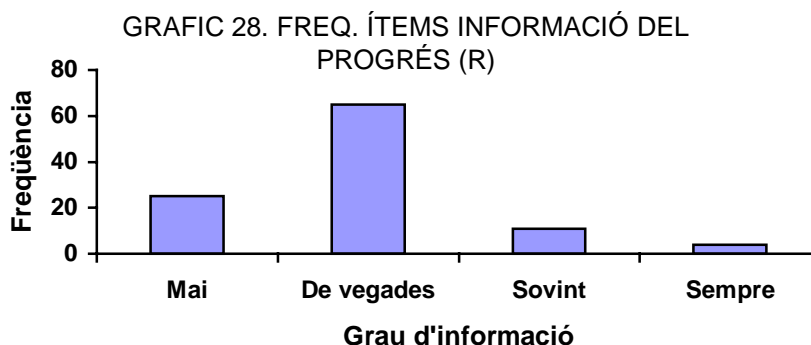
Pel que es refereix als tutors hospitalaris, ja no es tracta de si informen o no, sinó del seu grau de desconeixement respecte els objectius de la formació del metge de família en les rotacions. Segons els participants a la primera reunió, sembla que no hi ha diferències entre la formació que es fa a un metge de família i al resident de l'especialitat en qüestió. Ho manifesten amb els següents comentaris:

“... Muchas veces vas perdido, no sabes lo que tienes que aprender, y además, el problema que hay en nuestras rotaciones, es que claro como es con especialistas, ellos no saben lo que tú tienes que aprender muchas veces, y esto es un problema. Tú tienes que luchar contra ellos y ellos te quieren explicar las cosas bonitas para ellos, que a lo mejor a ti te importan un pimiento, o que no vas a tener que tratar nunca “ (1) (pàg.21)

“Cuando tu llegas a medicina interna, a lo mejor y se espera de ti, que sepas diagnosticar lo mismo que el internista, que el residente internista, cuando probablemente ese no es tu objetivo en medicina interna ...” (1) (pàg.22)

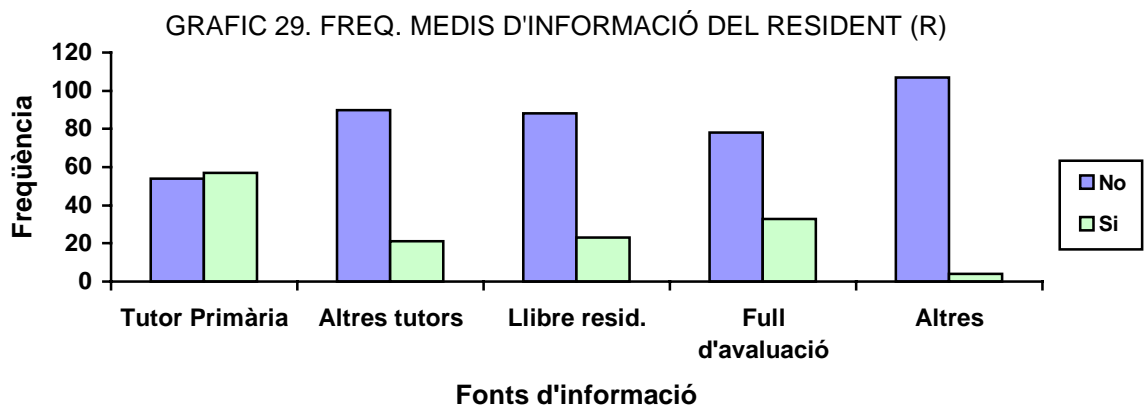
Informació del progrés al llarg de la formació

Les dades estadístiques indiquen que una gran majoria de residents, concretament un 85,7% creuen haver estat poc (65 persones) o gens informats (25 persones) del seu progrés durant els tres anys de formació, seguit de molt lluny del "sovint" (11 persones) i del "sempre" (4 persones). El gràfic següent il·lustra aquestes dades.



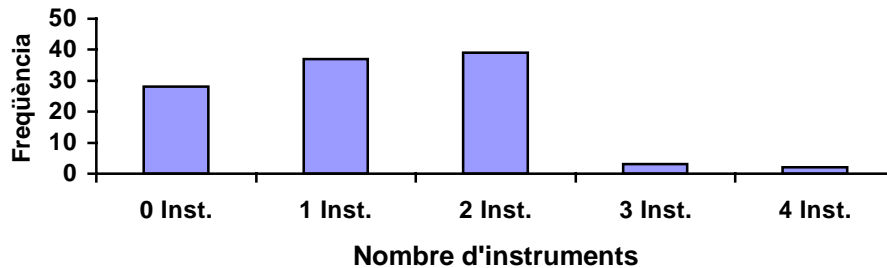
Quant a la manera com s'ha rebut aquesta informació, en un 51,4% de casos, destaquen que se'ls ha fet a través del tutor de primària i de manera oral, mentre només un 18% senyalen la intervenció d'altres tutors.

Per escrit, el full d'avaluació sembla ser el instrument avaluatiu prioritari, seleccionat per 33 persones i que la informació proporcionada per altres conductes ha estat molt inferior. El gràfic següent il·lustra aquestes dades.



Donat que cap de les respostes és excloent, s'ha considerat interessant veure per quants conductes creu cada resident que ha rebut informació, a través d'una nova variable.

Les dades indiquen que hi ha 28 residents (25,2% del total) que no han estat informats de cap manera sobre el seu progrés, i només 7 refereixen haver-ho estat per 3 mètodes o més, el valor predominant és el 2 amb 39 residents (35,1%) seguit de 1 amb 37 residents (33,3%). El gràfic següent resulta il·lustratiu en aquest sentit.

GRÀFIC 30. FREQ. ÍTEMS NOMBRE D'INSTRUMENTS PER
REBRE INFORMACIÓ (R)

La presentació d'aquests resultats ha desencadenat un seguit de comentaris a totes dues reunions i dels quals se'n poden extreure aquestes valoracions:

En general els participants "es queixen" força de la poca informació que se'ls dona durant el seu procés i especialment dels aspectes a millorar. L'avaluació sumativa segueix sent la prioritària:

- A mi me mandaron una carta hace poco, diciendo la nota final de R1 y R2.
- Yo lo que veo es que nadie te dice, donde has fallado, que puedes mejorar, esto es lo que yo noto en falta, y si te ponen la puntuación, porque no te han estimulado durante la rotación, esto me sienta fatal ...
- Es que este sistema de continuada, no es nada continuada ...(1) (pàg. 21).

"Durant l'any també es pot avaluar, però segurament les avaluacions es fan tard, i tampoc et donen una pauta de dir-te: *doncs mira, pots arreglar-ho així o així o així*. T'avaluen al final de la rotació, i això ja és com que ja no hi ha remei" (2) (pàg.31)

També senyalen, confirmant els resultats, que el tutor de primària és el canal més clar de feed-back –quan n'hi ha- encara que hi ha alguns participants que qüestionen el paper que ha de jugar aquest tutor en l'avaluació de les rotacions.

- ¿Pero vosotros no os reunís con el tutor cada cierto tiempo?
- No.
- No?
- Nuestro tutor hospitalario, no nos conoce ni por el nombre.
- Ah!¿No? Y vuestro tutor del ambulatorio, no os reuníais con él?
- Es muy grave.
- (...)
- Pero si tu querías ir de vez en cuando, perfecto, pero obligación no tenías ninguna, cuando ibas, era: *¿Qué tal?, ¿Cómo estás?* Era para informarle a él de como estabas, de informarte él a ti, nada. (1)(pàg.21)

- El teu tutor realment els dos primers anys no pot avaluar quins coneixements has adquirit. Et pot preguntar: *què?, com ha anat la rotació?*, però no et pot avaluar si has après o no.
- Lo ideal seria que sabés com ha anat, o sigui, que fes de pare, és molt... però això no ho fan.
- És molt difícil.
- És més fàcil que t'avaluï qui t'ha format.(2) (pàg.31)

Per últim, també fan referència al tractament poc seriós que es fa, en general, de l'avaluació. Es presenten les següents situacions:

- A mí, mi evaluación del año pasado, el año pasado o el R1, no sé (...). la evaluación de mi tutora, fue llamarme (...) ¿Tú crees que así se puede valorar algo?
- ¿Tu evaluación de la rotación?
- Del año. Mi evaluación de todo el año, me llamo por teléfono, hombre pues mira casi que puedes decir, pon lo que tú quieras, porque total para...(1) (pàg.22-23)
- ...a mi, al principi com a mínim no ens deien res, o sigui, havies d'interpretar les cares que et feien
- És que això depèn de la responsabilitat i que entengui el tutor de com ser tutor (...) a nivell hospitalari (...)depens d'unes avaluacions hospitalàries que la primera, i això és molt d'entrada del feeling inicial. I no et puntuen res, només que és això, el com has caigut. (2) (pàg. 31).

Punts forts, febles i propostes de millora del procés de formació MIR

En general, els residents han fet moltes aportacions en aquestes preguntes obertes, doncs, com a mínim, 85 han aportat algun punt fort, 90 algun punt feble i també alguna proposta de millora a la formació MIR (v. annex 21). En total s'han fet 163 sobre aspectes positius, 181 sobre aspectes negatius i 162 propostes de millora que no són xifres gens menyspreables.

Aquestes, s'han organitzat per categories (v. taules 26, 27, 28) segons dos paràmetres (organització i model formatiu per una banda i competències professionals per l'altra). Les taules només inclouen aquelles categories que tenen un mínim de freqüència (concretament de 3).

TAULA 26. PUNTS FORTS FORMACIÓ MIR (R)

ORGANITZACIÓ I MODEL FORMATIU	FREQ.
Rotacions hospitalàries	19
Estada al CAP	18
Tutorització	17
Guàrdies i formació a urgències	17
Rotacions ambulatòries	6
Activitat assistencial	7
COMPETÈNCIES PROFESSIONALS	
Elevat nombre de patologies	12
Habilitats clíniques i de maneig del malalt	7
Concepte integral de medicina	7
Adquisició responsabilitats i decisions	6
Treball en equip	3

TAULA 27. PUNTS FEBLES FORMACIÓ MIR (R)

ORGANITZACIÓ I MODEL FORMATIU	FREQ.
Rotacions hospitalàries (curtes, llargues..)	37
Tutorització (absència d'interès...)	30
Poca docència en general i temps d'estudi	19
Poc temps de residència	15
Masses guàrdies i poc docents	7
Manca d'avaluació formativa	5
Sessions clíniques	4
Formació a primària	4
COMPETÈNCIES PROFESSIONALS	
Atenció a la família (3) i comunitat (11)	14
Tècniques instrumentals	7
Habilitats tècniques instrumentals	7
Recerca	5
Treball en equip	4
Habilitats de comunicació	3

TAULA 28. PROPOSTES DE MILLORA A LA FORMACIÓ MIR (R)

ORGANITZACIÓ I MODEL FORMATIU	FREQ.
Allargar temps de residència (Total)	53
. allargar l'estada al CAP específic.	7
. allargar rotacions hospitalàries	12
Millorar tutorització (interès, capacitació...)	24
Millorar rotacions i adaptar-les al MFIC	11
Més formació i menys ser ma d'obra barata	11
Millorar avaluació de procés	8
Millorar coordinació CAP-Hospital	5
Més personalització	4
Més cursos	4
COMPETÈNCIES PROFESSIONALS	
Atenció a la família (2) i comunitat (4)	6
Habilitats tècniques instrumentals	3
Més motivació per la recerca	3

La presentació d'aquestes taules en els grups de discussió ha donat peu a comentaris, experiències viscudes, opinions diverses sobre aspectes de la formació MIR fent més èmfasi en els aspectes organitzatius i del model formatiu que en el perfil competencial.

Com molts dels temes discutits apareixen en totes tres taules això obliga a fer una anàlisi global d'aquest apartat qualitatiu perquè en definitiva, els participants resulten ser un exemple representatiu de la població de referència des del moment en què en alguns punts, les opinions i experiències d'aquests, són tan contraposades com els mateixos resultats presentats. Els temes més discutits han estat els següents:

Metodologia d'aprenentatge✓ *Autoaprenentatge versus tutorització*

En general els residents consideren l'autoaprenentatge com una de les característiques claus d'aquest procés formatiu, i especialment en les guàrdies on és "l'estrella".

Els residents senyalen que aquesta manera d'adquirir competències és, de vegades, proposat intencionadament pels propis tutors però d'altres, es dona simplement per manca d'actitud docent i/o organització. Si bé gairebé tots els participants estan d'acord en què amb aquesta metodologia han après, no tots, però, opinen que sigui la millor manera de fer-ho. Per aquells més crítics seria alguna cosa així com "el fi no justifica els medis" per l'estrès al qual s'han sentit sotmesos. Alguns dels seus comentaris són prou suggerents:

"Jo tinc un tutor que per ell, el primer que em va dir va ser que l'única manera d'aprendre és aprendre sola, amb els pacients, com més pacients vegis més aprendràs. I així és la idea que ell tenia, i realment és com vaig estar tota la residència, sola. Vull dir, jo ja sé que això no és ni molt menys generalitzat, però sí que encara hi ha llocs on no funciona la residència (...)" (2) (pàg.25)

- A veure l'autoaprenentatge és una forma...
- D'aprendre bestial.
- Si tu tens una persona que t'està ensenyant, fas un esforç més petit que si no t'ensenyen (...). De fet ara a l'Hospital Clínic, l'autoaprenentatge és el model, i t'ho diuen (...) encara que hi hagi R grans que no tinguin feina en aquell moment, no venen a ajudar-te, no perquè no, sinó perquè has d'aprendre tu sol...(1) (pàg.36-37)
- Hombre se aprende bastante en las guardias.
- Por un lado se aprende.
- Pero aprendes tú, pero aprendes a hostia viva. (sic)
- Quizás es eso en guardias aprendes mucho, pero aprendes a base de pasártelo mal.
- Seguro que aprendes muchísimo.
- Y realmente son imprescindibles.
- ...pero no como están planteadas, es que no estás nada tutorizada ...
- Es que también hay que pasarlo mal.
- No, no hay que pasarlo mal.
- (...)

- No, pero si a ti en la primera guardia te dijese, que también lo pueden hacer: *Tú en esta guardia estás de refuerzo (...)* que tú veas un poquito de que van las cosas (...) tampoco mandarte a la guerra sin pistola, jolín” (1) (pàg.25)

Un últim aspecte a destacar sobre la tutorització com a metodologia⁹ és el rol del tutor de primària durant els dos primers anys de residència. En aquest sentit, alguns participants a la segona reunió critiquen el paper secundari que assumeix el tutor de primària durant aquest període i la poca connexió que, en general, s'estableix entre l'hospital i la primària. Comentaris com els següents ho mostren:

- “Es que yo no sé cual de vosotros habéis visto al tutor de primaria en los dos años de hospital, yo no. Si el teu tutor es el que t'ha de controlar, el que s'ha de preocupar de que la teva formació a l'hospital sigui l'adequada, no el veus, no et comuniqués amb ell, no li pots dir els teus problemes, i ell, el que és pitjor, ell no te cap força per anar a l'hospital i dir-lis que això que estan fent no està ben fet, perquè si tu et vas a queixar. (...)” (1) (pàg.27-28)

✓ *Altres metodologies*

Sobre les altres metodologies de formació com els cursos, seminaris..., algun resident ha apuntat que són una eina important perquè aporten idees però que s'aprèn poc si després no es practica. Es recull del següent fragment:

“Cursos, no sé, em serveixen per donar-me idees, però aprendre? amb un curs? no. No tinc sensació d'haver après. (...) A veure, un curs no deixa de ser una cosa que vas 3 hores, 20 hores, 40 hores si vols, un parell d'hores, o sigui, durant un temps, val? I això, si no ho poses a la pràctica no serveix de res...” (2) (pàg.28)

Avaluació de tutors i centres

Tot i que el tema concret d'avaluació de tutors i centres no apareix com a tal en cap de les tres taules 26, 27 i 28, sembla pertinent incloure'l en aquests resultats no només perquè s'hagi comentat de forma espontània en els grups focals sinó sobretot per la seva relació amb la millora de la formació MIR.

⁹ El tema de la tutorització apareix en diversos moments d'aquest informe per la seva connexió amb altres aspectes estudiats (objectius, avaluació, rotacions...).

En totes dues reunions s'observa dues posicions contraposades respecte a aquest tema. Per una banda, els participants crítics amb la seva tutorització expressen comentaris de “por” a donar “una mala nota” al tutor i al centre per possibles represàlies i perquè creuen que tenen poc efecte; per una altra banda, altres participants no aproven aquesta postura i opinen que cal entrar en una cultura d'avaluació i creure-hi si es vol realment millorar la qualitat de la formació MIR. En les discussions que es generen al voltant de l'avaluació de centres i tutors es manifesten aquestes dues perspectives:

- ... ara estem a tercer any de residència, si vols avaluar al teu tutor, que l'hem avaluar, i aquí ve el problema. A veure, per exemple, a la nostra zona en concret, l'any passat la gent que va acabar abans d'aconseguir feina, es va trucar al coordinador de zona demanant referències per cadascuna de les persones. Si tu avalués malament que passarà? que no treballaràs a la zona?
- Jo crec que això és mentida, sigui a Barcelona la gent que l'any passat va avaluar malament al seus caps, aquest any el seus caps funcionen, i estan treballant igual que la resta(...) Si tu ets un bon metge de família, no deixaràs de treballar per dir que això està mal muntat. A més és que ho saben, són perfectament conscients, no es pensen que ho fan bé.
- (...)
- Bueno nosotros hacemos reuniones de estas de feed back que llaman y todo lo que está en nuestra mano lo decimos, y es lo que tú dices, ellos lo saben, y tienen que cambiarlo, porque para eso es un centro docente. ¿no? ...
- Pero hay algunos ambulatorios muy apalancados, están viviendo de renta.
- (...)
- Pero yo lo que no entiendo es como se les renueva la docencia.
- (...)
- Nosotros, mi centro es el segundo año que es docente, rodeados de centros que tienen quince años, y diez años de experiencia, y que funcionan super bien, con lo cual siempre está el comparativo (...). Nosotros llegamos y bueno, el centro fallaba por todos lados; entonces hay dos opciones decir mira igual sí que depende del trabajo, no?, y otra es que aquí esto no funciona, y por respeto al resto de gente, pues hay residentes que vienen detrás de ti que si tu lo has vivido mal, pues que se pueda mejorar (...)Y además han creado(...)el día del residente(...) decidiendo los residentes del centro lo que nos parece bien y lo que nos parece mal. Si haces una reunió durante todo el día y sales de allí y dices que está todo bien, pues perdón pero tienes una capacidad de evaluación nula ...(1) (pàg.29-31).
- ... jo no puc començar la residència i començar a trucar a la (...) i dir-li: *mira, totes les pegues que tinc, i tot això i tal*, perquè llavors...
- Per això està!!
- Ja ho sé que està així i que s'hauria de fer així, però jo no ho podia fer.
- Però per què no? A mi m'indigna.
- Doncs perquè no, perquè m'amarguen tota la residència i em quedo sense feina, a més a més.
- (...)

- No però tu ara respon, com has fet l'avaluació de l'últim any? Com l'has avaluat? Com realment pensaves? O bé...
- A veure, la vaig fer negativament, però no vaig ficar ni molt menys tot el que jo pensava que volia dir.
- Això ho hauríem de fer.(2) (pàg.26)

Flexibilitat en el currículum

Tot i que es reclama que s'afavoreixi flexibilitat curricular com una proposta de millora (aspectes qualitius), hi ha algun participant que no hi està massa d'acord per dues raons: la complexitat organitzativa que comportaria i la necessitat de cobrir un currículum bàsic per exercir de metge de família.

A més, en ambdues reunions es presenten experiències en aquesta línia la qual cosa reflecteix que avui en dia, existeix cert grau de flexibilitat curricular en algunes Unitats Docents, amb més o menys dificultats.

Diàlegs que il·lustren les opinions i experiències respecte a la flexibilitat curricular s'exposen a continuació:

- En el currículum individualitzat joestic totalment d'acord(...) Nosaltres una mica ho fèiem a psiquiatria, a mi la psiquiatria m'encanta i vaig estar tres mesos, i hi havia gent que no l'interessava, estava dos i l'altra se l'agafava per fer... Jo penso que ser una mica flexible és dels aspectes molt importants, molt importants.
- (...)
- Jo penso que per ser metge de família has de tenir uns coneixements bàsics, és a dir, ser metge de família implica un munt de coses, i tu has d'adquirir tots aquests coneixements que implica ser metge de família.
- (...)
- És difícil, es pot polir una mica, però també a la carta..., organitzar-ho... (2)(pàg.39)

- Pero eso ya se hace ¿no?
- Admite esa posibilidad.
- En mi sitio eso es complicado.
- En el mío no es complicado, en el mío es imposible.
- ¿Por qué?
- Un ejemplo, una compañera mía quiso hacer la rotación de medicina tropical (...) con el Corachán (...) y le pedían como mínimo dos meses de rotación; pues mi tutora, mi coordinadora docente dijo *por ahí*, que eso era demasiado tiempo para un médico de familia ...
- A mí al contrario (...). Me fui a mí tutor y le dije: *Yo tengo que hacer la rotación por tropical, porque la necesito, y además no quiero hacer la de HIV en el hospital*, y me la consiguió en Drassanes ...(1) (pàg.32-33).

Durada de la residència

Aquest tema, és l'aspecte més destacat entre els residents en aquesta part qualitativa del qüestionari ja sigui expressat com a punt feble (curta durada de formació) o com a proposta de millora (allargar la formació). Tot i que els participants a les reunions subscriuen aquesta proposta, la diversitat d'experiències, interessos i opinions manifestats en aquestes reunions fa pensar que seria difícil consensuar entre els residents l'organització d'un nou model formatiu de quatre anys. Com exemple il·lustrador serviria el següent fragment:

- Jo no dic que no sigui important lo hospitalari, jo n'he après molt. Jo penso que sí que és important però em sembla que encara se li hauria de donar més importància al CAP. Haurien d'estar molt més igualats.
- Jo crec que no. Al CAP hi tens molts anys per estar-hi i l'any de R3 aprens molt al costat d'algú altre. Però és una cosa que pots aprendre més en canvi, otorrino no tornaràs, dermatò, no tornaràs.
- ...però que la formació al CAP és escassa. No et dona temps de fer res.
- Per què és escassa?
- Ara i tal com està muntat, dos anys tenen molt pes en tres anys. (2) (pàg.34-35)

Rotacions hospitalàries

Les rotacions hospitalàries són un element fonamental en la formació del metge de família (pràcticament 2/3 parts del temps de residència). Per aquest motiu, no resulta estrany que hagi estat un dels aspectes més comentats pels residents com a punt fort i/o feble donada la diversitat d'experiències viscudes pels residents que ja s'evidencia entre els mateixos participants als grups de discussió.

Les rotacions hospitalàries han anat sorgint en diversos moments de les reunions. De tota aquesta informació se'n pot extreure que globalment les viuen com una experiència d'aprenentatge important malgrat també en detectin mancances.

A continuació es presenten els aspectes positius i negatius de les rotacions hospitalàries que els residents han remarcat i que queden justificats amb fragments de les reunions.

Com a positiu destaquen dos punts bàsics:

a. L'experiència hospitalària és un element clarament diferenciador de la pràctica professional del metge de família format via MIR.

- Per exemple, és una de les diferències que es diferencien de les persones que no s'han format via MIR i de les que sí. Els metges de família que ens formem via MIR tenim dos anys hospitalaris i la resta no, i aquí hi ha molta diferència, a l'hora de la pràctica de fer de metge de família es nota molt els que han passat pel nivell hospitalari i els que no ho han fet mai.
- Moltíssima. (2) (pàg.34)

b. L'experiència hospitalària permet prendre contacte amb moltes patologies, diagnòstics, proves... en definitiva, aprendre molta clínica, eix bàsic de la competència professional, tot i que hi ha alguna participant que particularment no comparteix totalment aquesta idea pensant en la pràctica a l'AP.

- Permet veure molta clínica, moltes patologies.
- Per a mi no és un punt fort, sincerament ho dic, eh?
- (...)
- És quasi el primer contacte que tens, aprens a explorar. (...) i aprens ràpid,
- (..) o sigui, és bastant dinàmic i aprens molt com a marxés forçades però...
- Jo estic d'acord amb això, però és que jo, per a mi, veure un malalt, palpar una melsa, demanar-li una analítica, una placa i això és tal, a mi això no em satisfà, aprenc però no em satisfà. En canvi la comunicació i tal...
- Però es tracta d'aprendre.
- (...)
- Jo crec que aprens moltes coses que et serveixen per la pràctica moltíssim, et serveixen per després.
- No, jo crec que no, per dins de la primària no et serveixen...(2) (pàg. 35-36).

Contràriament, són més crítics amb :

a. La durada de les rotacions amb opinions diverses -algunes massa curtes, altres massa llargues....-

- Un punt fort d'aprenentatge, però un punt feble perquè hi ha moltes coses... podries treure'n molt més profit.
- Però estan mal organitzades, són curtes, algunes són tan llargues perquè no val la pena, dos mesos a geriatría, està bé, però...
- Són de bona qualitat però són curtes i això és un punt feble important. (2)(pàg. 38).

b. L'aprofitament d'algunes rotacions quan el resident de família disposa d'un temps força limitat de formació hospitalària.

- ...los seis meses, por ejemplo, en medicina interna ¿Qué tiempo realmente aprovechas para formarte?
- Eso te lo encuentras tú se lo encuentra el de interna, se lo encuentra todo el mundo.
- Todos sí, todos...Es mucho más grave un residente que pasa dos años solamente en un hospital, o sea, tendrá que ser superorientada.
- (...)
- Eso es evidente, lo que estoy diciendo es que la formación hospitalaria que es cortita que es escasa debería ser mejor aprovechada. (2) (pàg.13-14)

c. La consideració en què es té als residents de família en l'entorn hospitalari.

- Siempre que vas estás de más. De hecho en la tarjeta de identificación del hospital, la de los residentes es verde y las de los residentes de familia, es naranja, porque somos externos, como los de seguridad, y los de la limpieza...
- (...)
- Pero que pasa, como ellos no saben tus objetivos, y les importa un bledo tus objetivos, lo único que quieren es que estés allí para rellenar las peticiones, o hacer los informes, tanto les da. Si uno cuela pues cuela, menos trabajo que tienen que hacer... (1)(pàg.34).

Avaluació final

Un dels temes polèmics en l'actualitat i del que també se'n fan comentaris en el recull de preguntes obertes del qüestionari és l'avaluació final del MIR. Sobre aquest tema, només se n'ha parlat a la segona reunió on bàsicament s'ha qüestionat la credibilitat d'aquesta avaluació donada la diversitat de criteris entre tutors. Alguns comentaris al respecte han estat els següents:

- Hi ha molta variabilitat. Hi ha gent que és més estricte i no els dona...
- Clar.
- Per fer-te un favor, li donen a tothom excel·lent, o sigui, els criteris per donar una puntuació són tan variables en els diferents tutors o en els diferents coordinadors que llavors els excel·lents d'aquests que surten no te'ls pots creure massa, perquè uns l'han donat amb un criteri i els altres l'han donat amb un altre criteri.
- (...)
- Hi havia una noia a Sant Joan que deia que el seu CAP ja només quan van entrar els hi va dir que allà no hi hauria cap excel·lent d'entrada...
- (...)
- Què fort!" (2) (pàg.22-23)

Valoració global de la formació MIR

Al final d'ambdues reunions, ha sorgit de forma espontània fer un valoració global del procés de formació MIR, que ha estat molt menys positiva en la primera reunió que en la segona sobretot pels problemes viscuts amb els tutors. Els diàlegs següents ho evidencien:

- La residència està molt bé, és el que diu ella, perquè permet aprendre de molts llocs, i fer rotacions que et poden interessar, que d'una altra manera, no podries aconseguir. Però que lo que aprens és perquè et motives tu, perquè t'ho passes malament i o has d'aprendre o perquè algú que ho ha passat fa poc t'ho ensenya...
- (...)
- Tens tota la raó, però que no es perfecte ni molt menys.
- A mes segur que pot funcionar, perquè hi han ambulatoris que funcionen... (1) (pàg.37-38)

- Suposo que tots considerem que la via MIR és, de moment, la millor que hi ha de formació tot i tantes pegues que hem posat... vull dir, en això estem d'acord tots.
- Jo crec que sí.
- Que això quedi clar.
- Globalment esteu contentes? (investigadora)
- Sí. (quòrum) (2) (pàg. 40)

Disposició a participar en una reunió de grup

Han respost correctament a aquesta pregunta 103 persones (92,8%), de les quals 25 (24,3%) han respost afirmativament i 78 (75,7%) negativament. Totes les primeres han enviat la tarja amb les dades personals per poder ser avisades per la reunió encara que algunes no han pogut assistir-hi.

4.2. RESULTATS TUTORS

A continuació es presenten els resultats obtinguts a l'enquesta dels tutors juntament amb les aportacions i interpretacions que han fet d'aquests resultats, en el grup focal organitzat, un grup de tutors-informants voluntaris. Per seguir un ordre, es mantindrà la mateixa estructura del qüestionari.

DESCRIPCIÓ DE LA POBLACIÓ. NOMBRE DE RESPOSTES:

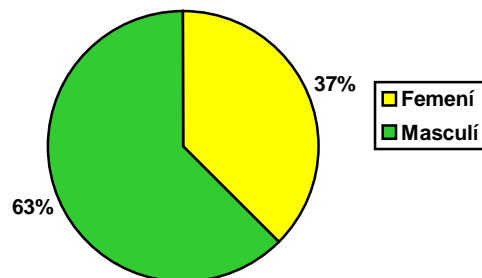
L'enquesta està adreçada a la totalitat dels tutors dels residents de tercer any (R-3) i per tant N=240 donat que la relació és 1 tutor=1 resident. D'aquesta població han respost 109 (n=109) que suposa una taxa de resposta de gairebé el 46% del total de la població.

A continuació es descriuen les característiques d'aquests tutors:

Percentatge de respostes segons gènere

La seva distribució és la que segueix (v. gràfic 31)

GRÀFIC 31. PERCENTATGE
TUTORS SEGONS GÈNERE(T)



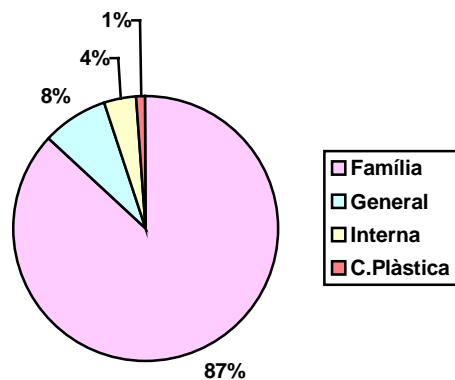
Si es comparen aquestes proporcions de gènere obtingudes a la mostra amb les corresponents a la població total (55% homes i 45% dones) amb el test binomial, es confirma que no hi ha diferències estadísticament significatives entre la població i la mostra ($p=0.373$) i per tant es pot dir que aquesta, és representativa de la població de referència.

Especialitat

En el gràfic per sectors que segueix es mostra la relació de les especialitats d'aquests tutors en la que destaca àmpliament la de Medicina Familiar i

Comunitària (87%). Si a aquest percentatge se li sumen els tutors generalistes (8 en total) que es l'equivalent a Medicina de Família abans de la reforma , arriben a ser el 95% dels tutors que han respost a aquest ítem. Només 5 persones s'han reconduït des d'altres especialitats i concretament des de Medicina Interna.

GRÀFIC 32. PERCENTATGE ESPECIALITAT TUTORS (T)



Aquest resultat permet inferir que majoritàriament són tutors relativament joves – l'especialitat es va iniciar l'any 83 amb la reforma sanitària- formats en la manera actual d'entendre l'atenció primària.

Any que s'inicien com a tutors

Per analitzar aquesta dada de la població s'ha creat una nova variable que representa el nombre d'anys que porten actuant com a tutors, en definitiva, els anys d'experiència en la tasca docent.

Al ser una distribució no normal, segons indica el test de Kolmogorov-Smirnov ($p=0,000$), la descripció es farà bàsicament amb la mediana, els percentils 25 i 75 i els valors màxims i mínims. (v. taula 29)

TAULA 29. ESTADÍSTICS BÀSICS ANYS D'EXPERIÈNCIA COM A TUTORS(T)

Mediana	5,00
Perc. 25	4,00
Perc. 75	8,00
Rang interquartil	4,00
Mínim	1,00
Màxim	16,00

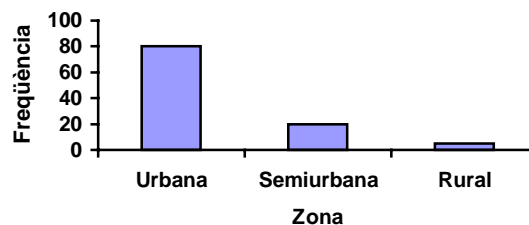
En l'histograma (v. annex 22) s'observa que hi ha força variabilitat pel que fa als anys d'experiència docent; des de dues persones que porten 16 anys –segona o tercera promoció- fins a altres dues que tot just s'han iniciat l'any 99.

La mediana està en 5 anys d'experiència (des de 1995) amb un percentatge del 23,8% que coincideix amb l'inici de la convocatòria específica i l'augment significatiu de places de l'especialitat.¹⁰ Concretament, els participants a la reunió ho expressen de la següent manera:

- El 95 va haver una ampliació molt gran
- Sí, sí.
- Amb la segona convocatòria.
- Va sortir l'específica. (Pàg.2)

Zona on s'ubica el CAP on treballen

Seguint els resultats presentats en el gràfic 33, en la majoria dels casos els tutors treballen en centres urbans (76,2%), mentre que només en el 4,8% dels casos (5

GRÀFIC 33. FREQ. ZONA ON S'UBICA EL CAP
(T)

¹⁰ El nombre de places ofertades a l'especialitat de MFIC a Catalunya passa de 112 l'any 94 a 252 l'any 95 que són els que inicien l'especialitat el 96 i que corresponen a l'estudi pilot d'aquesta recerca, la qual cosa suposa un augment d'un 125%.

tutors) treballen en CAPS situats a zones rurals.

PERCEPCIÓ DE LA CAPACITACIÓ DELS RESIDENTS SEGONS ELS TUTORS:

A continuació es presenten els resultats, segons l'escala construïda amb aquesta finalitat, de la percepció dels tutors sobre la capacitat dels residents que han format. Per això, de la mateixa manera que amb els resultats dels residents, s'ha fet una qualificació global de cada àrea competencial (que engloba diversos ítems) en base a fer la mitjana de cada individu en totes les puntuacions creant, per cada àrea, una nova variable.

Per veure si aquestes noves variables segueixen una distribució normal s'ha aplicat la prova Kolmogorov-Smirnov amb la correcció de Lilliefors i com en la majoria de casos el resultat d'aquest test dóna un valor de $p < 0,001$, mentre no s'afirmi el contrari, les noves variables es descriuen amb els paràmetres estadístics bàsics (mediana, percentil 25, percentil 75, rang interquartil, màxim i mínim). Només es fa ús dels descriptors clàssics (mitjana i desviació estàndard) en les variables que segueixen una distribució normal que són l'àrea d'habilitats clíniques bàsiques ($p=0,056$) i l'àrea d'habilitats comunicatives ($p=0,178$).

1. Habilitats clíniques bàsiques

Tal com s'ha comentat, aquesta nova variable segueix una distribució normal i per tant, es descriu amb els paràmetres estadístics propis d'aquestes distribucions que es presenten a la taula 30:

TAULA 30. ESTADÍSTICS CLÀSSICS HAB. CLÍNiques (T)

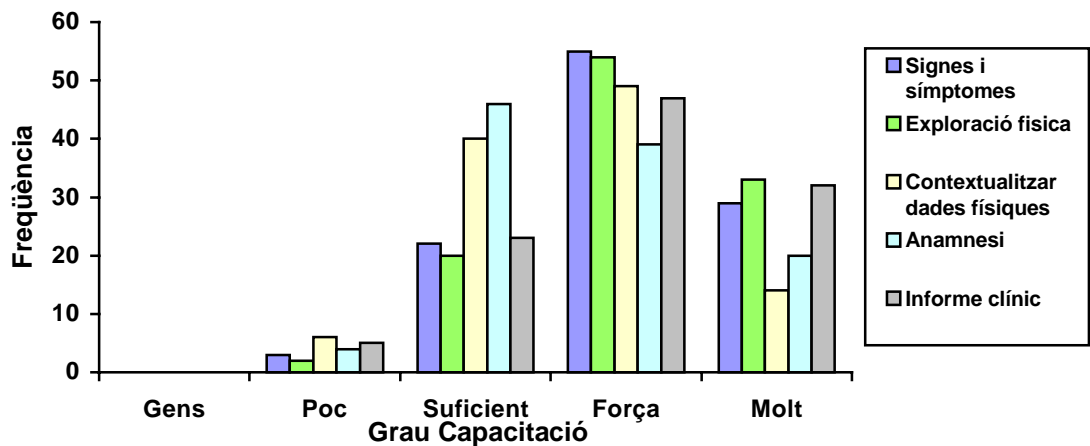
Mitjana	3,88
Desviació Estàndard	0,63
Mínim	2,20
Màxim	5,00

Globalment els tutors qualifiquen força positivament als residents en habilitats clíniques bàsiques. La mitjana de 3,88 correspon a una percepció sobre els seus

residents de gairebé força capacitat i el fet que la desviació estàndard sigui de 0,6 mostra una homogeneïtat important tot i que, com a mínim, un tutor puntua el seu resident amb una nota inferior a tres (per sota de la suficiència).

En el desglossament per ítems que es presenta en el gràfic 34 es veu que les puntuacions en cada ítem són molt similars; una majoria els puntuen amb l'opció 4 "força capacitat" a excepció de l'ítem *Fer una anamnesi centrada en les necessitats i expectatives del pacient* on la 3 "suficientment capacitat" és l'opció majoritària. Tanmateix, també s'observa que en cada competència hi ha un nombre reduït de tutors que els atribueix poca preparació.

GRÀFIC 34. FREQ. ÍTEMS HABILITATS CLÍNIQUES (T)



Dins aquesta àrea competencial, *Redactar un informe clínic que reculli la informació més rellevant* ha estat una de les competències més destacades, on llevat de 5 tutors que "suspensen" els seus residents, hi ha un 30,4% que els consideren molt capacitats i un 45,1% que els consideren notablement capacitats – força superior a l'autoqualificació dels propis residents-. Davant la presentació d'aquest resultat, els participants a la reunió consideren que és un dels aspectes que més s'han millorat a l'atenció primària i inclús es sorprenen que els resultats no hagin estat millors. Aquestes opinions les expressen en el següent diàleg:

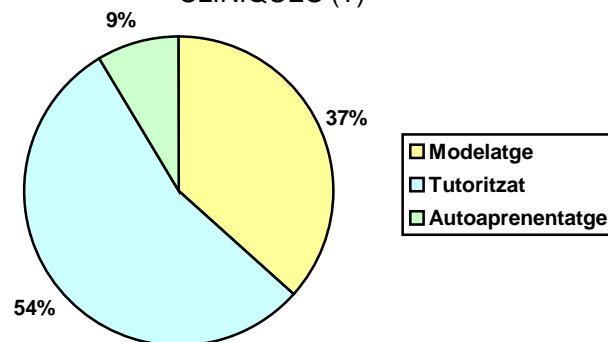
- Us quadra o no us quadra?(investigadora)
- A mi, sí.
- (...)
- Jo inclús més, si hagués de qualificar als residents inclús més.
- Més?
- (...)Una altra cosa és com ells ho percebeixen o ho sentin, no?.
- I si ho compares amb la qualitat de la informació fa 20 anys en l'Atenció Primària .
- (...)

- Reconegut per companys, per gent, per gent que ho necessitava, vull dir, és que t'ho diuen. Vull dir, segur. (pàg. 6-7)

Envers la manera d'adquirir aquestes habilitats s'observa que només 93 persones (el 85,3% del total) han respost a aquesta pregunta. En aquest cas, les dades apunten que la majoria (51 tutors, el 54,8%) consideren que els residents han après aquestes competències fonamentalment de manera tutoritzada, seguit de 34 persones (36,6%) que opinen que ho han fet per modelatge i només 8 consideren que han usat l'autoaprenentatge. Les altres opcions possibles ni apareixen.

A continuació es presenta un gràfic de sectors que il·lustra aquestes dades.

GRÀFIC 35. METODOLOGIA HABILITATS CLÍNIQUES (T)



2. *Habilitats tècniques instrumentals*

En aquest apartat les respostes no són tant homogènies com en l'anterior; aquí hi ha persones que qualifiquen en tot el ventall possible d'alternatives com es pot observar en el gràfic 36.

A continuació i com en el cas anterior s'analitza la variable nova obtinguda de fer la mitjana de les puntuacions en cada apartat i com la distribució de la variable no és normal, es fa ús dels següents descriptors .

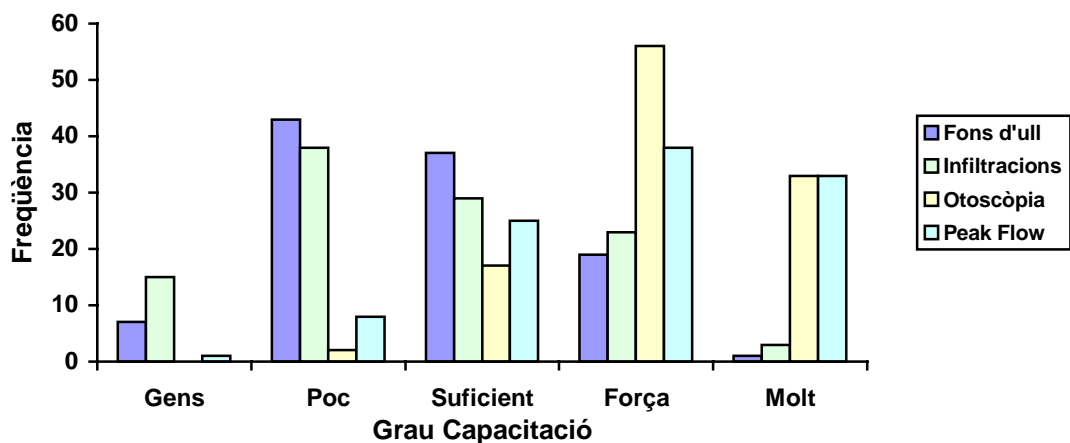
TAULA 31. ESTADÍSTICS BÀSICS HAB. INSTRUMENTALS (T)

Mediana	3,50
Perc. 25	3,00
Perc. 75	3,75
Rang interquartil	0,75
Mínim	1,50
Màxim	4,50

Es veu que en conjunt els tutors els donen un aprovat amb una mediana de 3,5 i un percentil 25 de 3 la qual cosa significa que, com a mínim, el 75% dels tutors atribueixen globalment un "aprovat" als residents i només són 23 els tutors (segons l'histograma de freqüències que es pot consultar en l'annex 22 que no els consideren preparats. De totes maneres, el rang és ampli, des d'un mínim de 1,5 fins a un màxim de 4,5 encara que en cap cas s'arriba a la nota màxima.

Observant les dades obtingudes en els diferents ítems que es recullen en aquesta àrea competencial es detecta cert paral·lelisme amb els residents. El tutors també distingeixen diferències en la capacitació dels residents per practicar aquestes tècniques. S'està parlant també d'un percentatge significatiu de "suspesos" en *Practicar un fons d'ull* i *Practicar infiltracions articulares* -46,7% i 49,1% respectivament- mentre en *Practicar una otoscòpia* (1,9%) i *Practicar un peak-flow* (8%), aquest percentatge és visiblement inferior.

GRÀFIC 36. FREQ. ÍTEMS HABILITATS INSTRUMENTALS (T)



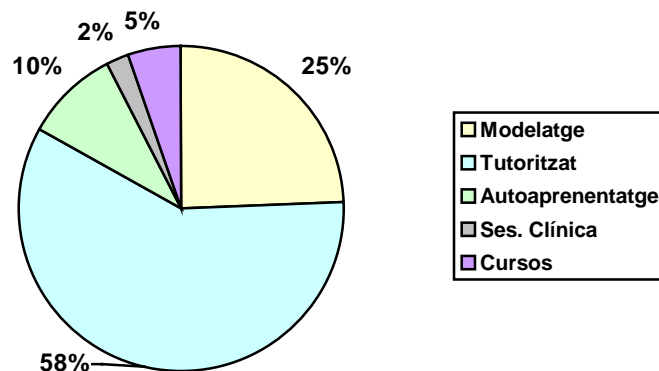
Segons els tutors participants a la reunió això obeeix a la poca preparació dels mateixos tutors i a que són tècniques poc practicades a primària; així mateix, hi ha

qui remarca que tampoc se'ls hi ha ensenyat a les rotacions hospitalàries corresponents. Es reflecteix en el següent diàleg:

- Y nosotros ¿Cómo estamos?
- Si hi ha un centre hi ha deu tutors i cinc saben i cinc no saben infiltrar, doncs als residents passarà igual ...
- Inclús a les rotacions, quan han fet la rotació per oftalmo, al menys en el nostre cas, la majoria del que es queixa és que no han fet...només han vist catarates...
- ... Depèn de la nostre implicació potser.. Si tu en saps pots ensenyar-ho.
- Però fons d'ull en fem pocs a primària...amb l'hipertens l'avaluació inicial però després ja no; amb el diabètic si que l'hauríem de fer, l'hauríem de fer però...
- (...)
- Per tant ja no es fa. Infiltracions és o ho fas o no ho fas. Que no, doncs fora...
- No es estrany.
- No. (quòrum) (pàg.7)

El 86,2% dels informants han respost correctament a l'ítem sobre com s'han adquirit aquestes competències. En el gràfic per sectors que tot seguit es presenta es pot observar com consideren els tutors que els residents han après a practicar aquestes tècniques. Una majoria, el 58,5%, refereixen la tutorització i el 24,5% el modelatge; només 9 tutors (9,6%) atribueixen l'autoaprenentatge com a l'estratègia fonamental per adquirir aquestes habilitats tècniques.

GRÀFIC 37. METODOLOGIA HABILITATS INSTRUMENTALS (T)



3. Habilitats de maneig

Segons els descriptors (v. taula 32) els resultats aconseguits en l'àrea competencial de maneig són realment positius. Així la mediana està en 3,8 -gairebé força

capacitació- i el percentil 25 en 3,3 la qual cosa indica que, com a mínim el 75% dels tutors, consideren suficientment capacitats els seus residents en aquestes competències. Aquestes dades no sorprenen els participants al grup de discussió doncs comenten que és una part fonamental de l'activitat clínica . Ho manifesten amb els següents comentaris:

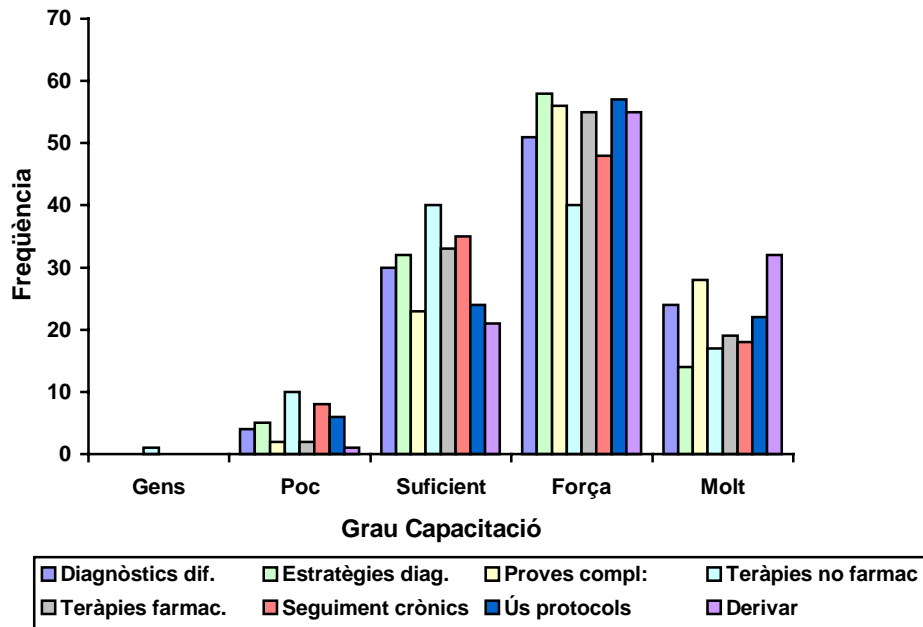
- Jo penso que això és el "paquete mínimo", m'entens?
- Claro.
- Si los suspendiéramos...
- Si això no ho fan bé...
- Podem discutir si s'ha de d'infiltrar o no, podem discutir si s'ha de fer cirurgia ambulatoria o no però clar has de saber orientar lo que te cae en las manos, no? Això és imepinable. (pàg. 8)

TAULA 32. ESTADÍSTICS BÀSICS HAB. DE MANEIG (T)

Mediana	3,875
Perc. 25	3,37
Perc. 75	4,34
Rang interquartil	0,96
Mínim	2,00
Màxim	5,00

En una anàlisi per ítems (v. gràfic 38), és constata que en general els tutors consideren aptes els residents per a realitzar les tasques pròpies del maneig dels malalts i que en gairebé totes les competències específiques, entre un 68% i un 79 % els qualifiquen entre força i molt capacitats.

GRÀFIC 38. FREQ. ÍTEMS HABILITATS DE MANEIG(T)



En una anàlisi més específica de les competències d'aquesta àrea, els participants només fan comentaris sobre dues competències que són *Establir un pla de seguiment per a patologies cròniques* i *Indicar teràpies no farmacològiques*.

En la primera, *Establir un pla de seguiment per a patologies cròniques*, els resultats posen en relleu que hi ha un 44,2% dels enquestats que consideren que els residents estan força capacitats en aquesta competència i que només un 7,7% els suspelen. En el grup focal, no tots els participants semblen estar d'acord amb els resultats obtinguts doncs mentre alguns apunten que el seguiment es fa amb certa agilitat gràcies a les eines¹¹ que actualment es disposa en l'atenció primària, d'altres opinen que es difícil de dur a terme pel grau d'organització que implica. La conversa esdevé de la següent manera:

- Potser lo que no aprenen és a establir un pla el seguiment de patologies cròniques, és una de les coses que no solen fer, citar-se a gent, s'ha de veure'ls...
- Només han suspès a vuit.
- Nosaltres això ho tenim molt protocolitzat també, molt general.

¹¹ Avui en dia la informàtica s'ha imposat a molts centres d'Atenció Primària facilitant el seguiment de malalts crònics.

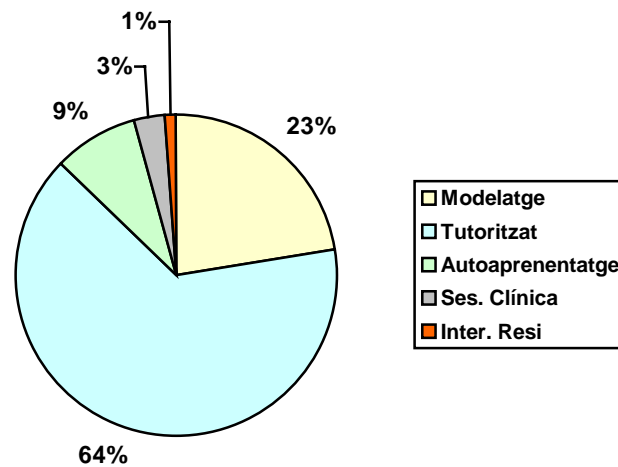
- ...muy protocolizado, cada dos meses, cada seis meses, cada no sé cuantos pues ya está...Ah! falta la analítica de los seis meses, lo ves en la pantalla.
- Això els que trebal·leu amb ordinador, no? perquè els que no, enrecorde-te'n.
- No però abans quan no treballàvem amb ordinador, teníem un full de protocol de seguiment...
- ...si ho fas en el full doncs a vegades no es fa servir, tal història no es fa servir
- (...)
- És una cosa que se t'escapa i que si no hi estàs molt a sobre, informatitzar sí, però a la pràctica real... (pàg. 8)

En la segona, *Indicar teràpies no farmacològiques* que és la “pitjor” avaluada amb 11 tutors que els consideren poc capacitats i amb un augment considerable del nombre de suficients en detriment dels força capacitats, els participants simplement posen en comú el que han entès per teràpia no farmacològica -proper a activitat preventiva- i senyalen que en moltes ocasions, aquesta és una tasca més pròpia d'infermeria i que per això potser no es treballa tant. Això es veu reflectit en el següent diàleg:

- Tampoc queda clar que vol dir, no?
- Educació sanitària, dietes, exercici...
- És com les activitats preventives ...
- Per teràpies no farmacològiques suposo que s'entén això, davant d'un insomni les opcions són donar-li “avenzo” o intentar explicar-li, que se vая a dormir cada día a la misma hora ...
- I les malalties cròniques, per exemple, fer exercici...
- Jo penso que també...és el fet de que moltes vegades això ho fa més infermeria.
- (...)
- Llavors moltes vegades tens una mica la sensació que no ho has treballat tant... (pàg. 9)

En el gràfic per sectors es mostra que la majoria refereixen que els seus residents han efectuat aquest aprenentatge de manera tutoritzada (60 persones, 64,5%), seguit de 21 (19,3%) persones que ho haurien fet per modelatge i 8 (7,3%) per autoaprenentatge. La resta d'opcions són poc representatives.

GRÀFIC 39. METODOLOGIA HABILITATS DE MANEIG (T)



4. Habilitats de comunicació

Segons es presenta a la taula, aquesta variable segueix una distribució normal ($p=0,178$), aplicant la prova Kolmogorov-Smirnov i com a tal, serà descrita en termes de mitjana i desviació estàndard.

TAULA 33. ESTADÍSTICS CLÀSSICS HABILITATS DE COMUNICACIÓ (T)

Mitjana	3,89
Desviació estàndard	0,63
Mínim	2,20
Màxim	5,00

Globalment aquesta àrea competencial ha estat molt ben qualificada i de forma força homogènia amb una mitjana de 3,89 i una desviació estàndard de 0,63 el que indica que la majoria dels tutors veuen els seus residents entre suficient i força capacitats tot i que seguint el màxim i el mínim hi ha tutors que els donen la puntuació màxima "molt capacitats" i d'altres que no els consideren prou aptes globalment (7 persones segons indica la taula de freqüències presentada a l'annex 22) en habilitats i actituds comunicatives.

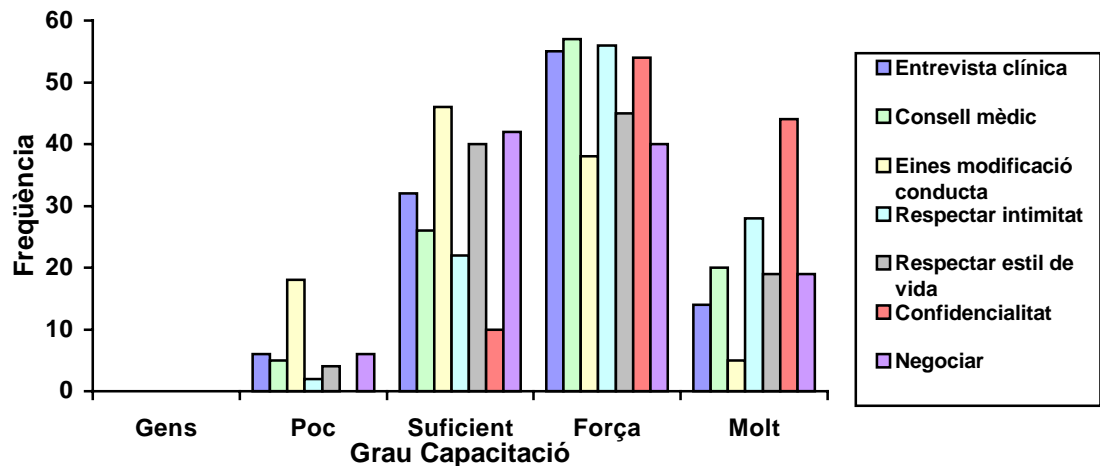
Segons els tutors participants a la reunió, aquests resultats globals responen al fet que en aquesta especialitat hi ha molta sensibilització i motivació vers la

comunicació amb el pacient, i això evidentment es fa ressò en tutors i residents; tal com apunta un tutor, és un aspecte del que se'n té molta cura en aquesta especialitat. Un diàleg que il·lustra aquesta afirmació, es presenta a continuació:

- Jo penso que com tu dius, estem molt motivats, és una cosa en la qual se'ns insisteix molt, a nivell de tutors, de no se què, el tema de la comunicació (...) a nosaltres com a tutors se'ns treballa molt més aquests temes que no pas com diagnosticar una diabetis, que se da por supuesto que lo has de saber...en canvi comunicació...
- Els residents, dins la formació de residents, hi ha com a cursos obligatoris, hi ha com una part dedicada a això. No hi ha cap altra especialitat que ho contempli. (...)
- Jo penso que es algo que es mima bastant, no?
- (...)
- Una cosa és que en sapiguem prou però que es té en compte, doncs jo penso que sí.
- Sí, sí.
- Una de les premisses bàsiques de l'atenció primària és aquesta...Si no saps vendre la moto... (pàg.12)

Un recull de les dades obtingudes en cada ítem es presenta en el següent gràfic.

GRÀFIC 40. FREQ. ÍTEMS HABILITATS DE COMUNICACIÓ (T)



A la reunió dels tutors també es parla d'algunes d'aquestes competències, concretament les millors i pitjors valorades, de les que n'han fet la següent interpretació:

Sobre la competència *Facilitar eines per a la modificació de la conducta* amb el nombre més elevat de "suspesos", concretament 16, els participants comenten que es practica molt poc per manca de temps, el mateix que passa amb les altres

activitats de caràcter educatiu; també es qüestiona l'eficàcia del protocol del PAPPS en el sentit que aconsellar canvis no és garantia que aquests es produeixin. Així ho verbalitzen:

- Està claríssim que per treballar aquest tema necessites temps, temps i temps, i a nosaltres el que ens fa falta és temps, temps, temps, i el que ens sobra són pacients...
- Sí, nosaltres també.
- (...)
- ... és en la perversió del tema de protocol; si faig el protocol no em descuido res. Una cosa és omplir el protocol PAPPS: *Anda, anda no fume...*
- El registre, clar.
- Però clar això no és motivar a la gent pel canvi. Jo ja he fet activitats preventives, ja li he dit que no fumi i que camini. Però clar... (Pàg. 9-10)

Una altra competència comunicativa que es comenta a la reunió és *Mantenir un compromís de confidencialitat*, clarament vinculada a una actitud ètica perquè uns resultats tant positius –un 91,3% dels tutors els consideren entre força i molt capacitats- han suscitat, en la investigadora, l'interès per conèixer els mecanismes que té el tutor per detectar aquest compromís de confidencialitat i per estar-ne tan convençut que aquest es manté. En aquest sentit, els tutors apunten dos fenòmens que permeten inferir aquesta actitud: el fet que un pacient vulgui només que l'atengui un metge-resident i no cap altre i perquè en algun cas, el resident comenta alguna informació confidencial, amb el tutor, de forma discreta sense fer-ho públic. Les respostes que han donat concretament sobre aquesta qüestió es presenten tot seguit:

- Home, molt fàcil, quan et ve un pacient o una pacient diuen: *¿No está Natalia? No, no. Pues ya volveré otro día.* Carai, i després diu: *no, és que vam comentar una cosa (..)* Jo penso que es pot detectar pel que et diu el pacient, no? *Tal no está? No vindré, vindré tal dia.*
- A veure, i si tu estàs pencant i sents que van parlant de Fulano i de Mengano en veu alta i explicant històries dius...i *“pues aquel ha venido, con nombre y apellidos, no? y es un HIV positivo, ¿no? Ara si veus que és discret, que ho comenta amb tu i punto perquè ha sortit això doncs ja està, no? vull dir... I a vegades hi ha gent lo que tu dius no? que vénen i et diuen: Es que lo hablé con el doctor y...”*(pàg. 11)

Per últim, també s'han fet comentaris sobre la competència *Estar disposat a negociar amb el pacient*, que malgrat seguir la tendència habitual, majoritàriament força capacitats (39,2%) amb un nombre considerable de suficientment capacitats (38,2%), els tutors han estat una mica més crítics que els propis residents.

Quan aquesta competència es posa sobre la taula, els participants no coincideixen en si és una competència necessària o no per al metge; si bé la majoria la defensen, uns pocs no en són tan partidaris. Tanmateix, no sembla que els tutors tinguin del tot clar el que significa negociar doncs tal com es pot observar en la discussió al voltant d'aquesta qüestió es confonen negociació i informació. Des d'aquesta perspectiva alguns metges consideren que oferir molta informació a cert tipus de pacients –per exemple, persones grans amb poca formació- pot resultar realment perjudicial per aquests perquè no estan preparats per assumir un paper més actiu en la relació assistencial. El diàleg ha anat així...

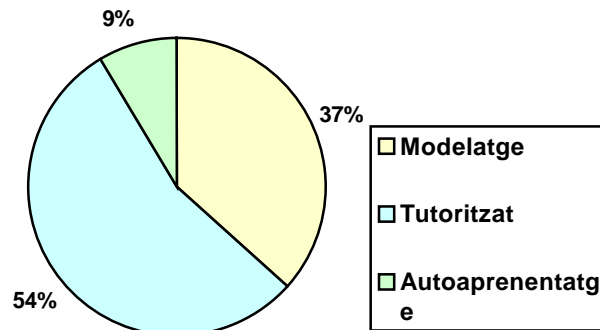
- Jo, per exemple, una cosa que no sé si... Lo que no fem és negociar amb el pacient si li demanem una prova, les conseqüències que pot tenir, i és per això. Per exemple, l'antigen prostàtic específic que pot comportar una biòpsia de pròstata, una prostatectomia moltes vegades es demana així d'*screening* quan és una cosa que hauries de parlar amb ells...
- Sí, jo crec que sí. (en referència a si caldria negociar més)
- Jo penso que s'ha de valorar molt bé el que tens davant (...) De vegades, pots arribar a agobiar a la persona que tens al davant (...) angoixar
- ¿*Qué le parece, le opero o no le opero?*
- No, home.
- No, de vegades és una opció. Té el mateix resultat.
- (...)
- (...) jo crec que s'ha d'informar sempre al pacient, no? Si ho demana depèn com dius tu del nivell cultural no? del llenguatge, però ho intentem eh?, ho intentem.
- Però depèn de qui tinguis davant. (...) si això li dius a un home analfabet, d'uns 70 anys, amb un nivell socio-cultural molt baix. ...
- Genes més angoixa que...
- *Es usted el médico, hágame algo...* (pàg. 13-14)

A continuació s'analitza com s'han aconseguit aquestes competències.

Es pot veure en primer lloc que només 93 persones han respost a aquesta pregunta el que representa el 85,3% dels tutors enquestats.

Destaca el fet que la majoria (54,8%) considerin que l'estratègia metodològica prioritària per a l'adquisició d'aquestes competències han estat les tutories, seguides del modelatge i són només 8 els tutors que atorguen a l'autoaprenentatge el paper principal. Així s'observa en el gràfic de sectors que es presenta a continuació.

GRÀFIC 41. METODOLOGIA HABILITATS DE COMUNICACIÓ (T)



5. Atenció a la família

A l'igual que en la majoria d'àrees competencials es tindrà en compte la mediana i els percentils per a descriure la variable (taula 34), al no seguir aquesta una distribució normal. En aquest grup de competències el percentil 25 està en 3, és a dir, que com a mínim un 75% considera que els seus residents estan suficientment capacitats per a dur a terme aquestes tasques. En la taula de freqüències (veure annex 22) destaquen les 22 persones que globalment no creuen que els seus residents estiguin preparats per atendre la família i els 11 tutors que els atorguen la màxima puntuació.

TAULA 34. ESTADÍSTICS BÀSICS ATENCIÓ A LA FAMÍLIA (T)

Mediana	3,50
Perc. 25	3,00
Perc. 75	4,00
Rang interquartil	1,00
Mínim	2,00
Màxim	5,00

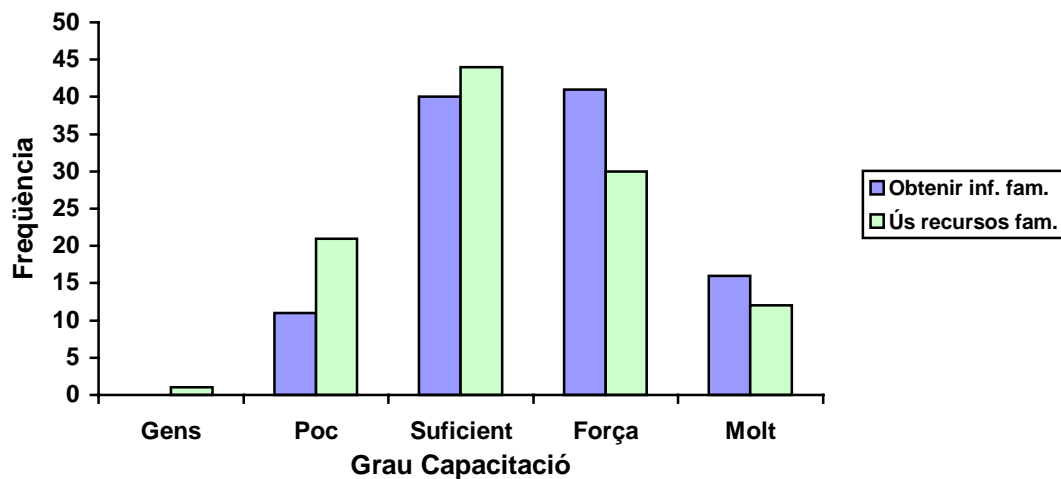
Davant la presentació d'aquests resultats globals, els participants a la reunió es sorprenen perquè els troben massa positius. El fragment de la reunió on es fa palès l'escepticisme mostrat davant les dades és prou aclaridor.

- Jo crec que atenció a la família, Déu n'hi do lo que surt.
- Jo penso que atenció a la família surt massa bé.

- Sí, sí. (riures)
- Perquè a veure, la comunitat encara tenim consciència que no la fem, però és que l'atenció a la família...
- No tenim ni consciència. (riures i confusió)
- Això de la família, vull dir, una de les sessions que vaig presentar durant l'any passat (...) es van posar molt nerviosos perquè no sabien què prioritzar, què preguntar, com enfocar-ho. Tractar la família en conjunt, no crec... (pàg. 5)

Una anàlisi detallada de cada ítem (v. gràfic 42) permet veure que en la competència *Obtenir informació de l'entorn familiar del malalt* són només 10 els tutors que consideren que els seus residents estan poc capacitats mentre en la competència *Utilitzar els recursos familiars de suport al malalt* el nombre de tutors crítics augmenta considerablement -fins a 22-.

GRÀFIC 42. FREQ. ÍTEMS ATENCIÓ A LA FAMÍLIA (T)

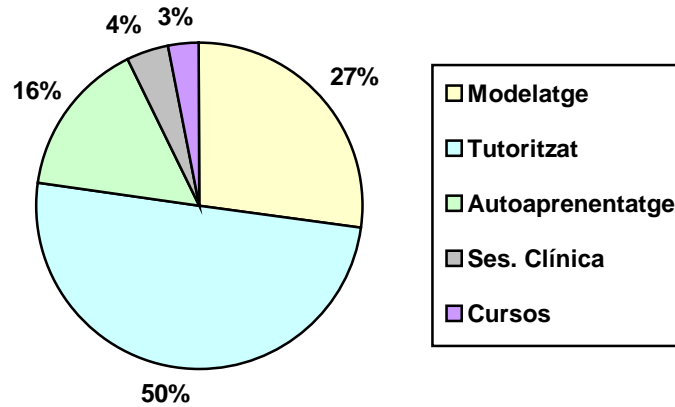


Els participants semblen estar d'acord en què obtenir informació és menys difícil que fer ús dels recursos familiars del malalt. Així ho expressen:

- Com no sigui alguna atenció domiciliària, que llavors també pots caure en el què necessites ...
- És lògic, obtenir informació és molt més fàcil, preguntes i ja està.
- Però manejar això ... (pàg. 6)

Relativament a la manera que els residents han tingut per a adquirir aquestes habilitats han contestat 96 persones (89,4%). Segons aquestes, la manera predominant de fer-ho ha estat la tutoritzada seguida del modelatge (50% i 27,1% respectivament), quedant reduïts a un 22,9% els tutors que atribueixen l'adquisició d'aquestes competències a altres estratègies metodològiques (autoaprenentatge, sessions clíniques, cursos), tal com queda il·lustrat en el gràfic següent.

GRÀFIC 43. METODOLOGIA ATENCIÓ A LA FAMÍLIA (T)



6. Activitat preventiva

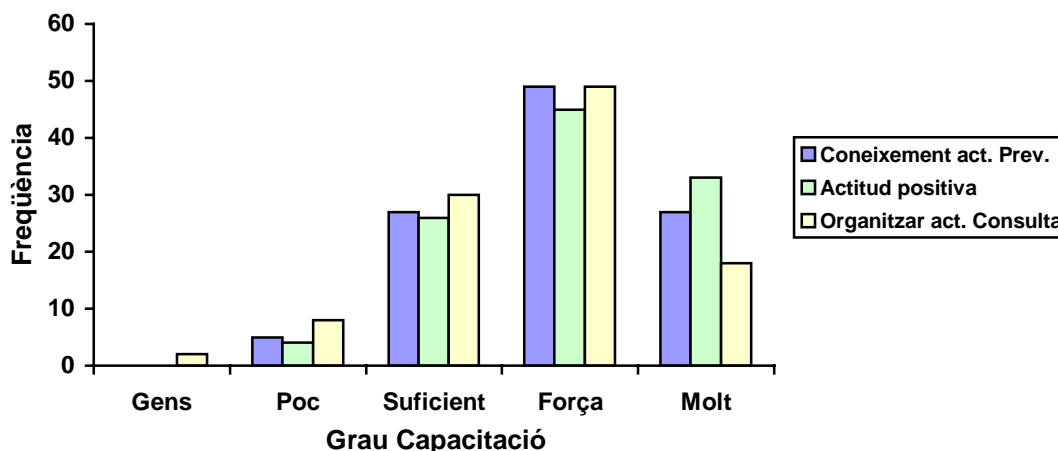
Globalment, aquesta àrea competencial, ha estat molt ben valorada pels tutors. Així, si un es fixa en els descriptius habituals d'aquest tipus de distribucions (v. taula 35) pot veure que la mediana és 4 (el 50% dels casos consideren els seus residents com a mínim força qualificats), amb una àmplia variabilitat que va des d'un valor mínim de 2 a un màxim de 5.

TAULA 35. ESTADÍSTICS BÀSICS ACTIVITAT PREVENTIVA (T)

Mediana	4,00
Perc. 25	3,33
Perc. 75	4,33
Rang interquartil	1,00
Mínim	2,00
Màxim	5,00

En la valoració de cada ítem individualment però recollides en un únic gràfic (v. gràfic 44) es mostren distribucions semblants amb un clar predomini de la puntuació 4 ("força capacitats").

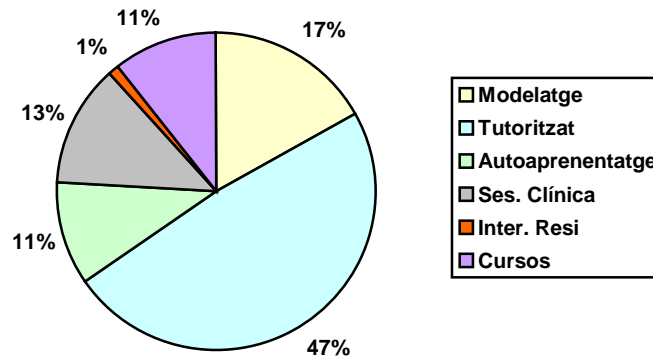
GRÀFIC 44. FREQ. ÍTEMS ACTIVITATS PREVENTIVES (T)



Crida l'atenció, després del que s'ha comentat a proposta de l'ítem *Facilitar eines per a la modificació de la conducta* sobre la dificultat de fer activitat preventiva a la consulta, que els resultats obtinguts siguin tant elevats en aquesta àrea competencial i que quasi no es generin comentaris en la reunió. De fet, apareix certa contradicció entre la preparació, segons els resultats estadístics, que atribueixen als residents i els comentaris que fan els participants que segueixen insistint en la manca temps per intervenir tant a nivell individual com comunitari en aquesta àrea tot i expressar que és una activitat important. Aquesta idea es reflecteix en el següent fragment:

- Una cosa és fer un *screening*, una part important de l'activitat preventiva i una altra cosa és, amb el que detectis en aquest *screening*, intervenir, que és el que potser no fem tant.
- ...Jo penso que realment ens falta temps, vull dir, nosaltres per implementar amb la visita espontània el que són aquestes competències, desenvolupar-les, doncs falta temps, tu ho pots fer amb una persona crònica s'ha encarregat infermeria, però amb els espontanis ens falta temps, ens falta temps, vull dir...
- Que és el que més falta li fa a la gent jove que ve molt per problemes aguts.. a ver...vale. (riures).
- I realment es requereix. (pàg.10)

GRÀFIC 45. METODOLOGIA ACTIVITATS PREVENTIVES (T)



Respecte a la metodologia només han respost 95 persones (87,2% del total), destacant l'aprenentatge tutoritzat seguit del modelatge.

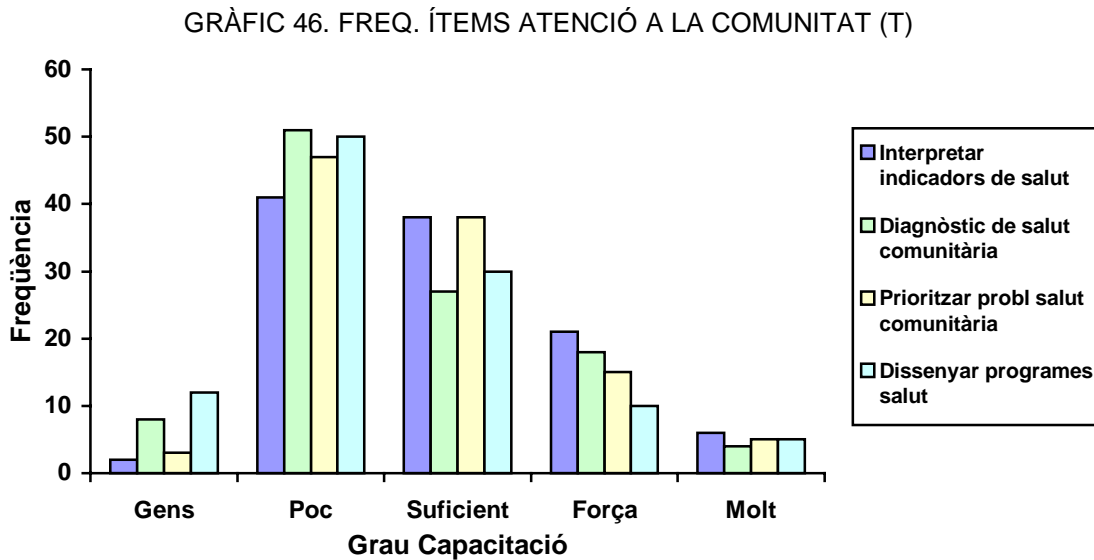
7. Atenció a la comunitat

Aquesta és una de les àrees pitjor valorades de tot el perfil competencial. Els resultats indiquen que en aquest cas, un 75% dels tutors atribueixen als seus residents una puntuació màxima de 3,25 (percentil 75), sent un 62,1% els que no arriben a donar-los un aprovat global. Amb tot, cal dir que hi ha molta variació, ja que trobem puntuacions en tot l'espectre possible, amb un mínim de 1 i un màxim de 5.

TAULA 36. ESTADÍSTICS BÀSICS ATENCIÓ A LA COMUNITAT (T)

Mediana	2,50
Perc. 25	2,00
Perc. 75	3,25
Rang interquartil	1,25
Mínim	1,00
Màxim	5,00

Si s'analitzen els diferents ítems que componen l'apartat de manera individual veiem que hi ha diferències entre ells, si bé que en general les respostes són força baixes (v. gràfic 46).



El primer que suggereixen aquests resultats en el grup de discussió és una autocrítica que evidentment té conseqüències en la formació del resident, tal com s'observa en comentaris com els següents:

- Jo aquí em suspendria, seria l'únic...
- Però és la capacitat del residents.
- (...)
- Sí, però se suposa que està capacitat en la mesura que tu realment el formes en el teu centre en quant a habilitats diferents de maneig, d'entrevista, el que sigui... inclús d'atenció a la comunitat, no? És una forma també d'avaluar-nos nosaltres.
- ...l'atenció a la comunitat hi ha molt pocs llocs que funcioni com Déu mana. Clar la formació també...
- Se'n ressent. (pàg. 4)

- Jo crec que ens suspenem nosaltres mateixos, no?
- Sí ?
- Penso que el nostre suspens és en general. (pàg.14).

Un cop es fa una anàlisi més acurada d'aquesta àrea competencial, es discuteix sobre el paper que el metge de família té en relació a la comunitat. Les opinions i les experiències són diverses. Hi ha qui pensa que no ha estat mai, des dels inicis de l'especialitat, una qüestió prioritària i qui creu que l'administració pública no té

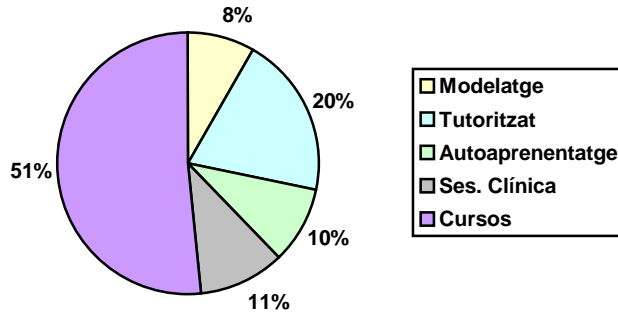
interès en què funcioni perquè no es donen medis i sempre es fan intervencions puntuals i amb caràcter voluntari. També s'ha apuntat que la sensibilitat vers la comunitat com a usuari hi és present però que és difícil intervenir quan la població de referència és molt àmplia i complexa i més sinó s'impliquen altres organismes¹² i institucions. Alguns fragments il·lustratius es presenten a continuació:

- ...Es diu medicina familiar i comunitària però la comunitat mai s'ha tractat des de les primeres promocions de medicina familiar, s'ha vist com una...
- Home jo penso que hi ha hagut al menys la consciència de que la comunitat és un dels nostres usuaris i això ja penso que és bo. I almenys, doncs, això, donar suport a altres entitats comunitàries quan t'ho venen a demanar, anys enrera era impensable.
- ...Com dèiem abans, ens falta temps o igual es té una estructura en la que hi ha altres organismes i institucions que haurien d'entrar més que nosaltres.
- Estem menys implicats.
- (...) És que a fora de Catalunya, allà sí que es fa, hi ha el Consell de Salut, tenen unes institucions socials, sindicats, usuaris, ajuntaments... estan molt més implicats que en el centre, que aquí, que jo penso aquí a Barcelona.
- A nosaltres, per exemple, el Consell de Salut l'hem intentat engegar...
- A però funciona aquí a Catalunya?
- Home, sí, nosaltres, on vaig fer a la residència (...),allà funciona moltíssim el Consell de Salut...
- (...)
- Allà al meu barri hi ha un diari local i hi ha una emissora, l'única que escriu és l'infermera.
- A escoles es fa, a casals es fa, a la radio però... són fets puntuals.
- De tant en tant fas una campanya d'educació, de xerrada d'alimentació...
- I no paguen.
- (...)
- Jo crec que no tenen interès en que es faci (...)El Servei Català de la Salut no té interès en que es faci. (pàg. 14-16)

En la manera d'adquirir aquestes competències, tenim que han respost correctament a aquest ítem 95 persones (87,2%)

Destaca que en conjunt aquestes competències (que sembla que no han estat del tot adquirides), s'han après bàsicament mitjançant cursos (51,6%), força menys creuen que amb tutories (20%) restant com opcions minoritàries les sessions clíniques (10,5%), l'autoaprenentatge (9,5%) i el modelatge (8,4%). A continuació es presenta el corresponent gràfic de sectors.

¹² En aquest sentit s'ha fet referència a l'anomenat Consell de Salut, òrgan del que formen part l'equip d'atenció primària, l'administració local, l'escola, sindicats, associacions de veïns...però que sembla funcionar molt poc a Catalunya.

GRÀFIC 47. METODOLOGIA ATENCIÓ A LA
COMUNITAT (T)

8. Aspectes organitzatius

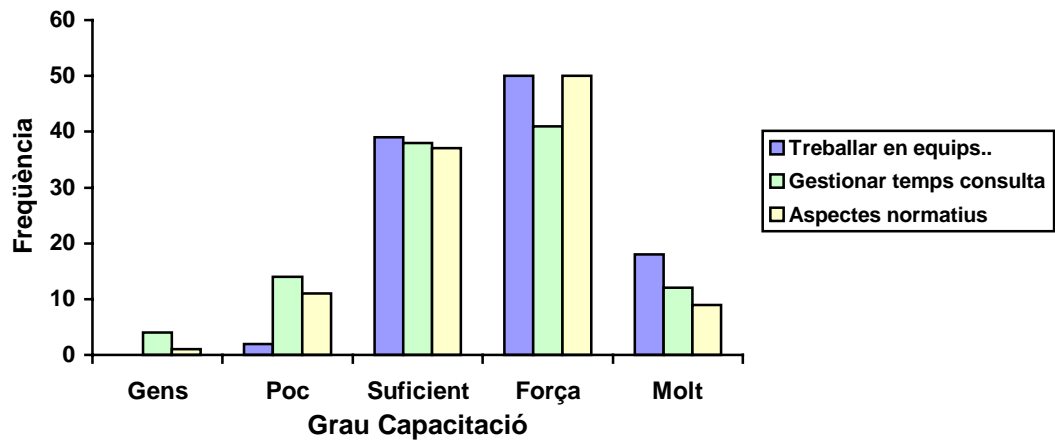
Els resultats obtinguts en aquesta àrea competencial indiquen que globalment els tutors consideren els seus residents suficientment capacitats en aquestes competències doncs els percentils 25 i 75 són 3 i 4; només un 13,6% dels tutors els "suspenen" en aquest tipus de tasques. A més el màxim i mínim, de 5 i 1,33 respectivament, apunten que hi ha persones en tot el rang de possibilitats. (v. taula 37)

TAULA 37. ESTADÍSTICS BÀSICS ASPECTES ORGANITZATIUS (T)

Mediana	3,66
Perc. 25	3,00
Perc. 75	4,00
Rang interquartil	1,00
Mínim	1,33
Màxim	5,00

A continuació s'analitza, com en tots els casos, cadascun dels ítems que corresponen a aquest grup de preguntes (v. gràfic 48).

GRÀFIC 48. FREQ. ÍTEMS ASPECTES ORGANITZATIUS (T)



El gràfic mostra que la competència millor puntuada ha estat *Treballar en equips multidisciplinar* (dues persones poc capacitades) i la pitjor valorada *Gestionar adequadament el temps a la consulta* (divuit persones poc o gens capacitades). Totes dues han estat comentades a la reunió.

Sobre la competència *Treballar en equips multiprofessionals* el primer que els participants han comentat és que cal diferenciar estar capacitats per treballar en equip del fet que a les àrees bàsiques es treballi en equip o no. Segons els tutors els miniequips anomenats UBA (metge, infermera, resident) acostumen a funcionar millor que els equips multiprofessionals molt més amplis. Tanmateix, suposen que sovint el resident treballa en equip amb els altres residents –sigui o no amb un objectiu assistencial- la qual cosa també pot influir en l'adquisició d'aquestes competències. Queda reflectit en el següent diàleg:

- Clar, si tu em preguntes si el resident està capacitats doncs igual jo et diré que sí o que no, o el que sigui, una altra cosa és que jo digui que a l'àrea bàsica es treballa en d'equip o no, o que es pot treballar o no es pot treballar.
- (...)
- I que consideres equip. Si tu consideres equip a tu i a la teva infermera, per exemple, treballes fantàsticament junts, doncs ja està, i el residents, és un equip, pots treballar bé. Doncs ja està.
- ...els residents entre ells treballen molt.
- (...)
- ... entre ells, jo penso que és treballar en equip entre ells, treballs d'investigació, de formació, que ells mateixos s'hagin d'ajudar a fer una recerca d'alguna cosa. Això ja els obliga a treballar en equip, i a repartir-se les tasques i hi haurà un líder i...

- (...)
- La majoria? (investigadora)(en referència a si es treballa en equip a les àrees bàsiques).
- Sí.
- Jo crec que sí.
- I amb altres professionals? (investigadora)
- Ui, És molt arriscat i molt plural amb altres professionals...(pàg. 17-19)

Els tutors, fan al·lusió als administratius com els menys integrats en l'equip tot i que remarquen que tenen un paper fonamental. Ho expressen de la següent manera:

- Els que s'han integrat menys al equip són els administratius, perquè hi ha un motiu, que el seu sou d'entrada no el van tocar i no cobren res més per treballar en una àrea bàsica que té més funcions no? (...)
- (...)
- Home és el primer contacte.
- M'entra visites, negocia interconsultes...
- (...)
- Pot ser borde i disposar-te malament amb el pacient, pot ser simpàtic o agradable i allanarte el camino...
- (...)
- És molt important l'administratiu." (pàg. 19-20)

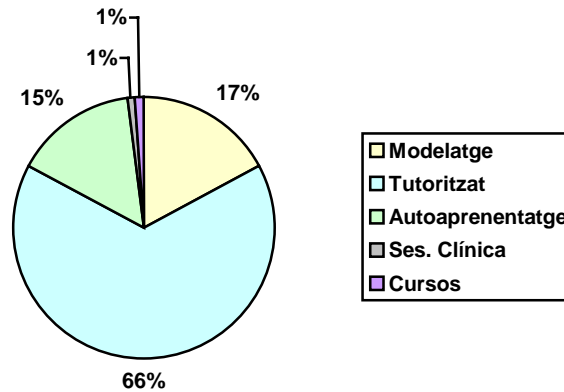
Al voltant de la competència *Gestionar el temps a la consulta*, els tutors opinen majoritàriament que aquesta és una competència que costa d'aprendre i en la que l'experiència juga un paper molt important. En el que no semblen coincidir tots ells és en el mateix concepte de "gestionar el temps" i la seva relació amb la qualitat assistencial, tal com ho prova el següent diàleg:

- Gestionar el temps a la consulta és el que realment penso que pitjor deuen haver valorat ells i que jo els valoraria pitjor. Els costa molt, com comencen, com continuen i com acaben, no? cinc minuts, sis, set, és igual ...
- Ara, per exemple, si gestionar el temps vol dir fer visites amb cinc minuts...
- El temps que tinguis, treure-li la màxima rentabilitat possible. Si estem ja, des de que entra ja parlant, preguntant-li al mateix temps ...
- Però això també és anys d'experiència.
- (...)
- Però això sí que es nota, per exemple quan comencen la residència, la rotació, per primària, els primers 3 mesos i quan acaben(...) al principio te mueres tu haces seis visitas mientras él ha hecho una, pero al final ya...agafa més el fil. (pàg. 20-21)

I respecte als mètodes d'aprenentatge tenim que han respost correctament a aquest ítem 99 persones (90,8%). En aquest cas (com en molts altres), la tutoria té un pes específic molt important (59,6% dels tutors l'han considerat el mètode

fonamental d'aprenentatge), seguit amb pes similar pel modelatge (15,6%) i l'autoaprenentatge (13,8%). El gràfic es presenta a continuació.

GRÀFIC 49. METODOLOGIA ASPECTES ORGANITZATIUS (T)



9. Docència

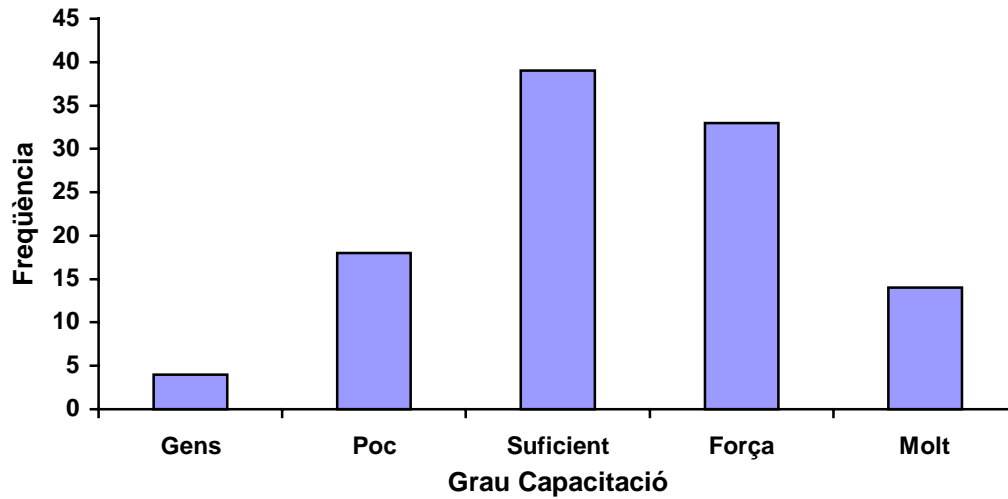
Aquesta àrea competencial només té un ítem; això obliga a canviar una mica l'estratègia d'anàlisi a partir de les freqüències

Observant les freqüències es pot veure que globalment els consideren suficientment capacitats en la docència (36,1% dels casos) o força capacitats (30,6%), 18 tutors els consideren poc aptes per a aquesta tasca i fins a 14 persones els consideren molt capacitats per a les habilitats docents. (v.gràfic 50)

En principi aquests resultats no han suscitat gaires comentaris entre els participants a la reunió. Segons aquests, això s'explica pel fet que molts residents han tingut l'oportunitat de practicar docència amb altres residents més novells i perquè en realitat no els sembla que adquirir aquestes competències sigui difícil.

- ... La docencia se le supone (...). Si alguien viene a hacer prácticas a tu lado le dejas mirar y ya está, ¿no?.
- ... és una cosa que vas aprenent, vull dir, t'ensenyen i després aprens...
- En la nostra especialitat no tant, però en alguna especialitat sí que es nota que de resident ja formen a...
- Sí, sí. I a la vostra també. Els R3 diuen que de vegades fan activitats. (investigadora)
- Si coincideixen a les guardies els R3...
- Els R3 amb els R1.
- Además este mes, cuando el doctor se vaya de vacaciones el R1 nuestro estará con el R gran. (confusió) (pàg. 22-23)

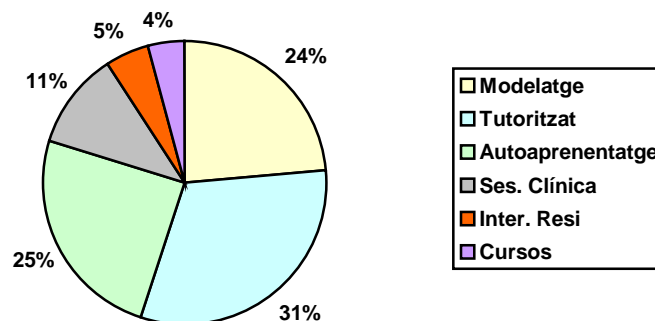
GRÀFIC 50. FREQ. ÍTEMS HABILITATS DOCÈNCIA (T)



Les respostes en l'apartat de metodologia (amb un 87,2% de respostes) són més variades que en casos anteriors, si bé l'opció de l'aprenentatge tutoritzat segueix sent la més escollida (28,4%), es veu que l'autoaprenentatge significa un percentatge important en aquest cas seguit del modelatge (22% i 21,1% respectivament).

Aquesta major diversitat i igualtat de respostes es reflecteix en el següent gràfic de sectors.

GRÀFIC 51. METODOLOGIA DOCÈNCIA (T)



10. Recerca

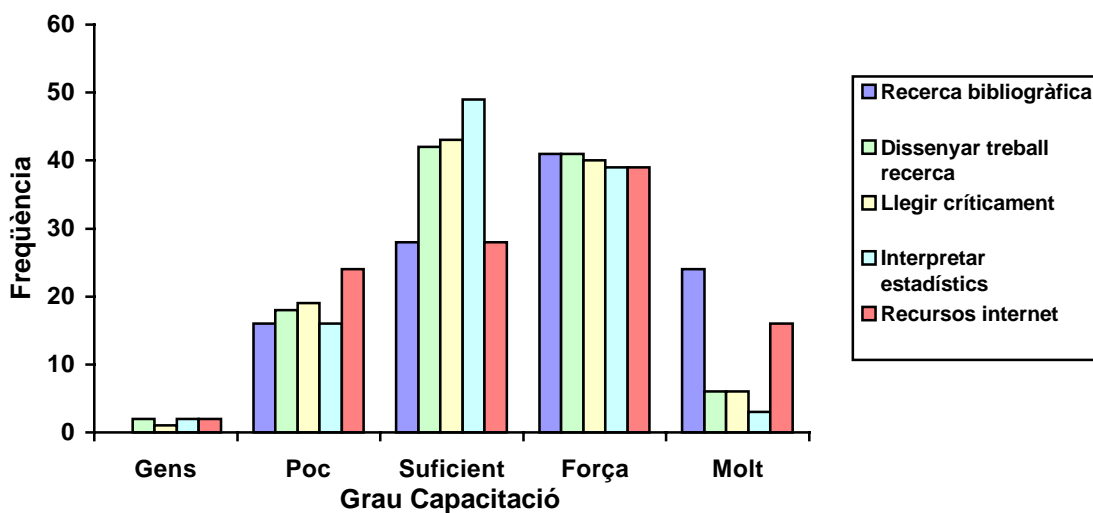
Tal i com es presenta a la taula, aquesta és una de les àrees menys valorades pels tutors, doncs tot i que en conjunt els aproven (mediana 3,4), el percentil 25 està en 2,8 la qual cosa vol dir que hi ha com a mínim un 25% que no els consideren globalment aptes per desenvolupar aquestes competències. Per una altra banda, que el percentil 75 sigui 4 senyala que fins a un altre 25% els donen com a mínim aquesta qualificació.

TAULA 38. ESTADÍSTICS BÀSICS RECERCA (T)

Mediana	3,40
Perc. 25	2,80
Perc. 75	4,00
Rang interquartil	1,00
Mínim	1,40
Màxim	5,00

Quan s'analitzen les respostes, ítem a ítem, es pot veure que aquestes són qualitativament diferents.

GRÀFIC 52. FREQ. ÍTEMS RECERCA (T)



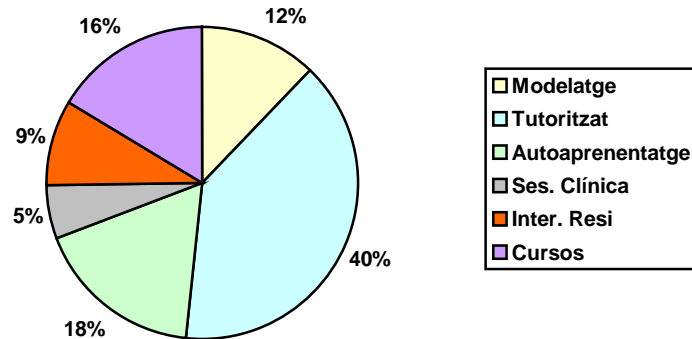
La recerca ha motivat comentaris quan s'han presentat les propostes de millora, on hi consta. Segons els participants, hi ha poc temps de formació especialitzada i per tant, des d'aquesta cal cobrir prioritàriament tot el que afecti el rol assistencial que és el més important per l'exercici de la professió. No dubten que cal millorar la recerca en l'àmbit de l'atenció primària però no creuen que, tal com està organitzada la residència actualment, sigui l'espai més adequat per desenvolupar-la i més si va en detriment d'altres aspectes formatius i laborals. El diàleg en què es parla de recerca, que es centra en el treball de tesi doctoral, es recull a continuació:

- I una recerca important d'aquí no s'ha fet, perquè cada un ho fa pel seu compte i és una cosa prou important.
- De totes formes, per la formació del MIR... en teoria el MIR ha de ser fonamentalment un metge assistencial, no?
- Exacte.
- ... i la recerca... ja són palabras mayores.
- Clar, això és una mica el que discutíem a l'hora dels cursos de doctorat a veure, vull dir, la residència no és una manera de pagar la tesi. (...) Que també s'ha de recordar a algun resident (...) Em sembla perfecte que com més metges de família tinguin la tesi doctoral, millor (...) però vaja, això té un valor en la carrera universitària però per l'assistència no serveix per res ser doctor.... (pàg. 38)

Respecte a la metodologia emprada per a obtenir aquestes habilitats, segons les dades, fins a 91 tutors han respost a aquesta pregunta (83,5%). Destaca que les respostes són, com en l'apartat anterior, força diversificades, persistint una importància global de les tutories (40%), però amb elevats percentatges de els opcions autoaprenentatge (18%) i cursos (16%)

A continuació es presenta el gràfic de sectors.

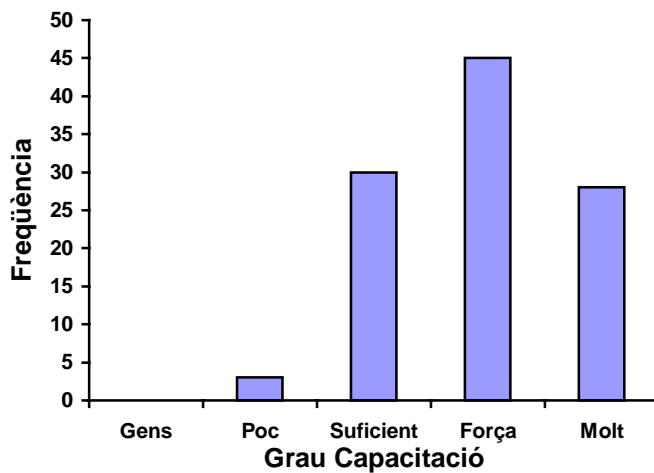
GRÀFIC 53. METODOLOGIA RECERCA (T)



11. Capacitació global

Globalment la majoria dels tutors consideren força capacitats els seus residents 45 persones (42,5% del total), 30 els consideren suficientment capacitats (28,3%). En els extrems, fins a 28 tutors els consideren molt capacitats (26,4%), i 3 els consideren poc. Ho il·lustra el següent gràfic:

GRÀFIC 54. FREQ. ÍTEMS CAPACITACIÓ GLOBAL (T)



A l'igual que amb els residents, s'ha creat una variable numèrica de capacitació global a partir del nivell de competència que els tutors han atribuït als seus residents en cada àrea competencial, és a dir, una nova variable obtinguda de fer la

mitjana aritmètica per veure fins a quin punt coincideix amb aquesta qualificació global més qualitativa.

Per aquesta nova variable es disposa d'una $n=89$ que és el nombre total de tutors que han respost correctament tots els ítems.

La variable numèrica així obtinguda, té una distribució normal ($p=0,178$), i per tant, es fa ús dels paràmetres estadístics clàssics per a descriure-la.

TAULA 39. ESTADÍSTICS CLÀSSICS CAPACITACIÓ GLOBAL (T)

Mitjana	3,52
Desviació Estàndard	0,59
Màxim	4,71
Mínim	1,83

En aquest cas, els valors de 3,5 de mitjana i 0,59 de desviació estàndard, indica que en el 95% dels casos, els tutors consideren que els seus residents estan capacitats amb una nota que va entre el 2,3 i el 4,7 (mitjana i interval comprés entre +2DE i -2DE).

Tal com succeeix amb els residents, el resultat obtingut en la pregunta de caràcter qualitatiu sembla superior a l'obtingut en la nova variable a partir del nivell de competència que els tutors han atribuït als seus residents en cada àrea competencial. Segons els tutors/participants això s'explica perquè en la valoració global es consideren altres elements que no es contempen al perfil; també comenten que això mateix els acostuma a passar quan fan l'avaluació final "real" del resident on freqüentment la puntuació global resulta ser més elevada que les atorgades de forma parcial, per exemple, en cada rotació. És a dir, com es diria en llenguatge docent "acostumen a arrodonir per dalt" la nota final. Aquesta afirmació es destil·la de la següent conversa:

- No, però també intervenen altres factors que no estem avaluant en les preguntes.
- De fet això és el que ens passa a les avaluacions del resident, les finals.
- (...)
- Jo crec que a nosaltres ens passa això, a la reunió d'avaluació sempre tenim tendència a voler pujar de la nota que ens surt.
- Sí? (investigadora)
- Sí. (quòrum)

- Perquè quan el veus, o sigui, quan penses: *aquest és bo* i... en l'avaluació sempre has d'arrodonir a la baixa, no? –un 1,82 es un 1 es lo mismo que un 1,20.
- ¡Que duro!
- Els criteris són aquests i llavors sempre acabes dient: *vols dir que no...*
- ¿No podrías subir un poquillo por aquí para que le saliera dos?
- La mitjana dels resultats parcials sempre surt més baixa que l'apreciació global que tenim els que estan allà reunits...(pàg. 23-24)

12. Adequació de les competències a la tasca de metge de família

Competències que es considera que no corresponen a l'especialista en MFiC segons el perfil presentat a l'enquesta

- 98 persones consideren que no sobra cap ítem, ja sigui deixant en blanc la resposta o bé especificant que no en sobra cap.
- Només 11 persones han fet algun tipus d'aportació ja sigui per dir estan d'acord amb no estan d'acord amb algun ítems i àrea, per matisar-lo o per fer algun comentari com es mostra en la taula següent.¹³

TAULA 40. COMPETÈNCIES QUE NO CORRESPONEN A LA ESPECIALITAT MFiC (T)

Competències que no corresponen
Salut comunitària hauríem de definir marc conceptual; si és el més ampli no el podem assumir (manca de temps), caldria disminuir la ratio de població assignada.
Atenció a la comunitat: abans d'abordar-lo s'hauria de millorar la vessant "individual". Especialitat de formació més llarga (4-5 anys)? Més temps de docència en lloc de tanta assistència? Menys guàrdies en el CAP..?
Sóc crític en la vessant comunitària. Penso que s'ha de saber contextualitzar.
Potser fer el diagnòstic de salut és el que menys està a l'abast d'un sol metge de família ja que es necessiten eines i és un treball multidisciplinari. Les activitats preventives també poden correspondre a altres professionals de la salut (infermeria...) No és exclusiu del metge.

¹³ Al igual que ha succeït amb els residents, en la taula s'inclouen els comentaris tal i com s'han reproduït des dels qüestionaris tot i que cal matisar en alguns casos no es tracta de competències sinó simplement comentaris sobre el perfil.

Competències que no corresponen
No tinc clar que l'atenció a la comunitat sigui tasca del metge de família.
Hi ha diverses que és impossible realitzar sense l'ajuda d'altres professionals de la salut (treballador social, etc.).
Potser en els temes de recerca crec que caldria potenciar la figura del tècnic de salut.
Crec que dissenyar treballs de recerca o interpretar paràmetres estadístics necessiten més el suport del tècnic de salut i no crec que sigui tant important pel metge.
No totes les competències tenen el mateix valor. Crec que la competència clínica és més important que la investigadora.
La docència i la recerca són competències per les quals s'ha de tenir predisposició "genètica" i no entenc que siguin deure del metge de família vocacional.
"Docència" no és una finalitat expressa de la formació MIR en medicina de família.

De les aportacions fetes destaquen els 5 comentaris sobre l'atenció comunitària, des de qui considera que no correspon al metge de família fins aquell tutor que la veu una competència compartida amb altres professionals; altres àrees competencials sobre les que també es fan comentaris són recerca (3) i docència (2).

Competències que es considera que manquen a l'enquesta referents al perfil de l'especialista en MFiC

Els tutors de Medicina Familiar i Comunitària que han respost a les enquestes ho han fet de la següent manera:

- 97 persones (89%) no han especificat cap tasca que falti a l'enquesta referent al perfil competencial del Metge de Família i Comunitària.
- 12 persones han aportat algun comentari en referència a les competències que hi manquen. Són els següents (taula)¹⁴

¹⁴ En aquest cas s'inclouen, entre parèntesi, les puntuacions que aquests tutors atribueixen als seus residents respecte a aquestes competències no contemplades en el perfil tal com ho demana el qüestionari.

TAULA 41. COMPETÈNCIES QUE MANQUEN A L'ESPECIALITAT DE MFIC (T)

Competències que hi manquen
Atenció a la família. Atenció a les dades d'ordre psicològic i social.
La capacitat d'entendre les situacions dels altres membres de l'equip, de gestionar conflictes interns igual que els externs, de conèixer les tasques dels altres membres i de fer-les si s'escau.(no són només del metge) (1) (poden incloure's en la n.34).
Crec que es podria incrementar l'apartat de tècniques instrumentals (ús d'inhaladors, cateterisme vesical i manteniment de la sonda, t. de sutura, t. d'immobilització, tacte rectal, trombectomia hemorroidal externa, drenatges d'abscessos, extracció cossos, etc..)
Fer una valoració psico-social del moment vital del pacient. (3)
A vegades el metge de família ha de fer tasques d'assistent social (de solució de gran quantitat de problemes no "mèdics"). Crec que se'ls forma prou. (4)
Gestió clínica. (3)
Autogestió
Ser capaç de fer queixes als tutors, coordinadors, directors d'ap., col·legi de metges...que amb l'actual nivell de pressió assistencial tot això es pugui fer en uns nivells mínimament raonables. El meu resident ha estat força crític. (4.5)
Gestió de recursos.
Ed. Sanitària individual i grupal sobre patologies cròniques (ex. diabetis) o en act. preventives (ex. Prevenció i autocura d'infeccions resp.) (3) perquè facilita l'autonomia del pacient i redueix la dependència del CAP (gran problema actualment).
Aspectes ètics. Aspectes de formació continuada.
Capacitat per contenir les angoixes del pacient (4). Capacitat d'autoanàlisi de la pròpia tasca (4). Capacitat de resposta en situacions d'urgència (4).

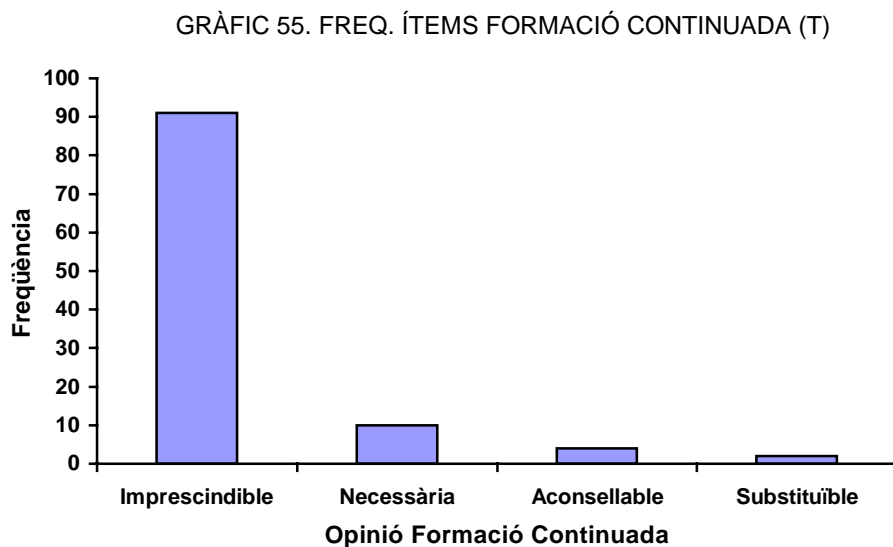
En aquest cas, s'observa molta més dispersió i sense cap qüestió destacable.

Els participants a la reunió estan molt d'acord amb el perfil competencial presentat. Les expressions emprades han estat les següents

- Perfecte.
- Es un retrato de nuestro puesto.(pàg. 37)

13. Formació continuada

Tal com s'observa en el gràfic 55 hi ha una resposta clarament predominant, que és considerar la formació continuada com a imprescindible (fins a 91 enquestats, el 85% han escollit aquesta resposta), seguida d'un 9,8% que la consideren necessària i de 3 persones (2,9%) que creuen que és aconsellable -una d'elles matisa que hi ha estudis que demostren que la formació mèdica continuada reglada tradicional no millora el nivell de coneixements-.



Davant aquests resultats, els participants apunten que entre necessària i imprescindible hi ha poques diferències i que normalment s'associa la formació continuada a cursos - on s'observa cert escepticisme- quan l'assistència a congressos o la revisió bibliogràfica també han de ser considerades com activitats de caràcter formatiu, i sovint de molt més profit. Ho expressen de la següent manera:

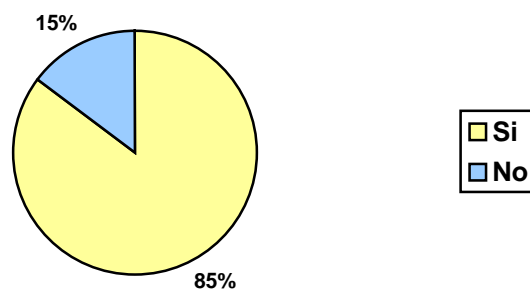
- Poques diferències.
- (...)
- Substituïble per assistència a congressos...
- Clar, és que per a mi això és formació contínua. (investigadora)
- Clar.
- (...)
- A veces hay cursos que no valen un pimiento y en cambio te interesa irte a.. o leer artículos...Tenim la neuca dels cursos i...(Pàg. 25)

14. Altres qüestions sobre el procés de formació MIR

Informació dels objectius de la formació MIR

Els resultats indiquen que un 84,6% (88 tutors) refereixen haver informat dels objectius de formació mentre un 15,4 % (16 tutors) , indiquen no haver-ho fet.

GRÀFIC 56. INFORMACIÓ SOBRE ELS OBJECTIUS (T)



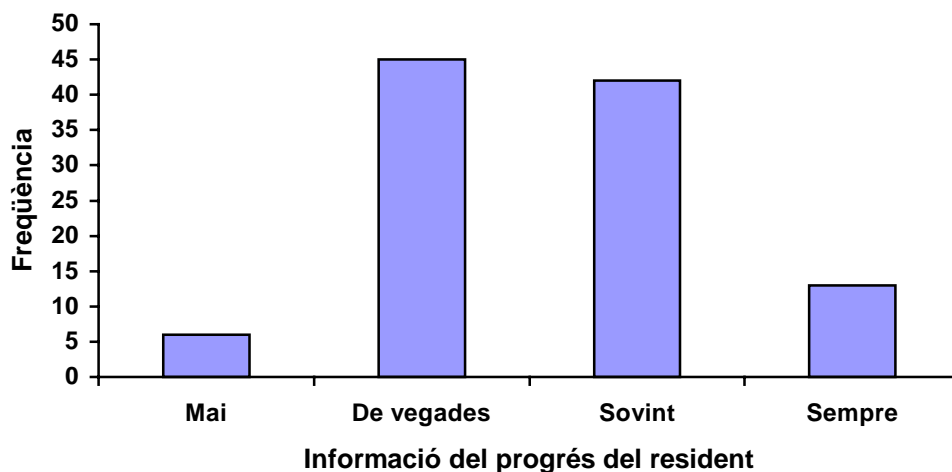
Observant aquestes dades, els participants comenten que els objectius estan explicitats en el llibret que es lliura al resident, que segurament aquest no es llegeix, i que en teoria, són comentats des de la coordinació de la Unitat Docent. Tal com esdevé la conversa, en general els participants no es senten implicats en aquesta tasca ja que per ells és d'alguna manera "problema" del resident, tot i que entenen que a aquest li costi revisar una informació escrita. La conversa següent resulta clarament il·lustrativa.

- Hombre pues no se han leído el manual.
- Es difícil de leer yo ya lo entiendo.
- (...)
- Sí que se'ls hi dóna, el que passa que no se'l miren.
- Clar, és això.
- Jo tampoc m'ho miraria. No m'ho miraria.
- Lo que no puedes decir que no tienes información.
- No però no els hi donem, potser vosaltres els hi doneu, però...
- No, però des de les Unitats Docents se'ls hi dóna, (...) però en teoria ho han de saber. I quan fan el TAC (Tutorització Activa Contínua) en teoria comenten els llocs per on passaran i... un canvi d'impressions respecte al que es creu més convenient que s'ha de fer, com a mínim...
- Però en teoria és qüestió d'espavilar-se i de... la gent llegir-ho, mirar-ho, no? (pàg.28-29).

Informació del progrés al llarg de la formació

Els resultats indiquen que respecte l'ítem *Informar sobre el progrés* els tutors es situen majoritàriament entre el "de vegades" (42,5%) i el "sovint" (39,6%) i només un 12,3% en el "sempre"; Destaca que 6 persones (5,7%) han respost que no han informat mai al resident del seu progrés. Així ho mostra el següent gràfic.

GRÀFIC 57. FREQ. ÍTEMS INFORMACIÓ DEL PROGRÉS (T)



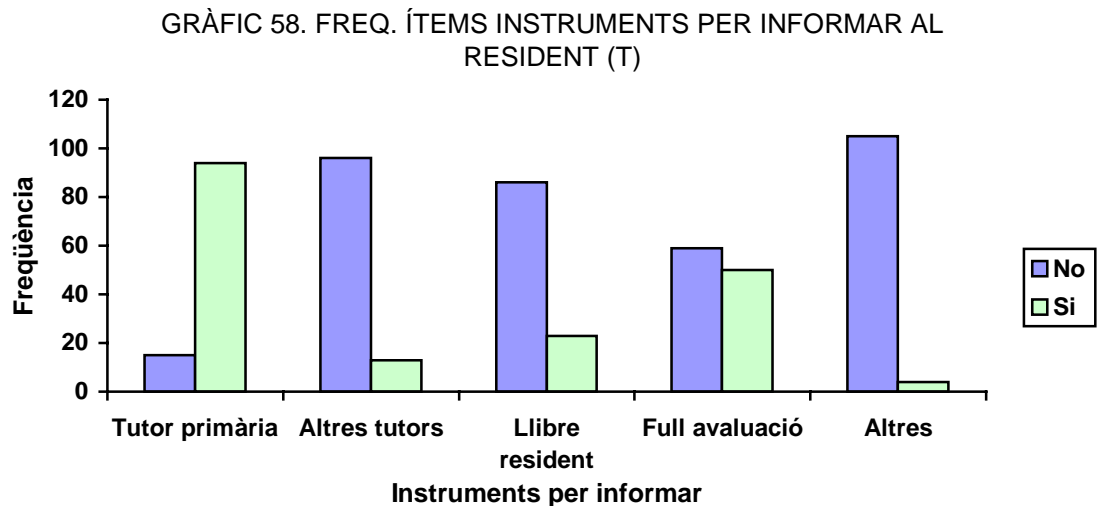
La presentació d'aquests resultats provoca certa sorpresa –per massa positius– als participants a la reunió que, a excepció d'un cas, reconeixen que en general es fa molt poc feed-back al resident durant el procés de formació, i si es fa és de forma molt poc estructurada perquè simplement no se sap com fer-ho i per manca de cultura avaluativa. Ho expliquen amb les següents paraules.

- Dels objectius sí, però sobre el procés jo penso que no ho fem, eh? Al final...
- (...)
- A mi em crida l'atenció que encara diguin que...Déu n'hi do lo que...
- Nosaltres? Que s'informi sempre, jo diria que quasi mai, quasi mai, o de vegades, només (...) Des del principi no és fa.
- (...)
- Jo al menys, reconec que sóc molt dolenta (...) de vegades detecto coses i sóc incapaç de reconduir-les... és una mica em sap greu, pobre noi o...s'ho pren com una bronca i si tens bona relació perquè tens bona relació.
- ...cuando la conseguimos hacer cada trimestre o cada 2 meses o así si he advertit coses yo me hago una listita, sin bronca, sinó simplement dir: *escolta, això...doncs... em sembla que hi hauries de fer d'una altra manera o ja em sembla que ho fas prou bé o jo diria que tal i qual*. I al revés, jo li dic: *a veure, digue'm què penses que hauria de fer jo i que no faig (...)*comentem-ho. Jo no he tingut mai problemes.

- Jo després de 14 no és que me'n descuidi, és que no sé com posar-me.
- Es això no saps com posar-te, no saps com dir-ho. (pàg. 29-30).

Respecte a com els residents ha rebut informació sobre el seu progrés, en un 86,% dels casos consideren que han estat ells mateixos la font d'informació de manera oral; només 13 tutors senyalen la intervenció d'altres tutors.

Per escrit, els fulls d'avaluació semblen ser l'instrument prioritari utilitzat per informar al resident; fins a 50 tutors (45,9%) han respost afirmativament. L'ús d'altres instruments, és molt inferior. El gràfic següent il·lustra aquestes dades.



De les persones que han contestat afirmativament a la pregunta altres (4), totes han senyalat com a mètodes alternatius emprats els següents:

- Comentaris personalitzats
- Programa de formació
- Reunions amb la coordinadora de la Unitat Docent
- Conversacions informals

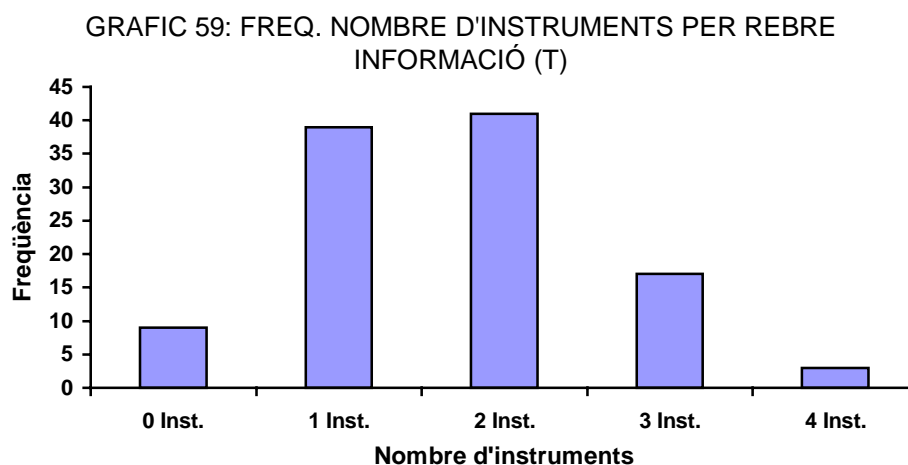
Altres dues persones han contestat a l'apartat d'altres sense haver marcat la creueta corresponent i diuen que els seus residents han estat informats per mitjà de:

- Self audit -peer review
- Feed-Back

En aquesta qüestió en concret, els participants subscriuen les dades estadístiques i senyalen que els fulls d'avaluació s'utilitzen per qualificar les rotacions encara que no serveixen per fer una avaluació de procés, que es fa molt poc, sinó final de cada rotació i especialment en les rotacions curtes on un altre tipus d'avaluació sembla inviable, tal com s'extreu del següent fragment :

- Nosaltres crec que ho hem fet així, la coordinadora docent hi ha els fulls, l'entrevista trimestral...
- Que és el que comentes, les rotacions que has fet.
- I l'altra que qualifiques d'1 a 3 cada rotació. Et qualifica el tutor que t'ha tingut en aquella rotació.
- En R2 es fa una mitjana entre el que s'ha tret a cada rotació...
- És una qualificació, no és per saber el procés.
- (...)
- Però és clar, hi ha rotacions de 15 dies que és difícil que hi hagi una comunicació de feed-back de dir va bé o va malament, perquè ja s'ha acabat la rotació.
- Todos son 3 i claro...(pàg.31)

Per últim, i donat que la resposta no és excloent, s'ha creat una nova variable per veure per quants conductes s'informa al resident del seu progrés. Les dades indiquen que un gran nombre de tutors, exactament 72,4% han senyalat entre 1 i 2 instruments, un 15,6% parla de tres instruments i el 8,3% de cap. Només 3 tutors (2,8%) han arribat a apuntar 4 instruments per donar feed-back als residents. El gràfic és el següent:



Punts forts, febles i propostes de millora del procés de formació MIR

En general els tutors han fet moltes aportacions en aquestes tres preguntes obertes que es recullen en l'annex 23. Exactament, han estat 84 (77%) tutors que han fet, com a mínim, alguna aportació en punts forts, 87 (80%) en punts febles i 62 (57%), que sumen entre totes un total de 455 aportacions (169 en punts forts, 187 en punts febles i 99 en propostes de millora).

En les taules 42, 43 i 44 es presenten, organitzades per categories, les més significatives, és a dir, quan com a mínim s'han apuntat unes tres vegades.

TAULA 42. PUNTS FORTS FORMACIÓ MIR (T)

ORGANITZACIÓ I MODEL FORMATIU	FREQ
Tutorització	31
Formació + Act. laboral (<i>learnig by doing</i>)	18
Adquisició progressiva de responsabilitats	14
Programa (uniforme, complert...)	12
Rotacions en general (CAP i Hospital)	12
Via única per aprendre i amb prestigi	5
Homogeneïtat criteris de selecció	4
Avaluació continuada	4
Formació integral	4
Contacte amb el malalt	4
Nivell docent centres	4
COMPETÈNCIES PROFESSIONALS	
Treball clínic (Hab. clíniques, maneig i comunicació)	8
Treball en equip	4

TAULA 43. PUNTS FEBLES FORMACIÓ MIR (T)

ORGANITZACIÓ I MODEL FORMATIU	FREQ.
Curta durada de la residència	34
Sobrecàrrega assistencial	18
Sistema avaluació (manca formativa, objectiva, variada...)	17

<i>ORGANITZACIÓ I MODEL FORMATIU</i>	<i>FREQ.</i>
Tutorització (poca dedicació i implicació especialment tutors hospitalaris)	14
Manca temps al CAP (inclouria més rotacions ambulatori)	13
Manca formació de tutors en met. Docent	12
Algunes rotacions (poc centrades a l'AP...)	12
Desconnexió AP-Hospital	5
Massa temps a l'hospital (biaix hospitalari)	5
Manca recursos materials i estructurals per docència	4
Rigidesa currículum	4
Diferències segons centres i tutors	3
Guàrdies	3
Formació complementària (cursos...)	3
Manca sessions clíniques	2
COMPETÈNCIES PROFESSIONALS	
Salut familiar (2) comunitària (10)	12
Recerca	7
Habilitats tècniques	4

TAULA 44. PROPOSTES DE MILLORA A LA FORMACIÓ MIR (T)

<i>ORGANITZACIÓ I MODEL FORMATIU</i>	<i>FEQ</i>
Allargar temps de residència	33
Millorar formació de tutors	11
Disminuir càrrega assistencial per dedicar temps a la docència	8
Millorar avaluació de procés	7
Racionalitzar i millorar rotacions	6
Millorar avaluació final (més objectiva)	4
Currículum més flexible i individualitzat	4
Avaluació de tutors i acreditació centres	3
COMPETÈNCIES PROFESSIONALS	
Millorar recerca	4
Millorar comunitària	4

De la mateixa manera que s'ha fet amb els residents, en el grup de discussió s'analitzen aquelles temàtiques sobre les quals s'ha generat algun comentari a propòsit de la presentació de les categories elaborades.¹⁵ Són les següents:

Metodologia d'aprenentatge

✓ *Tutorització i autoaprenentatge*

Segons els tutors, la tutorització és l'aspecte més destacat com a punt fort de la formació MIR que, com es pot veure a la taula 42, s'ha senyalat en 31 ocasions.

En aquest sentit els participants a la reunió manifesten que el més enriquidor pels residents és el poder tenir al costat una persona molt més experta, és a dir, poder aprendre de l'experiència del tutor. Així doncs, resulten il·lustratives frases com:

"Nosaltres vam avaluar les sessions clíniques que fèiem i deien que era molt important que hi fossin els tutors, perquè ells havien d'aprendre de la gent que tenia experiència. I això condiona molt molt i molt. (...) Això ells ho remarcaven molt. ..."
(pàg. 26)

"...jo penso que realment que estar amb una persona has de... lo altre ja ho tindràs als llibres, revistes...on vulguis, aprens de l'experiència personal no? Això és lo més enriquidor, no? (...) i l'experiència de l'equip, les sessions, el que hi hagi, la tutorització, no?" (pàg. 27)

Tanmateix, també reconeixen que en alguns moments "obliden" que el resident, encara està en una etapa formativa per la responsabilitat que els fan assumir tot i que, en general, pensen que deixar "sol" el resident també és formatiu. Així com ho mostren el diàleg i la frase següents:

- També s'ha de dir que hi ha moltes situacions en què realment perdem una mica de vista que...
- Tenim un resident.
- No, no que tenim un resident, eso no lo olvidamos jamás. El problema está en que te olvidas que tienes que ayudarlo a visitar que no és el teu substitut.
- Pues eso que tenemos un residente.
- Potser tu no ho oblides tant però l'organització si que ho oblida.
- Jo penso que això també és formatiu perquè... (pàg. 27)

¹⁵ Les categories elaborades per la reunió han estat revisades posteriorment i per tant, no són exactament les mateixes.

"Clar i a més tots els tutors tenim tendència a pensar que ja els hi va bé que de tant en tant passin mals ratos doncs..." (pàg. 33)

Formació docent dels tutors

El tema de la formació en metodologia docent que han remarcat 12 tutors com a punt feble del model i 11 tutors com a proposta de millora no ha generat pràcticament comentaris entre els participants. El poc que s'ha dit, és també des d'una perspectiva crítica com s'observa en el següent comentari:

- Clar, es lo que yo digo, molts ens han tirat al "ruedo" i ala, vinga.
- Però no hi ha cap mena de formació. (pàg. 33)

Durada de la residència

La durada de la residència que apareix com a punt feble o com a proposta de millora en 34 i 33 ocasions respectivament, és l'aspecte més remarcable d'aquesta part qualitativa del qüestionari.

Tots els participants a la reunió subscriuen la proposta però no mostren gaire optimisme al respecte. Tanmateix, en el supòsit que fos possible allargar la residència, no coincideixen en com caldria organitzar la formació. Els següents comentaris són prou il·lustratius:

- Però de totes maneres tots veieu molt clar això que s'ha d'ampliar l'especialitat?
- Sí. Claríssim.
- (...)
- I que no s'allargarà.
- També claríssim. (riures).
- (...)
- Jo penso que ara s'hauria d'ampliar a expenses de l'atenció hospitalària.
- Jo fifti fifti.
- Aviam perquè jo penso que un any d'atenció primària ja està bé, i a més tindran tota la vida per dedicar-s'hi, i en canvi... el que passa és que és veritat, també que hauria de ser més seleccionat...No val que s'estigui fent una rotació de cirurgia cardíaca, entens? no serveix per res, no?... (pàg.39)

Sistema d'avaluació

El sistema de l'avaluació que apareix com a punt feble i com a proposta en 12 i 9 ocasions respectivament, ha donat peu a una discussió entre els participants sobre l'avaluació final.¹⁶

El primer que queda palès és que hi ha certa confusió sobre si encara és vigent, per la promoció del 2000 la política del 20% d'excel·lents que es va practicar per la promoció del 99 i sembla que aquest desconcert pot haver afectat les decisions sobre l'avaluació final d'aquests residents. Aquesta idea es manifesta en el següent diàleg:

- No però lo horrorós és el que es va fer, a partir de l'any passat, és el 20% d'excel·lents, això és una cosa...
- Però això segueix? (investigadora)
- Segueix.
- Aquest any, no.
- Aquest any segueix.
- No ho sabem.
- Encara no se sabia.
- Nosaltres ja hem fet l'avaluació i s'ha passat olímpicament...
- Nosaltres també. (confusió)
- (...)
- No però com vam dir que si realment hi havia una resolució de que tots els excel·lents, el que no faríem és perjudicar els nostres...
- Nosaltres vam dir que avaluaríem amb consciència, el que penséssim. (pàg. 34)

També comenten que si bé el sistema d'avaluació final és millorable, remarquen que, si més no, són la única especialitat que avalua. Així ho expressen:

- I ser un punt feble de la formació MIR però és l'única especialitat que avaluen.
- Exacte.
- Les altres especialitats, acaben la residència y se les supone que son cirujanos.
- És una mala eina però al menys tenim una eina." (pàg. 35)

Finalment, discuteixen sobre la prova ACOE -una de les participants ha col·laborat com a observadora- com a possible eina d'avaluació final posant-se de manifest opinions molt diverses; des de qui pensa que cal avaluar i que això dona prestigi a

¹⁶ És important recordar que per la promoció del 99 el Ministeri de Sanitat va decidir que només un 20% dels residents de cada centre podien tenir un Excel·lent com a nota final i que si n'hi havia més d'aquest 20%, proposats per la nota màxima calia passar una prova. Aquesta mesura va generar moltíssima polèmica en el col·lectiu.

la professió, fins a qui creu que és un "muntatge" d'algunes institucions o qui simplement considera que la prova està bé però que la valoració subjectiva del tutor és més vàlida. Si en una cosa coincideixen és que en qualsevol cas, la prova no hauria de tenir mai un caràcter punitiu, tot el contrari, hauria de ser una eina que possibilités la millora de la qualitat professional.

La discussió esdevé de la següent manera:

- ...fer una prova de competència que demostra que te unes habilitats tal i qual però a l'hora de la veritat jo aquella persona no la fitxaria(...) Al final és lo subjectiu lo que faria que una persona... que fos metge dels meus pares, o que la contractés en el meu centre.
- Llavors, per què serveix una prova final?
- Per intentar objectivar, lo no objectivable (...) Jo penso que puc objectivar els dos primers, fins a cert punt i el tercer com? no ho sé, jo no ho sé.
- En el meu centre, majoritàriament l'ACOE aquesta, residents i tutors la odien. Es veu com a cosa d'uns quants per muntar el negoci i per guanyar diners i que això...
- (...)
- ...Jo he participat com a avaluadora...(...)I aviam, penso que està molt ben feta (...) que no són situacions rares(...), que evidentment és millorable però...
- Una cosa és la validesa de la prova i una altra cosa és no voler ser avaluat, no? Què hem de fer una prova d'avaluació que sigui fiable d'acord, però que no vulguem ser avaluats, no ho acabo d'entendre jo això.
- Jo penso que ens dóna prestigi a d'altres altres països es fa.
- (...)
- Que no sigui punitiu.
- El problema d'això és que sigui negatiu.
- Clar, jo crec que hauria de ser no com una cosa punitiva o restrictiva...
- I que ens donin formació en servei, que ens detectin deficiències i després...
- Eines per poder millorar porque si te detectan deficiencias pero no puedes mejorarlas... (pàg. 35-36)

Flexibilitat curricular

Per últim, un altre dels punts comentats ha estat la flexibilitat curricular plantejada per 3 tutors com a proposta de millora. En aquest sentit, els tutors participants tenen clar que això només té sentit si la intenció és cobrir mancances; en cap cas, ha d'afavorir interessos personals en detriment d'una formació bàsica en moltes especialitats necessària per un Metge de Família. Així ho expressen:

- Es a dir que si el resident que tens en aquest moment té més mancances en dermato li allargues la rotació per dermato.
- (...)

- Jo penso que això seria important en el sentit de millorar mancances, però no d'afavorir interessos, perquè no... ja prou tendència tens... perquè ja tenim una especialitat amplíssima i és evident que sempre hi ha uns temes que t'atrauen més i que et formes més i que t'hi dediques més. Jo penso que això s'ha de combatre perquè el teu usuari té dret a que li donis resposta... i això és inevitable, vull dir, a tots ens passa jo em dedico més a cardio per dir algo i en canvi digestiu em sento menys segura. (pàg. 38-39)

. Disposició a participar en una reunió de grup

Més d'un 90% de les persones que han retornat l'enquesta han respost a aquesta pregunta i d'aquestes, 19 (19%) estan disposades a participar en una trobada.

4.3 RESULTATS COMPARATIUS TUTORS I RESIDENTS

1. COMPARACIÓ VARIABLES QUANTITATIVES GRUPS INDEPENDENTS

Per comparar les mitjanes de dos o més grups independents s'aplica la prova t de Student sempre i quan les variables tinguin una distribució normal o bé no normal però amb un nombre suficientment gran de casos (>30) i assumint la igualtat de variàncies que es comprova prèviament mitjançant el test de Levene. En cas que la diferència entre variàncies sigui significativa i no es pugui assumir la igualtat, s'ha de realitzar una correcció (test de Satterthwaite).

Qualificació global:

En primer lloc, es fa una comparació de mitjanes de la puntuació global, en base als resultats obtinguts en els 42 ítems, entre l' atorgada pels tutors i l'atorgada pels mateixos residents.¹⁷ En la següent taula s'exposen els resultats obtinguts en aquesta nova variable de qualificació global, considerant que es calcula amb el nombre total de persones que han respost a tots els ítem.

¹⁷En el la descripció de resultats dels tutors i residents s'ha presentat -independentment de la nota qualitativa que es demana de valoració global - una nova mitjana obtinguda amb les qualificacions obtingudes en els 42 ítems. Aquesta és la que s'ha utilitzat aquí per fer la comparació entre tutors i residents perquè és menys intuïtiva tot i que, s'ha fet sense cap tipus de ponderació que permeti destacar aquelles competències més importants per exercir com a Metge de Família.

TAULA 45: DESCRIPTORS CLÀSSICS VARIABLE GLOBAL

Capacitació Total	N (que han respost als 42 ítems)	Mitjana	Desviació Estàndard
RESIDENT	108	3,2807	0,4997
TUTOR	89	3,5283	0,5984

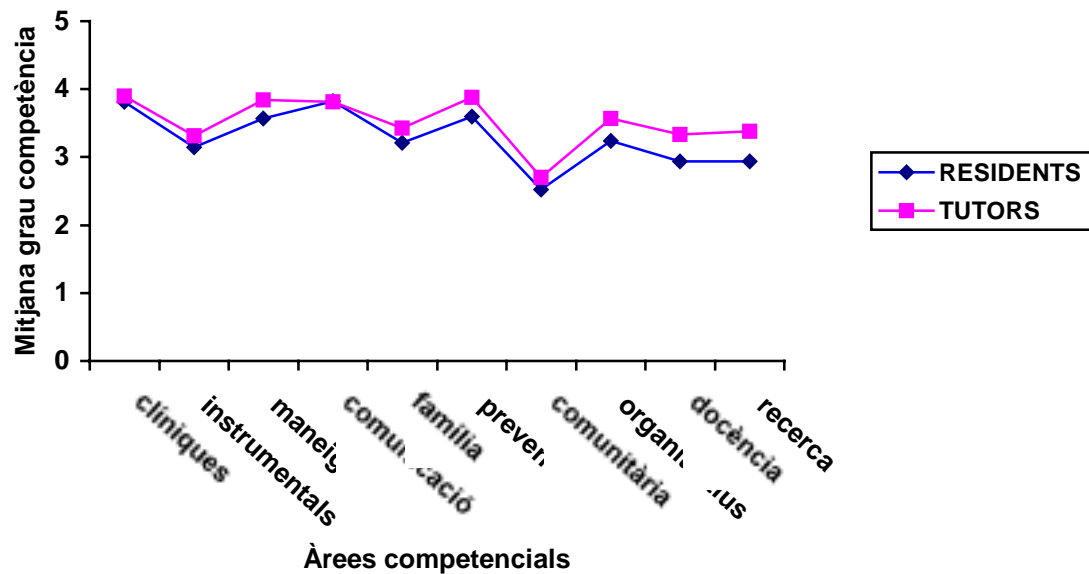
Un cop aplicat el test de Levene ($p=0,021$) i feta la correcció pertinent, es pot dir que hi ha una diferència estadísticament significativa entre les puntuacions que s'han atorgat els residents i les que els hi ha donat els tutors ($p=0,002$); els tutors han classificat de 0,2475 punts més alt els residents (IC 95%: 0,0904 a 0,4046).

Comparació per àrees competencials:

A continuació es fa igualment la comparació de mitjanes però per àrees competencials.

Prèviament a l'anàlisi estadística, es presenta el gràfic de perfils de les mitjanes obtingudes per tutors i residents en cada àrea competencial que il·lustra com són visualment aquestes diferències (v. gràfic 60). Com es pot veure, hi ha apartats en que ja intuïtivament no s'evidencien diferències, mentre que en d'altres les mitjanes de puntuació són sensiblement diferents, tot i que sempre els tutors han puntuat més alt.

GRÀFIC 60. MITJANES PER ÀREES COMPETENCIALS TUTORS I RESIDENTS



Després d'aplicar el test de Levene i de la prova t de Student o, en cas de no assumir la igualtat de variàncies, la correcció pertinent, es pot afirmar que no s'evidencien diferències estadísticament significatives en les següents àrees competencials, malgrat en dues d'elles, habilitats instrumentals i atenció a la família, es pot parlar d'indici de significació tal com s'observa en els següents resultats:

- Habilitats clíniques ($p=0,303$)
- Habilitats instrumentals ($p=0,057$)
- Comunicació ($p=0,901$)
- Atenció a la família ($p=0,058$)
- Atenció comunitària ($p=0,112$)

En la resta d'àrees competencials trobem diferències estadísticament significatives, sempre sent més elevada la nota atorgada pels tutors. En resum, aquests han estat els resultats:

- Maneig ($p = 0,001$)
- Activitat Preventiva ($p = 0,007$)
- Aspectes organitzatius ($p = 0,001$)

- Docència ($p = 0,003$)
- Recerca ($p = ,000$)

2. COMPARACIÓ VARIABLES CATEGÒRIQUES GRUPS INDEPENDENTS

Com la resta de variables comparades entre tutors i resident són categòriques, s'ha aplicat la prova Chi quadrat per a la comparació de freqüències en mostres independents de dades qualitatives. Els resultats han estat els següents:

Estratègies metodològiques d'aprenentatge:

Els resultats indiquen que no hi ha diferències estadísticament significatives entre els mètodes que refereixen haver emprat els residents i els que consideren que s'han empleat, segons els tutors, en l'adquisició de les competències integrades en les següents dimensions:

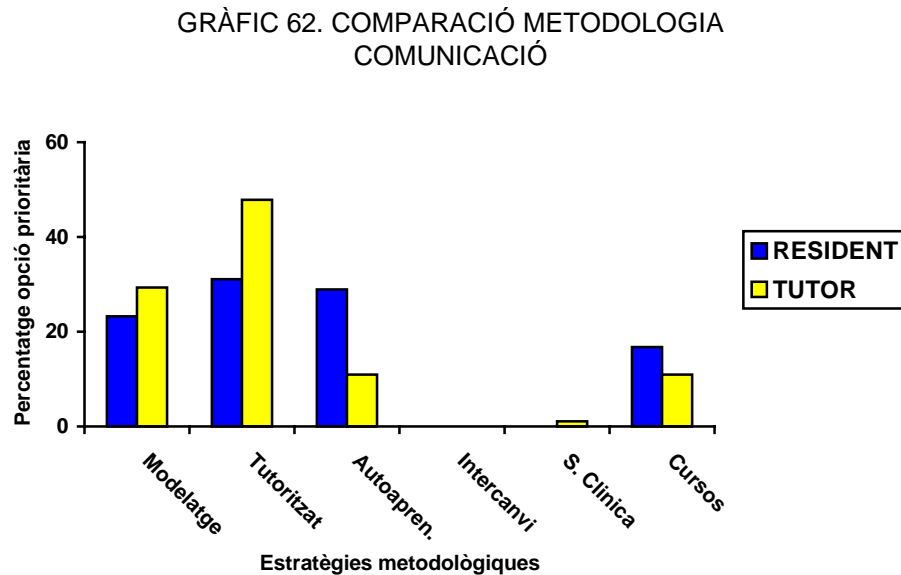
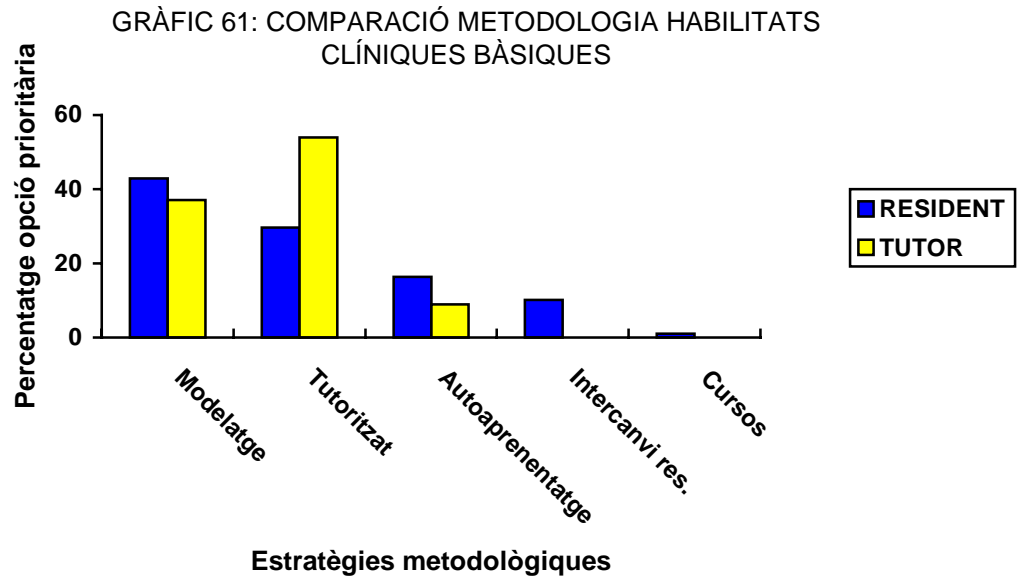
- Tècniques instrumentals ($p = 0,068$) (Indicis de significació)
- Activitats preventives ($p = 0,35$)
- Atenció a la comunitat ($p = 0,601$)
- Recerca ($p = 0,22$)

Contràriament, hi ha diferències estadísticament significatives en les següents àrees competencials:

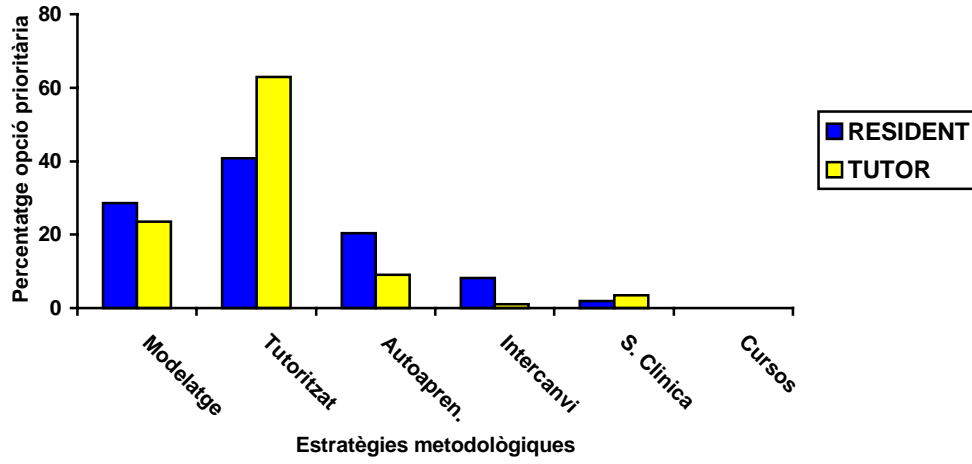
- Habilitats clíniques bàsiques ($p = 0,001$)
- Habilitats de maneig ($p = 0,007$)
- Habilitats comunicatives ($p = 0,009$)
- Atenció a la família ($p = 0,002$)
- Aspectes organitzatius ($p = 0,01$)
- Habilitats per la docència ($p=0,029$)

Els gràfics 61,62,63,64,65 i 66 il·lustren aquestes diferències. En tots ells es pot observar que mentre els residents donen més importància a l'autoaprenentatge i a l'aprenentatge per intercanvi entre ells o inclús als cursos, aquestes són opcions

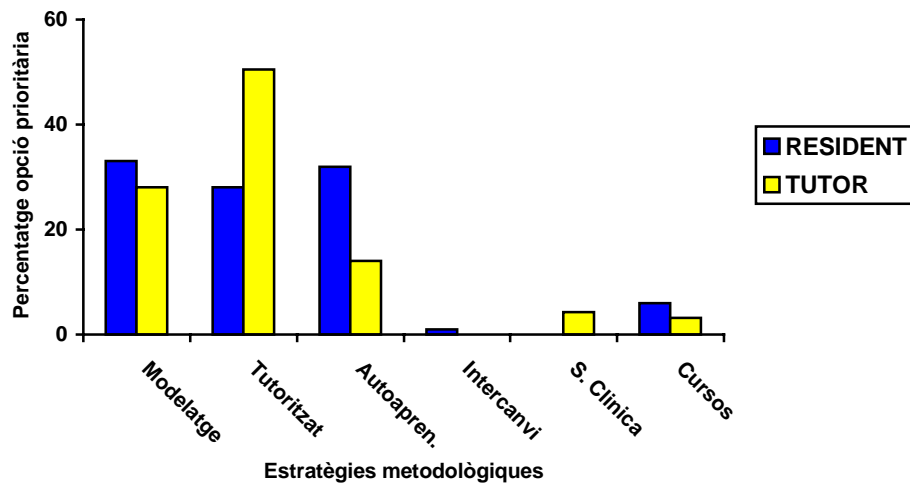
molt menys seleccionades pels tutors a l'hora de decidir sobre l'estratègia metodològica predominat. Aquests últims s'inclinen més per la tutorització. No obstant, estadísticament parlant, no es confirma en quins d'aquests elements hi ha les diferències.



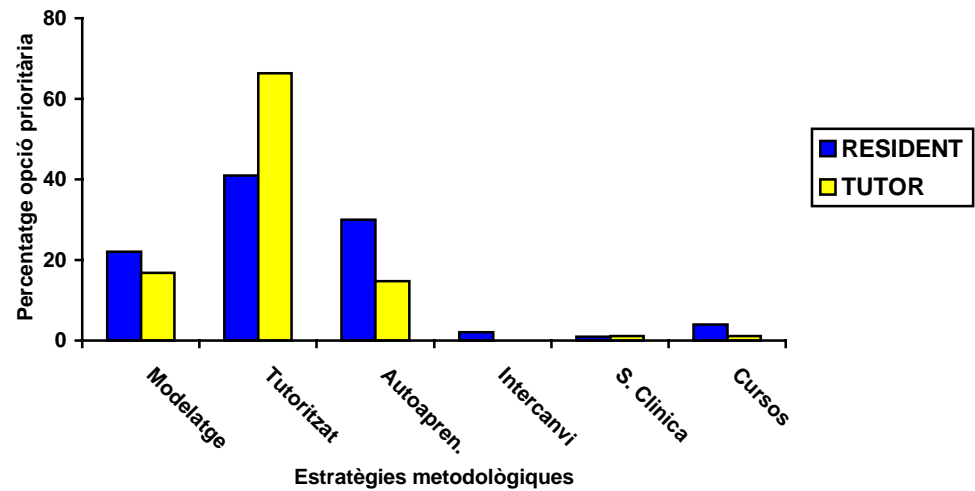
GRÀFIC 63. COMPARACIÓ METODOLOGIA HABILITATS DE MANEIG



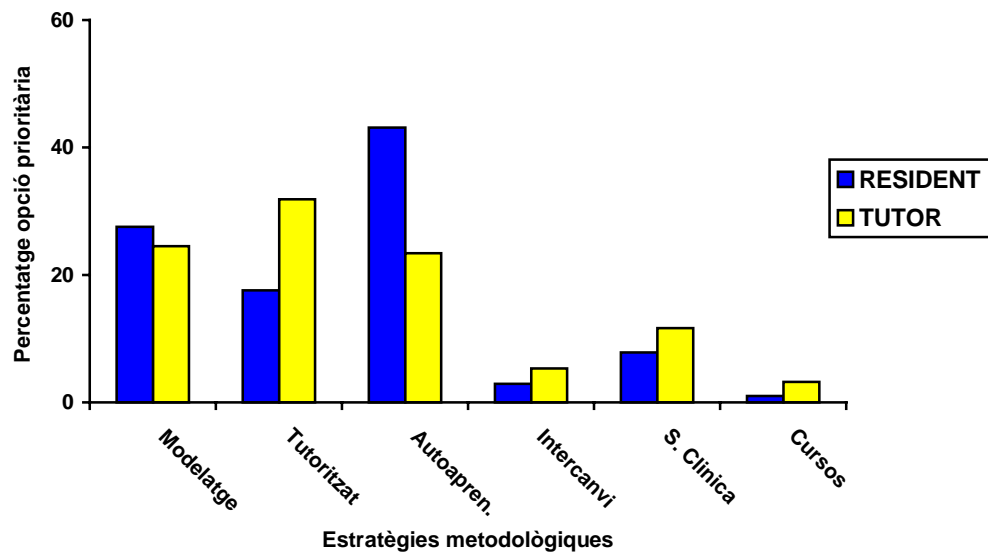
GRÀFIC 64. COMPARACIÓ METODOLOGIA ATENCIÓ A LA FAMÍLIA



GRÀFIC 65. COMPARACIÓ METODOLOGIA ASPECTES ORGANITZATIUS



GRÀFIC 66. COMPARACIÓ METODOLOGIA DOCÈNCIA

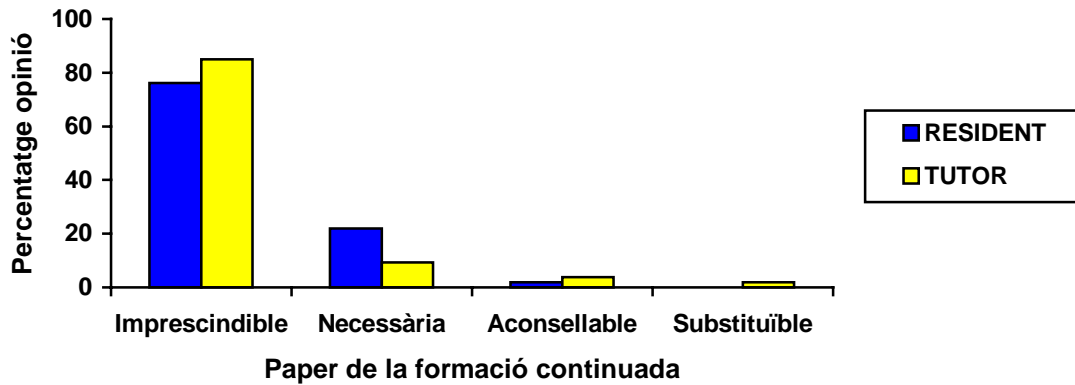


Formació continuada:

No hi ha diferències estadísticament significatives quant a l'opinió sobre la formació continuada. Majoritàriament ambdós grups la consideren imprescindible.

D'alguna manera ja s'intueix en el gràfic següent: (v. gràfic 67)

GRÀFIC 67: COMPARACIÓ PAPER DE LA FORMACIÓ CONTINUADA



Informació oferta en el procés de formació MIR:

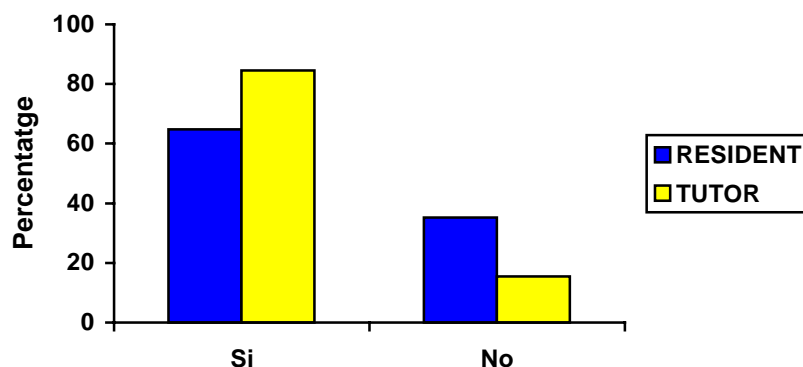
Respecte a la informació rebuda pels residents (i emesa en alguns casos pels tutors) en i sobre el procés formatiu, els resultats indiquen que en la majoria de les dades comparades, hi ha diferències significatives entre tutors i residents. Són els següents:

a) Informació dels objectius

Respecte a la percepció sobre la informació dels objectius entre residents i tutors ($p = 0,001$). Segons els tutors, els residents estan més informats dels objectius de formació que el que creuen els mateixos residents.

En el gràfic 68 queden reflectides aquestes diferències.

GRAFIC 68: COMPARACIÓ INFORMACIÓ OBJECTIUS

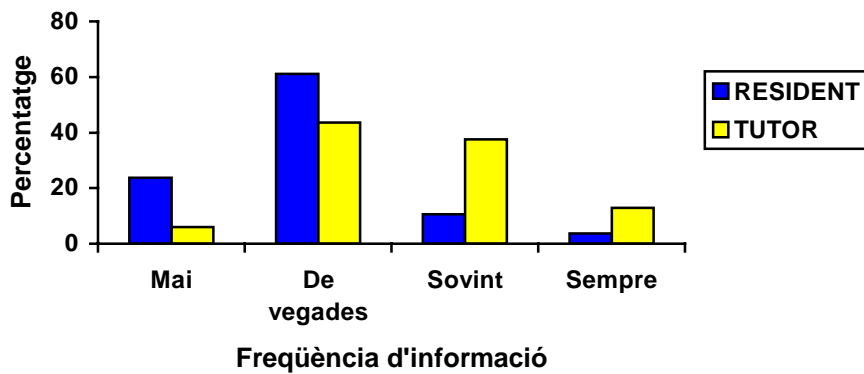


b) Informació del progrés (avaluació continuada)

El mateix passa amb la informació sobre el progrés: hi ha diferències estadísticament significatives entre els dos grups ($p < 0,0005$). Els tutors tenen la percepció que s'ha informat al resident del seu progrés més freqüentment que el que s'han sentit informats els residents.

En el gràfic 69 es poden observar visualment aquestes diferències.

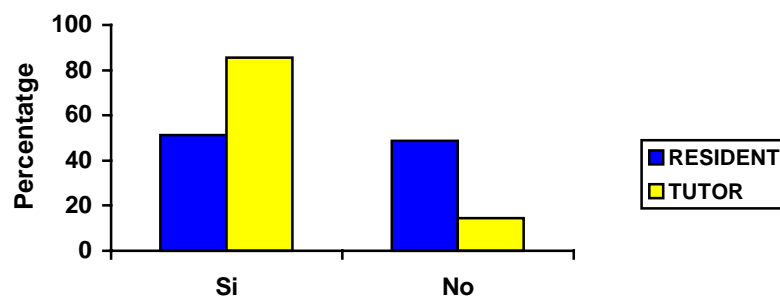
GRÀFIC 69. COMPARACIÓ PERCENTATGE INFORMACIÓ DEL PROGRÉS



c) Mètodes de transmissió de la informació sobre el progrés

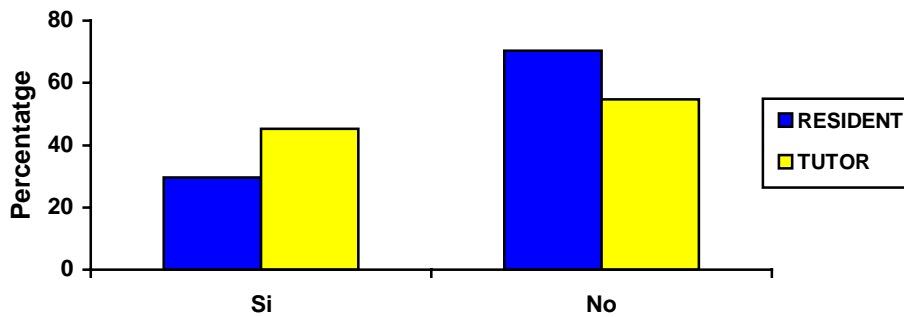
Respecte als mètodes que s'han usat per a informar els residents sobre el seu progrés, s'observen diferències estadísticament significatives entre el que diuen

GRÀFIC 70. COMPARACIÓ PERCENTATGE SEGUIMENT TUTOR PRIMÀRIA



tutors i residents sobre la informació rebuda a través del tutor de primària ($p < 0,0005$) i a través dels fulls d'avaluació ($p = 0,019$), però no en el cas de la informació rebuda a través d'altres tutors, el llibre del residents o altres mitjans. Com es pot visualitzar en les representacions gràfiques (v. gràfics 70 i 71), els tutors tenen més percepció de l'ús de diverses eines per l'avaluació de procés que els residents.

GRÀFIC 71. COMPARACIÓ PERCENTATGE SEGUIMENT
MITJANÇANT FULL D'AVALUACIÓ



En la següent taula (v. taula 46) es presenta una síntesi de la comparació estadística entre tutors i residents destacant les diferències significatives entre ambdós col·lectius.

TAULA 46. SÍNTESEI COMPARACIÓ ESTADÍSTICA ENTRE TUTORS I RESIDENTS

VARIABLES	DIF. ESTADÍSTIQUES
PERCEPCIÓ GRAU DE CAPACITACIÓ	
. Qualificació global	P=0,021
. Habilitats clíniques bàsiques	
. Habilitats tècniques instrumentals	
. Habilitats de maneig	P= 0,001
. Comunicació	
. Atenció a la família	
. Activitat preventiva	P= 0,007
. Atenció a la comunitat	
. Aspectes organitzatius	P= 0,001
. Docència	P= 0,003
. Recerca	P= ,000
PERCEPCIÓ METODOLOGIA PRIORITÀRIA	
. Habilitats clíniques bàsiques	P= 0,001
. Habilitats tècniques instrumentals	
. Habilitats de maneig	P= 0,007
. Comunicació	P= 0,009
. Atenció a la família	P= 0,002
. Activitat preventiva	
. Atenció a la comunitat	
. Aspectes organitzatius	P= 0,01
. Docència	P= 0,029
. Recerca	
PAPER DE LA FORMACIÓ CONTINUADA	
INFORMACIÓ OFERIDA EN EL PROCÉS MIR	
. Sobre els objectius	P= 0,001
. Sobre el progrés	P < 0,0005
. Mètodes per informar del progrés:	
a) Tutor primària	P< 0,0005
b) Full d'avaluació	P= 0,019
c) Altres tutors	
d) Llibre resident	

5. Discussió i conclusions

5.1. VALORACIÓ DELS RESULTATS

La valoració de resultats més rellevants obtinguts en l'estadística descriptiva i inferencial conjuntament amb les interpretacions qualitatives, es presenta seguint en essència l'estructura del qüestionari fent una anàlisi de residents i tutors de forma separada i/o conjunta depenent de les coincidències, divergències i matisos entre tots dos col·lectius.

DADES DESCRIPTIVES DE LA POBLACIÓ

La primera valoració és sobre la *taxa de resposta* que en aquest cas ha estat molt similar en totes dues poblacions (47% en residents i 46% en tutors). Aquest percentatge es troba entre el que alguns autors com Bisquerra (1989), del Rincón et al. (1995) i Polit (2000) consideren dins dels marges habituals –entre 30 i 60%-.¹

La resposta obtinguda en relació al *gènere*, pràcticament inversa entre tutors (63% homes i 37% dones) i residents (69% dones i 31% homes) és un reflex de la tendència a la feminització que s'està produint en els estudis de Medicina i particularment en algunes especialitats com Medicina Familiar i Comunitària. Tal com afirma R. Rossell (1998) l'afluència massiva de dones cap a la universitat també s'ha fet notar en les facultats de medicina. Segons dades del 2001, un 80% dels estudiants que inicien aquests estudis són dones, la qual cosa mostra una indeturable i progressiva incorporació d'aquestes a la pràctica mèdica (Sender, Salamero, Diaz i Vallés, 2001).

Tot i que en aquest estudi no s'ha analitzat si existeixen diferències significatives en les percepcions de competència per gènere, segons un estudi realitzat amb metges i metgesses de Família d'Andalusia, la variable gènere marca diferències en la pràctica assistencial. A grans trets, les diferències es troben sobretot en què les metgesses semblen tenir més interès i habilitats comunicatives amb els pacients, ja

¹ En la descripció metodològica d'aquesta recerca (v. punt 3.5.1.1.) es presenten diverses versions, sense consens, sobre el percentatge de resposta que habitualment s'aconsegueix amb els qüestionaris per correu. En aquest cas l'autora s'acull a aquells autors que es situen en un terme intermedi.

sigui fent preguntes com donant informació, es preocupen més de problemes psicosocials i relacionals del pacient i busquen més la col·laboració de la infermera –perquè es trenca la relació de poder socialment establerta home metge - dona infermera i es comparteixen codis i valors propis del sexe femení.² No obstant, també investiguen menys perquè tenen altres interessos que els ocupen més o no tenen tan incorporada aquesta necessitat (Delgado, López-Fernández i Luna, 2001).

La resposta dels tutors en quant al *nombre d'anys d'experiència en tutorització* (com a mínim un 50% dels tutors porta entre 4 i 8 anys exercint aquesta tasca) té relació amb què es tracta d'una especialitat amb poca història i amb l'ampliació de places l'any 95 que va requerir acreditar molts més tutors. D'aquesta circumstància i del fet que la majoria (87%) siguin especialistes en MFiC es dedueix que es tracta de tutors força joves. Aquesta deducció es confirma en els estudis de l'ACEM (1998) i Tutusaus, (2002), a l'identificar l'edat mitjana del tutor hospitalari entre 45 i 47 anys mentre la del tutor de primària –només definida en l'estudi presentat per l'ACEM- és de 39 anys. Si bé Tutusaus et al. (2002) consideren que aquesta proximitat entre el tutor de primària i resident pot afavorir una relació més positiva i empàtica que quan hi ha més distància generacional, també és cert que només és un dels elements condicionants d'aquesta relació entre els quals també hi juguen, segons Saura i Leal (1997), la manera de fer la selecció del tutor per cada resident, el gènere, l'any de residència, els interessos personals i professionals, la situació personal i familiar, les expectatives d'un i l'altre, etc.

La resposta majoritària, en un 63% dels residents en relació a la *MFiC com a primera opció* està, segons el participants a les reunions, més motivada per la facilitat d'accés a una plaça MIR i la major oferta laboral que per raons vocacionals. Si es té en compte que en aquesta promoció ja s'ha aplicat la convocatòria específica amb més places i amb un examen considerat de menys dificultat que la convocatòria general del MIR es confirma, en certa manera, la hipòtesi que plantegen Gómez-Calcerrada et al. (1999) al expressar que “atès que s'ha instaurat el MIR específic de família per als llicenciats a partir de 1995, considerem que aquest és un factor que podria influir en la predilecció dels estudiants per aquesta especialitat ja que suposa una major probabilitat de treball a curt termini”¹ (p. 43).

² Actualment, infermeria segueix sent una professió majoritàriament de dones.

Curiosament però, crida l'atenció que a diferència d'aquest percentatge, en l'estudi presentat per Santos et al. (2001) basat en una enquesta d'opinió als estudiants de pregrau, només un 8,5% escolliria la medicina de família com a primera opció. Els autors atribueixen aquests resultats al desconeixement de l'especialitat en l'entorn universitari (no observar models, no tenir departaments...), a una manca de prestigi que encara pateix l'especialitat, a una menor remuneració econòmica, i a l'opinió d'altres estudiants. Paral·lelament, també resulten il·lustratives les dades presentades per DM (v. taula 5 d'evolució places MIR específic 1995-2000) ja que indiquen que una gran quantitat de persones es presenten a la convocatòria específica per "provar", abandonen la plaça si en treuen una en el MIR general perquè prefereixen una altra especialitat.

En definitiva, lluny de tenir clar l'efecte distorsionador que pot provocar la convocatòria específica, la diferència entre aquests percentatges, uns obtinguts previs a l'especialitat i els altres al final de la residència pot venir donada, com es confirma en un estudi anterior de Santos Guerra, Fernández, Angulo i Martín (1996), perquè al llarg del període de formació el resident va canviant el seu concepte sobre l'especialitat. En aquest procés la descobreix i aprèn a valorar-la per una intervenció clínica de caràcter holístic i una gran interrelació humana en la pràctica diària i per la decepció que paral·lelament sent davant les limitacions que, des d'aquesta perspectiva, imposa la superespecialització.

La gran majoria dels que han respost l'enquesta estan ubicats en CAP de *zona urbana o semiurbana* i només una minoria (7,5% dels residents i 4,8% dels tutors) en zona rural. Aquesta desproporció entre uns i altres no ha permès l'anàlisi de possibles diferències en l'adquisició de competències entre residents formats en un àmbit urbà o rural, atesa l'especificat d'aquest últim medi en relació a: delimitació geogràfica, rol del metge i la relació que estableix amb la població, característiques culturals –creences al voltant de la salut i la malaltia, xarxa d'interrelacions...- com s'apunta en el treball de R. Alonso et al. (2000). Resumint, un escenari amb moltes possibilitats per desenvolupar l'atenció primària però que els residents rebutgen, entre d'altres, per qüestions d'aïllament (distància de l'hospital, d'altres metges...) problemes d'infraestructura (allotjament...) o per la infravaloració científica de la medicina rural, entre d'altres (Igual, Fernández, Comellas i Palomo, 1997).

En quant a la *formació hospitalària* rebuda, així com es comenta en els resultats, hi ha representació de residents formats a hospitals de caràcter molt diferent des del petits comarcals amb poques especialitats fins els grans hospitals caracteritzats per un alt nivell tecnològic i per la tendència a la superespecialització. Tenint en compte que és possible que, fer les rotacions en un context o un altre pot marcar diferències formatives, hagués estat interessant per comprovar si, com opinen autors com Labay et al. (1992), es confirmava que els hospitals petits (menys de 500 llits) són més adequats per les rotacions dels MFiC atès que en els més grans és probable que el resident prengui contacte amb patologies massa complexes i/o poc freqüents en l'AP.

PERCEPCIONS SOBRE EL GRAU D'APRENTATGE DE LES COMPETÈNCIES PROFESSIONALS

Globalment, els resultats obtinguts en les àrees d'habilitats **clíniques** bàsiques, habilitats de **maneig** i de **comunicació** indiquen que les percepcions de tutors i residents han estat molt positives i homogènies ja que les mitjanes de tots dos col·lectius oscil·len entre el 3,5 i el 3,89 i només en el cas d'habilitats de maneig hi ha diferències significatives entre tots dos col·lectius ($p=0,001$) sempre més positives per part dels tutors. Aquestes dades estan en consonància amb l'excel·lent valoració que fan dels residents en l'estudi de Pelayo, Gutierrez i Albert (1998) al voltant de l'enfocament diagnòstic, el tractament farmacològic, l'entrevista clínica, l'ús de proves, la derivació de pacient i les relacions humanes, és a dir, aspectes clarament vinculats a aquestes competències. També hi ha paral·lelismes amb els resultats obtinguts per Gayoso, Viana, García i Tojal (1995) en què segons els tutors, els aspectes més desenvolupats del programa són l'àrea clínica (70,3%) i la relació metge-pacient (42,1%). Per tant, tot apunta a poder inferir que un dels punts forts de la formació MIR és precisament la preparació per l'activitat clínica i l'atenció a l'individu per la qual aquestes competències són imprescindibles.

L'àrea de comunicació és la que més comentaris ha suscitat en els grups focals. Aquesta, segons opinen i/o demostren un gran nombre d'autors (Cleries i Kronfly, 2000; Dacre & Nicol, 1996; Evans, Coman & Goss, 1996; Johnson & Kurtz, 1996; R. Ruiz, Rodríguez, Pérula, Prados i el grup d'investigació COMCORD, 2002; Robledo, 1995; Roche et al., 1997, Sanson-Fisher & Cockburn, 1997...) és un aspecte

fonamental en la “trobada clínica”, atenent que una comunicació clínica efectiva afecta de forma positiva el procés diagnòstic-terapèutic (especialment en l'obtenció d'informació vàlida i significativa i en l'adhesió al tractament) i en general, en la qualitat del treball.

En un primer cop d'ull, els resultats estadístics obtinguts en l'àrea de comunicació i els comentaris realitzats a les reunions sobre aquesta temàtica fan pensar que se'n té cura i especialment des d'una perspectiva actitudinal, és a dir, en el sentit d'aconseguir transmetre el valor de la comunicació en la pràctica de la medicina de família³ i despertar la motivació i sensibilització vers aquest tema.⁴ En aquest sentit estan en consonància amb Borrell i Eipstein (2000) que, en una valoració sobre l'estat de la qüestió sobre la comunicació assistencial després del Congrés de Comunicació i Salut a Barcelona el setembre del 2000, afirmen que els metges de família són els que sense cap mena de dubte, han desenvolupat un major nivell teòric i pràctic que es reflecteix en la sensibilitat que des de l'inici de l'especialitat hi ha sobre els continguts relacionals i de calidesa humana.

Tanmateix, l'anàlisi detallada d'algunes competències en els grups focals i d'altres referents sobre la preparació en comunicació serveix per interpel·lar les dades estadístiques obtingudes en aquest estudi. Altres evidències tampoc resulten clarificadores. D'una banda, en les dues primeres edicions de la prova de la competència (ACOE), la comunicació ha estat l'àrea competencial amb millors resultats –normalment avaluada amb pacients estandarditzats- (E. Ruiz et al., 2001); d'altra banda, els resultats obtinguts en un estudi qualitatiu recent sobre habilitats comunicatives a partir de videogravacions són més decebedors ja que s'observa que al final d'R3, els residents escurcen el temps de consulta i empitjoren la qualitat de la seva relació clínica amb el pacient, com si per la pressió assistencial es perdessin els bons hàbits (R. Ruiz et al., 2002.).

Dins d'aquesta àrea, una de les competències més comentades per tutors i residents, ha estat *Facilitar al pacient eines per a la modificació de conducta*, al

³ Segons els resultats obtinguts en l'estudi de Loayssa i González (2001) hi ha la creença que la relació metge-pacient és més decisiva a primària per raons del tipus: continuïtat de l'atenció, major coneixement mutu, apropament emocional i atenció més global.

⁴ La quantitat de temps dedicat a les reunions a aquesta àrea també és un indicador de l'interès que la comunicació suscita entre aquest col·lectiu.

haver resultat la menys bé valorada (el nombre de “suficientment capacitats” supera al de “força capacitats” i hi ha el major percentatge de percepció de poca capacitat, un 10,5% dels residents i un 16,8% dels tutors) perquè uns i altres coincideixen en justificar la poca pràctica d'aquesta competència, que tots associen a activitat preventiva, per la manca de temps a la consulta i per la dificultat de generar canvis només pel fet d'oferir consells que és la pràctica més habitual. Seguint a Cebrià, Bosch i Prados (2000), la modificació de conducta segueix sent una assignatura pendent atès que els consells són poc efectius perquè tenen massa càrrega doctrinal -hom no li agrada que l'alliçonin- i són poc pràctics quan s'intenten suggerir canvis en els pacients en hàbits que tenen molt arrelats com per exemple fumar. Per això, en lloc de seguir utilitzant el consell directiu del metge, cal buscar noves eines més centrades en el pacient com les tècniques d'entrevista motivacional que proposen Miller i Rollnick (1999) destinada a motivar els pacients perquè adquireixin un compromís i sentin el desig de canviar que es basa en estratègies que sorgeixen del counselling centrat en el pacient, la teràpia cognitiva, la teoria de sistemes i la psicologia social de la persuasió, un abordatge molt més complex però més efectiu.⁵ Com afirmen diversos autors (Cebrià et al., 2000; Guayta, 1998; Turabián i Pérez, 1998...) per introduir canvis en els estils de vida no resulta suficient informar sinó que és necessari persuadir i motivar.

Una altra competència comentada però amb resultats estadístics més positius que l'anterior ha estat *Estar disposat a negociar amb el pacient*. El que s'extreu de la lectura qualitativa és que al marge de si en saben o no, no hi ha acord en la manera d'entendre aquesta negociació i fins hi tot, alguns tutors posen en dubte la necessitat de negociar.

Els residents, afirmen negociar contínuament amb el pacient amb l'objectiu d'aconseguir la seva “fidelització”, en el sentit que el pacient torni i per tant, es pugui realitzar una activitat preventiva. Aquesta idea està en la línia de la interpretació que sobre la necessitat de negociació fan Squier, Brody i Supanich (1999) a l'assenyalar que una manca de consens entre pacient i metge pot ser una de les causes d'incompliment terapèutic i especialment si es demana un canvi de conducta important.

⁵ Per ampliar sobre les bases i les estratègies de l'entrevista motivacional, el perquè i el com les persones poden canviar consultar Miller, W.R. i Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

Entre els tutors contràriament, no hi ha acord en la necessitat de negociar –que majoritàriament identifiquen amb donar informació- ja que si bé alguns creuen que s'hauria de negociar més -deixant entreveure que negocien poc- d'altres es mostren reticents en el sentit que els costa considerar que el pacient hagi de participar en la presa de decisions i tenir més responsabilitat sobre el seu procés terapèutic perquè el veuen poc capacitat per fer-ho. La situació que es mostra a la reunió de tutors davant la negociació està en consonància amb els resultats obtinguts en els estudis de Bueno et al. (2000) i a Loayssa i González (2001) en els quals es reflecteix que en l'AP es negocia poc perquè molts dels professionals que hi treballen encara segueixen, influenciats per la medicina hospitalària, en un model excessivament paternalista en què el pacient passiu es posa en “mans” del metge i en el que els metges actuen en nom dels pacients pel seu bé però comptant poc amb ells amb actituds del tipus “nosaltres sabem què li convé i decidim què li donem”⁶ (Bueno et al., 2000, p. 4), que no sempre encaixen amb les necessitats i expectatives del pacient.

Una última competència comentada i molt ben valorada entre els tutors és *Mantenir un compromís de confidencialitat* que infereixen a través d'alguns comentaris que fan els malalts al demanar que els atengui el mateix resident i d'altres comentaris que el resident fa amb el tutor a títol privat. En opinió de l'autora, aquests “indicadors” no són garantia de confidencialitat perquè es refereixen a la complicitat que estableixen amb el pacient que és només, un primer nivell. Més enllà, la confidencialitat també té a veure amb la privacitat i la protecció de dades, enregistrades en l'historial clínic que pertany al pacient, tant defensada avui en dia, que és una qüestió d'ètica que implica tot un canvi cultural en el que s'hi està treballant fermament.⁶

Entre les habilitats **tècniques instrumentals** seleccionades pel col·lectiu d'experts, tant tutors com residents coincideixen en què aquests últims estan molt millor preparats per practicar l'otoscòpia i el peak-flow que el fons d'ull i les infiltracions articulars que ha provocat que les mitjanes en aquesta àrea siguin visiblement

⁶ Tots els experts en cultura organitzacional destaquen la dificultat dels canvis culturals perquè suposa moure valors i creences subjacents a les pràctiques, que normalment estan molt arrelades.

inferiors a les anteriors (3,3 en tutors i 3,1 en residents). En aquests cas, les diferències no són significatives però hi ha indicis de significació ($p=0,057$).

La coincidència en la poca preparació en la pràctica del *fons d'ull* on la percepció de "gens o poca preparació" és del 46,7% del tutors i del 62% dels mateixos residents i en la pràctica de *les infiltracions articulars* on es constata que un 69,4% dels residents "s'autosuspenenen" i un 49,1% dels tutors tampoc els veuen preparats, s'ha interpretat en tots dos casos al fet de ser tècniques molt poc practicades a primària, on són molt pocs els tutors que les dominen i per tant que les poden "ensenyar. A aquesta realitat s'ha d'afegir que des de les rotacions hospitalàries que els pertoca (reumatologia i oftalmologia) no sempre s'hi incideix la qual cosa no resulta estranya atesa la curta durada d'aquestes rotacions per assolir tots els objectius proposats (v. taula 8 sobre lloc i durada del períodes formatius). També es pot donar, com expressen alguns comentaris en les reunions de residents, que alguns especialistes no mostrin interès per a ensenyar la tècnica perquè no consideren convenient que la practiqui un metge de família.⁷ Molt millors són els resultats obtinguts en les altres dues tècniques proposades (*peak flow* i *otoscòpia*) que tots ells consideren que practiquen de forma habitual i que dominen àmpliament.

En l'àrea d'atenció a la **família**, els resultats obtinguts per tutors i residents, entre els que s'observen indicis de significació ($p=0,058$) són força inferiors als obtinguts en àrees anteriors amb una mitjana de 3,4 i 3,2 respectivament i tots dos col·lectius coincideixen en destacar que hi ha més percepció de capacitat en *Obtenir informació de l'entorn familiar del malalt* que en *Utilitzar els recursos familiars de suport al malalt*. Des d'una interpretació qualitativa, tots tres grups focals coincideixen en què la informació que s'obté de l'entorn familiar normalment es facilita sense que el professional la demani –en cap cas referencien l'observació com a font d'informació- mentre l'ús de recursos familiars requereix una actitud molt més activa per part del professional i una coordinació en l'equip de salut i per aquest motiu, com apunta un resident, és molt menys freqüent que es posi en pràctica.

⁷ Com es constata en diversos articles publicats a DM medicina de família manté certes polèmiques amb d'altres especialitats mèdiques al voltant de la competència (en les accepcions d'incumbència i capacitat) per practicar algunes tècniques i procediments.

Amb tot, els resultats obtinguts són qüestionats per part d'alguns tutors-participants a la reunió que els troben excessivament optimistes ja que consideren que l'abordatge familiar encara és molt precari arribant inclús a la conclusió que no només no es fa sinó que ni tan sols se'n té consciència d'aquesta realitat. Aquest escepticisme manifestat entre els tutors coincideix amb els resultats obtinguts en una enquesta a les UD de l'Estat Espanyol presentats en un fòrum celebrat a Gijón on els docents d'aquesta especialitat reconeixen que en la pràctica, l'enfocament integral i l'atenció a la família és deficitari tot i estar inclòs en el programa de l'especialitat (Muñoz, 2001, 10 de novembre). En general, a totes les UD l'atenció a la família es treballa a nivell teòric, principalment en sessions clíniques, però són molt poques les que realment ho posen en pràctica (brindar recolzament a la família, observar l'impacte de la malaltia i orientar, donar males notícies...).

Per la seva banda l'autora també qüestiona les dades estadístiques, com ho fan també alguns tutors, ja que considera que les repetides crítiques vers la pressió assistencial i la manca de temps unides a una deficitària atenció domiciliaria –que és la que ofereix més possibilitat de desenvolupament familiar- i la complexitat creixent d'aquest sistema,⁸ dificulten el desenvolupament d'una veritable atenció familiar.

Els resultats estadístics mostren que sobre l'àrea competencial d'activitat **preventiva** hi ha diferències significatives en la manera com ha estat avaluada per tutors i residents ($p=0,007$) si bé en tots dos col·lectius els resultats són positius (3,87 de mitjana entre els tutors i 3,59 entre residents).

Tot i que els resultats estadístics suggereixen, especialment en el cas dels tutors, una bona preparació en matèria preventiva, el que se'n deriva dels comentaris realitzats en els grups de discussió és que aquesta es practica poc per manca de temps -només aquells centres vinculats al PAPPs,⁹ realitzen activitats en aquesta

⁸ Avui en dia juntament amb l'anomenada "família tradicional" conviuen altres models familiars (famílies monoparentals, parelles homosexuals, famílies binuclears...).

⁹ El programa PAPPs (Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut) és un programa que té com a àmbit d'aplicació l'Estat Espanyol, patrocinat per la semFYC, que es va posar en marxa a finals dels 80 per estimular la qualitat als centres de primària, integrant un programa d'activitats preventives i de promoció de la salut en les tasques que es desenvolupen habitualment a l'Atenció Primària, generar recomanacions periòdiques de prioritats i mètodes preventius i promoure la investigació sobre la prevenció en AP.

línia a nivell de consulta-, d'acord amb la informació oferta per Europa Press a DM (2002, 20 de maig) segons la qual el 98,4 % del metges d'AP, considera que "la manca de temps per pressió assistencial" és la principal raó que impedeix fer activitat preventiva.

Aquesta apreciació qualitativa sobre la dificultat d'implantar activitats preventives i de promoció de la salut en la pràctica diària també queda recollida per Martín Zurro, Gené i Subías (1999) que a més del problema temps també esmenten altres barreres com la manca d'infraestructura i recursos, la manca de valoració per part dels professionals i població de la importància de prevenir,¹⁰ o els buits formatius en matèria de prevenció i promoció de la salut dels professionals sanitaris. Segons aquests autors, el PAPPS ha contribuït a introduir aquest tipus d'activitats, actuant com a element dinamitzador però acaben afirmant que:

(...)encara queda un llarg camí per recórrer abans de considerar que les activitats preventives i de promoció de la salut tenen un grau d'implantació adequat en l'Atenció Primària espanyola, que també s'ha de posar en relació amb les insuficiències quantitatives i qualitatives que encara presenta a Espanya el propi procés de reforma d'aquest nivell assistencial.^{III} (Martín Zurro et al., 1999, p. 435).

Els resultats obtinguts en atenció a la **comunitat** per tots dos col·lectius són visiblement inferiors a la resta –totes dues mitjanes queden per sota del suficientment capacitats- i entre els que no hi ha diferències significatives ($p=0,112$), donen a entendre que aquesta no és una activitat prioritària dins l'atenció primària que també es confirma en la part qualitativa del qüestionari al ser una àrea competencial que es denuncia com a punt feble en 21 ocasions (11 residents i 10 tutors) i es proposa com element a millorar 8 vegades (4 residents i 4 tutors).

A tenor dels comentaris realitzats a les reunions tant tutors com residents es mostren desil·lusionats i descontents respecte a la tasca comunitària, per la que no s'ofereixen medis, hi ha manca d'implicació de molts organismes, de planificació i de sistematisme (activitats amb caràcter puntual quan es fa o fragmentades que es perceben de poca utilitat). A més, el fet que entre els tutors es parli obertament

¹⁰ S'observa cert escepticisme sobre l'efectivitat de l'acció preventiva especialment quan els possibles beneficis només poden objectivar-se a llarg termini.

d'autosuspendre's, reflecteix que els principis de l'aprenentatge per modelatge o observacions del que parla Bandura (1977) funcionen i que les percepcions dels tutors també arriben als residents.

En definitiva, es pot dir que l'esforç realitzat no ha estat suficient i com reconeixen de la Revilla, Siles i López, (1999) és una àrea competencial per desenvolupar tenint present el dèficit apreciat en el grau d'aplicació de les habilitats professionals en relació a l'orientació comunitària. Amb el propòsit de seguir treballant-hi les UD de Catalunya (1999) han presentat l'experiència dels Centres Pilot de Docència en Medicina Comunitària del Programa Docent de Catalunya en la que participen cinc equips que pertanyen a diferents UD, amb l'objectiu que aquests centres portin a terme una experiència sistematitzada d'Atenció Primària Orientada a la Comunitat (APOC) que pugui servir de base per a la docència en l'especialitat i per a la recerca de noves formes docents. Aquests centres estan introduint activitats de caràcter comunitari, on els residents participen activament, en estadis de desenvolupament del procés d'APOC diferents i per exemple un d'ells, ha reactivat un Consell de Salut aturat durant uns anys (Unitats Docents, 1999a).

Sobre els **aspectes organitzatius**, s'aprecien diferències significatives entre tots dos col·lectius ($p=0,001$), amb mitjanes de 3,23 en residents i de 3,57 en tutors. Dins d'aquesta àrea, la competència més comentada i millor valorada per tutors i residents ha estat *Treballar en equips multidisciplinars* la qual cosa no deixa de ser una mostra de l'interès que suscita aquest tema que, com s'ha presentat en l'aproximació teòrica, és un dels pilars de la reforma de primària i una de les tendències més clares dins el sistema sanitari.

Entre els residents-participants, s'observa una actitud molt positiva vers el treball en equip¹¹ però, a partir de comentaris sobre experiències negatives viscudes, alguns també expressen decepció vers el sistema en tant que consideren que les habilitats i actituds pel treball en equip es desenvolupen més fàcilment en un context on aquest es practiqui. Per contra, els tutors consideren que l'aprenentatge de les competències del treball en equip estan al marge que en el centre es treballi en equip o no, perquè per ells són dues coses diferents.

¹¹ Una mostra d'aquesta actitud és la preocupació que expressen davant que hi hagi residents (pocs) que no es sentin preparats.

De les dues interpretacions fetes a propòsit de l'adquisició de competències vinculades al treball en equip, l'autora subscriu la perspectiva dels residents perquè segons ella, és un exemple clar de modelatge i de socialització professional. L'experiència del treball en equip (el que es veu es viu i es sent en el context) impregna de valors, actituds i habilitats vers aquest tipus de treball molt més que qualsevol altra activitat formativa amb aquesta finalitat (M. A. Alonso, 2001). A més, alguns autors que fan suggeriments sobre com desenvolupar les competències del treball en equip també destaquen la importància de la pràctica en el propi context de treball i la reflexió sobre aquesta per poder adquirir-les. Per exemple, Buitrago (2000) aconsella que d'entrada no es caigui en la mitificació del treball en equip, perquè no existeix cap equip idíl·lic i la presa de contacte amb l'equip real, amb les seves llums i ombres pot decebre massa aviat el resident; D. López i Sánchez (2000) per la seva banda, són partidaris que tutors i residents reflexionin conjuntament sobre les seves idees, representacions i prejudicis i consolidant un marc conceptual de referència creïn situacions d'aprenentatge a partir de l'observació i anàlisi del funcionament de l'equip; per últim, a Catalunya demà (1998) i Reeves, Freeth, McCrorie & Perry (2002) destaquen la importància de la formació interprofessional, -especialment a través de les sessions clíniques- com una bona oportunitat per millorar les habilitats de treball en equip. En qualsevol cas, es tracta de desenvolupar habilitats i actituds de col·laboració al marge de les afinitats amb els membres que componen l'equip.

A l'igual que en l'àrea anterior, en demostrar actituds i habilitats per la **docència**, que tots han coincidit en interpretar com a tutorització d'un R petit o d'un estudiant, hi ha diferències significatives entre tots dos col·lectius ($p=0,003$) però amb mitjanes visiblement inferiors (2,94 en residents i 3,33 en tutors). En parlar d'R petit i d'R gran s'adopta una terminologia similar a l'escola (els grans i els petits) com si "s'escolaritzessin". Això té de positiu que els situa clarament com aprenents però també pot convidar a reproduir esquemes escolars poc adequats per aquesta situació formativa.

Pel que fa als tutors, crida l'atenció que tot i ser conscients de les mancances i punts febles que tenen com a tutors, tal i com s'evidencien en altres dades d'aquesta recerca, comentin una mica a la lleugera que és un competència fàcil d'adquirir. Aquesta actitud fa dubtar si realment han reflexionat sobre el que és ensenyar i aprendre i sobre la importància que li atorguen al desenvolupament

d'aquest rol docent, defensat per molts autors (Borrell, 1990; Evans et al., 1996; Gonella, 1993; Guayta, 1998; Nebot, 1992; Sanson-Ficher & Cockburn, 1997; Santos Guerra et al., 1996...), si es pren en consideració que el metge, més enllà d'atendre a residents, participa en múltiples situacions d'ensenyament-aprenentatge amb col·legues, altres professionals, pacients, familiars...de forma més o menys formal i sistematitzada

En quant als residents, semblen més motivats pel tema docència perquè de la mateixa manera que han expressat la inseguretat que els genera aquesta situació, també manifesten una gran satisfacció amb les experiències viscudes a les que reconeixen com a font d'aprenentatge i que, al seu entendre, molts tutors no han estat capaços de descobrir ni aprofitar. Respecte a la tasca docent assumida pels MIR, l'estudi de M. Sánchez, Pla, Albertín i Rodríguez (2001) destaca la importància que té l'R gran per l'R petit i pels estudiants de rotatori amb els que esdevé un dels veritables agents "transmissors" i especialment quan els metges adjunts o i especialment els tutors no exerceixen el seu rol.

I per finalitzar amb el perfil, les percepcions sobre la capacitat en **recerca**, també hi ha diferències significatives ($p=0,000$) entre residents amb una mitjana inferior de 2,93 inferior al "suficientment capacitats" de 2,93 i els tutors que superen aquesta franja amb una mitjana de 3,38; igualment, al ser senyalada com a punt feble en 12 ocasions (5 residents i 7 tutors) i com aspecte a millorar en 7 ocasions (3 residents i 4 tutors) s'intueix que és una de les àrees que presenta més dificultats. Aquests resultats han estat interpretats de forma diferent en el grups focals d'uns i d'altres.

Els tutors tot just expressen que les febleses en recerca estan directament relacionades amb la manca de temps real durant la residència per consolidar aquesta àrea que tots consideren secundària com a competència professional i que inclús arriben a qüestionar-se sí s'ha de treballar en la formació MIR, sobretot quan la formació clínica es pot veure afectada... però no hi aprofundeixen gaire més.

Els residents, contràriament, fan una anàlisi més acurada de la poca preparació que s'han atribuït en relació a aquestes competències i per exemple, crida l'atenció que una competència com és *Llegir críticament articles publicats* els resulti, segons diuen, tan difícil, al marge de problemes com manca de temps, excés d'informació... L'autora, subscriuint a Martenson (1998), es pregunta perquè aquesta competència

no es treballa més en el pregrau quan en l'exercici de la professió la lectura científica és una de les fonts principals de desenvolupament i actualització professional.

També resulta curiós que en cap reunió les competències relacionades amb noves tecnologies com *Fer una cerca bibliogràfica electrònica (Medline...)* o *bibliogràfica* i *Fer ús de recursos mèdics a internet* no hagin estat motiu de comentari, quan en un futur pròxim no hi haurà cap metge de família que no les utilitzi en el seu treball diari (Bonal, 1999).

En general, aquests resultats sobre recerca subscriuen la idea que en l'AP, segueix existint certa tendència a no voler construir evidències científiques. La poca recerca que es fa és irrellevant o aquella que suposaria una novetat per l'especialitat no es publica (Pelayo, Gutiérrez i Albert, 1998; Turabián i Pérez, 2001; Unitats Docents, 1999b). No obstant, algun autor com Ferrándiz (1997) és més optimista i més aviat opinen que la recerca en AP ha augmentat de forma espectacular en els equips de salut, en les àrees (a través de responsables d'investigació, les UD...) i el paper que tenen altres organismes i institucions (societats científiques, Fons d'Investigacions Sanitàries...) malgrat dificultats com la manca de temps, de motivació, d'implicació de tot l'equip, de reconeixement extern i de formació i de finançament.

La **percepció global qualitativa** que han atorgat tutors i residents, és en tots dos casos superior a la que s'obté de fer la mitjana entre el què han respost a cadascuna de les àrees competencials però ha tingut lectures diferents segons els col·lectius: els residents l'atribueixen a què hi ha àrees amb molt més pes, per les que estan més preparats, que d'altres; els tutors, ho justifiquen perquè globalment es tenen en compte altres elements que no queden reflectits en el qüestionari i per certa tendència a l'alça que reconeixen en les seves pràctiques avaluatives dels residents.

En qualsevol cas, sorprèn el poc nombre de persones que s'han atribuït una qualificació d'excel·lent (només un 6 % dels residents) a diferència del 28 % dels tutors que han atorgat aquesta qualificació, que segons els primers s'explica per la sensació que tenen de no haver après prou. En opinió de l'autora, malgrat que aquesta pugui ser una manifestació d'inseguretat comprensible com a professionals

novells, també denota maduresa (capacitat autocrítica, valoració i consciència de limitacions, prudència, actitud davant l'aprenentatge continu...).

ASPECTES QUE SOBREN I MANQUEN EN EL PERFIL COMPETENCIAL

En general, hi ha força conformitat vers el perfil presentat que es dedueix les poques aportacions fetes. Els matisos apareixen en les àrees competencials d'atenció a la comunitat, recerca i docència que han estat qüestionades per cinc, tres i dos tutors respectivament, mentre uns pocs residents dubten dels aspectes administratius (quatre) i de la docència (dos). En quant a competències que hi manquen, les propostes han estat molt variades del que se'n deriva que el perfil no té buits en qüestions bàsiques. La única cosa a destacar són els 6 residents que han esmentat l'atenció domiciliària i al malalt terminal.

Com element de contrast serveix un estudi Delphi sobre el perfil professional del personal sanitari en AP realitzat per Molina, Ballesteros, Martínez, Soto i Sánchez (1996) en el que s'arriba a concloure que la docència i la investigació no són considerades pels experts-participants com a part essencial de la capacitació del metge AP i en canvi es valora molt positivament tot el que fa referència a l'atenció a l'individu, la comunitat, el treball en equip la garantia de qualitat i la comunicació. A grans trets, s'observen força coincidències entre tots dos estudis i la importància que li atorguen a les competències presentades, si més no, teòricament.

ACTITUD DAVANT LA FORMACIÓ CONTINUA

En general, per bé que tutors i residents assenyalen de forma majoritària que la formació contínua és imprescindible, cal tenir present que en cap cas és una evidència que ells es formin per mantenir la competència professional. És possible que es tracti només d'una declaració d'intencions o d'una resposta que "cobreix les expectatives" donat que és obvi que avui en dia, qualsevol que vulgui ser apreciat de bon professional ho defensaria. Aquesta cautela a l'hora d'interpretar resultats respon també als resultats obtinguts en treballs anteriors com per exemple l'estudi realitzat per Molina (1995) i March, Prieto, Gutiérrez, Carmona i Equipo de Evaluación del PSMI (2001) en els que es detecta que els professionals de l'AP li donen molt valor a la formació -especialment en l'últim estudi- però la manca de temps, de finançament, la limitació geogràfica, els horaris incompatibles, de

vegades dificulta l'assistència a cursos i a reunions científiques..., i per això les activitats de formació contínua s'acostumen a limitar a l'estudi personal (lectura científica), cursos i sessions clíniques i bibliogràfiques en el mateix centre.

INFORMACIÓ EN EL PROCÉS MIR

Respecte a la informació de la que disposa el resident sobre els objectius a assolir en la formació MIR, hi ha diferències significatives entre tutors i residents ($p=0,001$), en el sentit que hi ha més tutors (85%) que residents (65%) que creuen que els objectius de formació són coneguts per aquests últims. Aquesta percepció de "coneixement dels objectius" entre els tutors-participants, es "suposa" pel fet que estan escrits en el llibre que es posa en mans del metge-resident quan inicia aquest període formatiu. I per més que reconeixen que uns objectius escrits no serveixen de gaire, no interpreten que és una tasca important des de la tutorització quan està demostrat que, explicitar, compartir i "negociar" els objectius i les competències a adquirir, facilita la implicació i la motivació i en definitiva, fa que l'efecte de la formació sigui considerablement millor que si aquests són confusos o simplement es donen per sabuts (Sinai et al., 2001).

Amb la informació sobre el progrés del resident en el procés formatiu (avaluació contínua o formativa), les dades mostren una situació similar a l'anterior: diferències clarament significatives entre els dos col·lectius ($p=0,00005$) perquè novament els tutors apunten que s'informa més en el procés formatiu del que el resident percep. El fet que entre els tutors les opcions escollides estiguin entre el "sovint" (42,5%) i el "de vegades" (39,6%) mentre les dels residents entre el "de vegades" (61,9%) i el "mai" (23,8%), ja orienta sobre la percepció de seguiment d'uns i d'altres. I com en el cas anterior, l'autora s'inclina a pensar que la percepció dels residents és més fiable atesos els comentaris realitzats a les diferents reunions.

D'una banda, els residents confirmen les dades estadístiques al fer una crítica general del sistema avaluatiu, i d'altra els tutors-participants mostren "sorpresa" davant l'optimisme que traspuen les dades exposades, ja que la majoria reconeix la dificultat que els suposa donar feed-back i més quan són ells els que reclamen –en els punts febles i les propostes de millora– la necessitat de seguir treballant en la millora del sistema d'avaluació formativa i final.

Més enllà de l'avaluació formativa, la queixa manifestada entre els residents, es fa extensiva a tot el sistema avaluatiu. Aquesta no és l'única dada sobre l'opinió d'aquest col·lectiu al voltant d'aquest tema. Un estudi paral·lel a aquest, realitzat per un grup de residents (R3) i presentat al Congrés que ells mateixos organitzaren (Sant Joan de les Abadesses, març del 2000) conclou que la valoració dels R3 (un 25% d'aquesta població) sobre el sistema d'avaluació és de 3 sobre 10 principalment i les raons que han donat per justificar aquesta "mala nota" són: la manca d'avaluació formativa i de recursos per dur-la a terme, especialment en les rotacions i en relació a l'avaluació final, la manca d'objectivitat i d'homogeneïtat entre els diferents centres (Carrasco et al., 2000). D'acord amb Berlanga, Artigas i Gutierrez (2000), malgrat possibles mancances, les innovacions realitzades amb l'Ordre Ministerial de 22 de juny (v. apartat 2.6.2.2.), suposen el primer plantejament seriós dels procediments avaluatius en la formació d'especialistes, a to amb les exigències que un procés formatiu d'aquest abast requereix.

METODOLOGIA PRIORITÀRIA SOBRE L'ADQUISICIÓ DE COMPETÈNCIES

En les respostes obtingudes respecte a l'opció metodològica prioritària en l'adquisició de competències, s'observa una tendència generalitzada –només desviada en l'àrea d'atenció a la comunitat- per assenyalar les estratègies de tutoria, modelatge i autoaprenentatge molt per sobre de les altres propostes la qual cosa confirma a grans trets, el decisiu paper de la tutorització en la formació de l'especialista.

Les diferències observades entre tutors i residents que resulten significatives en sis àrees competencials (habilitats clíniques bàsiques, habilitats de maneig, comunicació, atenció a la família, aspectes organitzatius i docència), estan en un major èmfasi en la tutorització (per part dels tutors) o en l'autoaprenentatge (per part dels residents). Els percentatges sobre modelatge (tercer element integrant segons es justifica en el marc teòric), són força similars en tots dos col·lectius. L'única observació a fer respecte el modelatge és que llevat de comptades excepcions (àrea competencial de docència i família entre residents), sempre es presenta en percentatges inferiors a la tutorització que és el l'estratègia més destacada en pràcticament totes les àrees.

En una primera lectura dels resultats, sembla que aquestes percepcions podrien tenir alguna relació amb el fet que hi ha diverses maneres d'entendre i per tant de posar en pràctica el rol de tutor. Des de qui considera que la relació ha de ser molt reglamentada i que s'ha de portar al límit la "professionalització" de la figura del tutor, en el sentit de generar una gran dependència tutor/resident, fins aquell que en el pol oposat, pren com a referència el model viscut durant molts anys en la formació mèdica i defèn una debilíssima o quasi inexistent relació tutor/resident, accentuant l'èmfasi en l'autoaprenentatge (Jano Editorial, 1998). Per altra banda, aquests resultats també poden interpretar-se des de la teoria d'atribució de causalitat interna i externa de psicologia social segons la qual hom té tendència a atribuir-se a ell mateix els èxits i els fracassos a factors externs. Així, els residents donen més importància a l'autoaprenentatge perquè en certa mesura els autoresponsabilitza dels propis èxits mentre el tutor s'inclina per emfasitzar la tutorització (Vander Zanden, 1986).

A propòsit de la tutorització i tenint en compte aspectes quantitius i qualitius, s'observen certes contradiccions. D'una banda, els tutors són els únics que manifesten la necessitat de formació en metodologia docent (per 12 tutors és un dels punts febles del sistema i 11 la destaquen com a proposta de millora) però també es mostren força autocomplaents amb la seva tasca i el paper que exerceixen com a tutor (31 consideren exalcen la tutorització i només 14 la consideren un punt feble i especialment referint-se al període hospitalari). Per contra, els residents no esmenten en el qüestionari la necessitat de formació del tutor però són molt més crítics amb la tutorització ja que només 17 la destaquen com a punt fort mentre es fan 30 aportacions com a punt feble i 24 com a aspecte a millorar.

La demanda de formació que fan els tutors no sorprèn quan aquesta mancança també s'ha fet palesa en altres estudis. Per exemple, en l'estudi sobre el perfil dels tutor (primària i hospitalari) de Catalunya l'any 1998 realitzat per l'ACEM (Associació Catalana d'Educació Mèdica) el 52,8% dels tutors de primària assenyalen haver tingut poca informació sobre les seves funcions, es senten entre poc (36%) o força (60%) preparats per fer de tutors, preparació que segons ells han adquirit mitjançant l'experiència. A més, una gran majoria (més del 75%) estan molt o força interessats en fer activitats formatives sobre metodologia docent, habilitats comunicatives i mètodes avaluadors. En la mateixa línia, l'estudi de Tutusaus et al.

(2002) destaca la necessitat d'ajudes pel perfeccionament docent (7,7 sobre 10) i d'altres problemes de la tutorització com són la manca de reconeixement d'aquesta labor (8 sobre 10)¹² i de temps per exercir la tutoria (7,5 sobre 10), aspectes que de forma conjunta contribueixen a la desmotivació¹³ i desil·lusió del professional, que no fan més que afegir arguments per criticar la tutorització.

Aquesta realitat però, no afecta només a l'Estat Espanyol sinó que aquest tipus de problemes també es detecten en països com Anglaterra. Per exemple, en un estudi realitzat en aquell país amb tutors hospitalaris queden també paleses les mancances en la formació dels tutors hospitalaris per la tasca docent i la poca implicació que tenen amb aquesta pel poc temps que disposen per ensenyar i avaluar (Gibson & Campbell, 2000).

Una última qüestió destacable respecte a la tutorització és que segons s'ha comentat en els grups encara que en els qüestionaris no s'evidenciï clarament,¹⁴ és que hi ha una percepció diferent del tutor hospitalari del de primària més positiva en aquest segon cas,¹⁵ coincidint amb els resultats obtinguts en l'estudi de Santos Guerra et al. (1996). Això s'explica pel fet de compartir especialitat (més fàcil la comunicació i la transmissió de necessitats) i per un període de temps més llarg (es segueix el resident durant tres anys mentre en una rotació hospitalària potser només hi està dos mesos) i el context (més complex l'hospital que el centre de salut).

Parant compte en els comentaris realitzat a les reunions, es dedueix que el model d'autoaprenentatge, que en ocasions es presenta de forma intencional però d'altres simplement es dona per manca d'organització i/o actitud docent, s'ha viscut fonamentalment en les guàrdies que per molts residents han estat una experiència d'aprenentatge important però emocionalment a un preu molt elevat. Aquestes percepcions coincideixen amb els resultats obtinguts en els estudis de M. Sánchez,

¹² A nivell econòmic, només els tutors de primària de Catalunya reben un incentiu per aquesta tasca. Actualment s'està treballant per altres tipus de reconeixement professional (carrera, mèrits...).

¹³ D'aquesta manca se n'ha fet esment en les reunions .

¹⁴ Molts dels comentaris que els residents han escrit en l'apartat de punts forts i febles no especifiquen si es refereixen als tutors hospitalaris o als de primària tot i que algunes de les crítiques expressades sobre les rotacions hospitalàries tenen relació amb els tutors.

¹⁵ Tampoc es pot d'oblidar que alguns residents també es senten clarament desatesos pel tutor de primària.

Pla, Albertín i Rodríguez (2001) i Santos Gerra et al. (1996), en els que curiosament els residents també han fet ús de metàfores bèl·liques com (“ir a la guerra in pistola”) que evocuen sentiments de solitud i d'abandonament. Així com es constata en un fòrum organitzat per la Comissió de Docència de l'Hospital de Txagorritxu a Vitoria, el MIR júnior assumeix, en general, molta responsabilitat en les guàrdies quan encara no disposa de formació suficient (C. Ruiz, 2001, 21 de juny). Tanmateix, també es cert que en tots tres estudis hi ha coincidències en el fet que els residents reconeixen haver après molt sobre patologies diverses, presa de decisions ràpides... Resumint i com interpreten Santos Guerra et al. (1996):

Les guàrdies són un terreny carregat d'ambigüitat i de risc, una “singular escola” en la que els residents es sotmeten a una “immersió pràctica” que no tots vivencien i, per tant, valoren de la mateixa manera que no tots consideren la forma més adequada mitjançant la qual desenvolupar la seva professionalitat i el seu aprenentatge.^{IV} (p. 127)

Per això, cal reflexionar sobre com treure el màxim profit d'aquest camp d'aprenentatge únic i sense perdre la idea que refereixen els tutors que aquest “estar sol” és formatiu i els va bé per “espavilar-se”, facilitar el procés de responsabilitat de forma progressiva i no automàtica atenent les necessitats de cada metge-resident.¹⁶

En el cas del modelatge i com ja s'ha avançat, és difícil interpretar-ne els resultats, perquè ha estat una opció escollida de forma similar per tots dos col·lectius. Probablement, la dificultat rau en com distingir modelatge de tutorització en aquelles situacions en què tots dos formen part d'un mateix procés tot i que el modelatge s'associa a un estil de tutorització, més centrat en el que ensenya que en el que aprèn i des del qual hi ha la preconcepció que és suficient amb mirar i repetir per aprendre i fer-ho correctament. Com diu Turabián (1999, p.7), “el modelatge o veure i assumir l'estil i mètodes de col·legues amb els quals es treballa, és un component important de la formació del resident. És el mètode clàssic de l'aprenent: *observa'm una estona i fes-ho per tu mateix*”^V. Malauradament, el no haver comentat gaire els aspectes metodològics a les reunions no possibilita desxifrar millor els resultats.

¹⁶ Com es dedueix d'alguns comentaris a la reunió de tutors, les guàrdies no és l'únic espai on es fa ús de l'autoaprenentatge al reconèixer que sovint “obliden” que tenen un metge resident i encara en procés de formació al demanar-li responsabilitats a nivell de professional-expert.

L'opció intercanvi entre residents ha estat en general poc escollida com a metodològica prioritària i sempre molt més present entre els residents que els tutors la qual cosa pot tenir relació amb què són espais d'autoaprenentatge (treballs de recerca...) no compartits. Els resultats tant poc representatius, inclusivament entre residents, indica que l'aprenentatge grupal té un caràcter secundari en la formació MIR. Un altre aspecte són les sessions clíniques que tot i tenir un caràcter grupal, és un espai compartit per diversos professionals, residents i no residents.¹⁷ En aquest cas però, també sorprèn la poca importància que li donen uns i altres a una eina formativa tant potent com aquesta. Les dues àrees on aquesta ha estat més seleccionada són preventiva (13 tutors i 7 residents) i comunitària (11 tutors i 15 residents); en la resta, els percentatges són mínims.

Els cursos, seminaris...han estat particularment valorats en l'àrea de comunitària (on és l'opció majoritària per tots dos col·lectius –51 tutors i 38 residents-), recerca (16 tutors i 25 residents), preventiva (11 tutors i 12 residents) i en comunicació per només residents (17). Els resultats obtinguts en l'àrea de comunitat poden tenir relació en què en el mateix procés de postgrau és necessari complementar la formació teòrica iniciada en el pregrau¹⁸ perquè la medicina comunitària implica coneixements de disciplines tan diverses com epidemiologia, estadística, demografia, sociologia, economia i antropologia i d'altres continguts de caràcter metodològic com són: anàlisi de necessitats i recursos, mètodes de prioritització, planificació de programes i mètodes d'avaluació (Gallo et al., 1994). No obstant, el fet que sigui una pràctica poc freqüent i sistematitzada en els centres de salut contribueix a aquesta percepció d'haver treballat aquestes competències –que no vol dir assolit- de manera més teòrica que aplicada.

En altres àrees com recerca, preventiva i comunicació també es mostra que la formació en l'entorn aula té força importància per l'adquisició d'aquestes competències tot i que com apunta algun dels participants, aquest tipus de formació està bé però quan realment s'aprèn és amb l'aplicació de les habilitats en el context

¹⁷ En el mateix programa de l'especialitat, la participació activa en les activitats de formació contínua del centre, entre les que es consideren les sessions clíniques, bibliogràfiques, organitzatives...apareix entre els objectius docents.

¹⁸ En el plans actuals hi ha una assignatura obligatòria amb el nom de *Medicina preventiva i salut pública i comunitària*.

professional. Tanmateix, els cursos, seminaris...no tenen perquè associar-se a una formació teòrica perquè en el cas de comunicació, l'ús de videogravacions i anàlisis posteriors, role-playings..., tècniques habituals en aquest tipus de cursos, s'han demostrat com a eines molt útils per aquest tipus d'aprenentatge (Quesada i Martínez, 1997).

ALTRES ELEMENTS DISCUTITS AL VOLTANT DEL MODEL FORMATIU

La sobrecàrrega assistencial i la manca de temps, queixes que sovint apareixen en les reunions sobretot a l'hora d'analitzar els aspectes més fluixos de la formació (recerca, comunitària...) i que semblen ser una constant en el treball diari dels centres de salut, curiosament només alguns tutors l'apunten com a punt feble (18) o com a proposta de millora (8). Tota aquesta sobrecàrrega que afecta el treball amb pacients, residents, activitats no assistencials... és una font d'ansietat i d'insatisfacció constant que té a veure amb l'anomenat "síndrome de burnout", malauradament tant popular entre els professionals sanitaris. Així com conclouen Saura-Llamas et al. (1997) en el seu estudi, si bé el malestar que produeixen els problemes clínics desapareixen amb la pràctica, "la manca de temps i les consultes percebudes com inacabables segueixen produint un alt nivell de desconfort malgrat el pas del temps i de l'experiència"^{VI} (p.145).

Els residents per la seva part, no en parlen directament a la reunió però d'alguna manera també ho denuncien quan onze d'ells proposen potenciar la formació i actuar menys com "mà d'obra barata". Aquesta dada està en la línia d'altres treballs com del que informa Morén a DM (2002, 13 de maig), sobre una enquesta realitzada a residents que mostra la insatisfacció que aquests senten perquè les ocupacions assistencials sempre superen a les formatives ja que el 60,7% assegura que assisteix a seminaris ocasionalment mentre aquests tenen, segons el programa, caràcter obligatori.

Tant tutors com residents estan molt a favor d'allargar la residència però hi ha poca coincidència en com s'hauria d'organitzar aquest quart any, ni tant sols en el sí d'aquests col·lectius perquè en tots dos hi ha partidaris d'ampliar el període hospitalari i d'altres la formació en el centre de salut. Aquesta apreciació, per altra banda molt qualitativa, no acaba de lligar amb les conclusions del XXI Congrés de la semFYC segons publica Muñoz a DM (2001, 23 de maig). En aquest Congrés,

tots dos col·lectius reivindiquen l'ampliació a 4 anys per poder aprofundir però cada col·lectiu planteja aquesta petició en un sentit: els tutors prefereixen augmentar la formació a primària mentre els residents estan més interessats per les activitats pròpies de l'hospital que en capbussar-se en l'enfocament comunitari i psicosocial de la medicina de família.

Els comentaris apuntats vers les rotacions hospitalàries són tant de caràcter positiu (28 residents i 12 tutors) com negatiu. En aquest últim cas, les queixes més importants es refereixen a: les rotacions en general (37 residents), la poca adaptació d'aquestes a la MFiC (11 residents i 12 tutors) i la poca implicació del tutor hospitalari (14 tutors i 30 residents que comenten que cal millorar la tutorització, en general). Des d'una perspectiva més qualitativa, només han estat els residents, els que en nombroses ocasions han fet comentaris. Aquesta motivació no és estranya tenint en compte que són únicament ells els que viuen, disfruten i pateixen les rotacions hospitalàries, és a dir, els directament implicats en aquest procés formatiu, mentre els tutors romanen al centre de salut i en fan un seguiment "a distància". En general però, tant les queixes (residents de segon nivell, marginats...) com les valoracions positives (molta clínica) expressades en els grups focals de residents també s'han constatat en altres estudis (M. Sánchez et al., 2001; Santos Guerra et al., 1996).

5.2. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Prenent una mica de distància del que ha estat aquest procés d'investigació, s'exposen a continuació les limitacions que més s'han acusat en el transcurs d'aquesta recerca.

Per començar, el principal entrebanc ha estat haver investigat sobre un col·lectiu professional i un procés formatiu, el model MIR, d'entrada poc coneguts per l'autora al no pertànyer a la professió mèdica. Si bé des de l'inici d'aquest projecte, ja anticipava que l'aproximació al col·lectiu en qüestió i per tant, la viabilitat del projecte no era fàcil, les motivacions que l'havien portat a realitzar aquest treball eren prou importants com per fer-hi front. Això ha suposat un temps de presa de contacte i un "guanyar-se" els professionals directament implicats amb aquesta

recerca i que d'alguna manera es veuen sotmesos a una "avaluació". Aquest procés però, li ha permès desenvolupar habilitats persuasives i polítiques que han suposat tot un aprenentatge. Tanmateix, s'ha de reconèixer, des d'un primer moment, la col·laboració de persones clau com el Coordinador General del Programa de MFiC de Catalunya i d'altres professionals que col·laboren en el projecte ACOE, que van creure en aquest treball i que van proporcionar tot tipus de facilitats i ajudes a la investigadora.

Quan l'autora es refereix a dificultats en el procés de recollida de dades és perquè al seu entendre, el percentatge de resposta obtingut podria haver estat superior si s'hagués aconseguit motivar més a algun dels coordinadors d'UD com a mediador en el procés de lliurament de qüestionaris ja que segons els comentaris d'alguns residents-participants assistents a les reunions fa sospitar que no tots els qüestionaris van arribar "a bon port". No obstant, no es poden desestimar altres possibles variables intervinents com la complexitat dels circuits de correu intern en les Unitats Docents més grans, el no haver pogut personalitzar els sobres dels residents i el fet que en alguns Centres de Salut el resident no disposi de bústia.

Un altra aspecte que l'autora vol remarcar és la metodologia qualitativa, per motius diversos. D'una banda, la dificultat d'organitzar els grups focals (establiment de dia i hora en el que pogués assistir el màxim nombre de persones interessades, persones que, sense excusar-se no apareixen, persones que a última hora se'n desdiuen...), situacions que es van crear especialment en la primera reunió, però que gràcies a aquesta experiència varen poder ser minimitzades i/o reconduïdes en les posteriors. Cal també afegir-hi la dificultat de transcriure les reunions quan, per l'espontaneïtat i la pròpia dinàmica del grup, en ocasions, parlen persones diverses alhora, i també la dificultat de manejar i interpretar aquest tipus de dades amb rigor donat que es tracta d'una primera experiència amb aquest tipus d'instrument.

Lligat amb aquest darrer punt, és necessari afegir les dificultats que comporta la investigació multimètode, en el que l'anàlisi integrat de dades constitueix tot un repte, especialment quan les dades numèriques i narratives són incongruents o contradictòries.

Per últim, destacar que la població objecte d'estudi (residents 2000) s'ha vist afectada per decisions polítiques, a vegades, polèmiques. Entre aquests canvis, la

prova específica MIR per família, la prova de competència per aquells residents del 99 proposats a excel·lent, i la implantació del nou sistema d'avaluació a partir del Real Decret del 95 (la primera promoció afectada també és la del 99), han estat les qüestions més remarcades.

5.3. RESPOSTA A LA HIPÒTESI I ALS OBJECTIUS PLANTEJATS

En reprendre les hipòtesis plantejades a l'inici d'aquest treball i els objectius que es volien assolir, l'autora es disposa en aquest punt a presentar les seves conclusions, prenent compte de les limitacions a les que s'ha vist sotmès.

De forma global, la hipòtesi que ha guiat tot el procés de recerca *Tutors d'R3 i residents d'R3 de Medicina Familiar i Comunitària tenen percepcions diferents al voltant de com assoleixen les competències professionals en el procés de formació MIR*, donat el seu abast, només es confirma en part. Per poder recollir-ne els matisos resulta pertinent, respondre a cadascuna de les subhipòtesis que d'aquesta se'n derivaven i més, tenint en compte que a més de les dades quantitatives, les narratives també hi afegeixen informació.

Subhipòtesi 1:

Tutors i residents difereixen en la percepció sobre el grau de capacitació assolit pels residents en les diferents àrees competencials (habilitats clíniques bàsiques, habilitats instrumentals, habilitats de maneig, comunicació, atenció a la família, atenció a la comunitat, docència, aspectes organitzatius i recerca).

A nivell quantitatiu, l'estadística inferencial indica que de les 10 àrees competencials dibuixades en el perfil de Medicina de Família i Comunitària només en la meitat hi ha diferències estadísticament significatives i són: habilitats de maneig ($p=0,001$), activitat preventiva ($p=0,007$), aspectes organitzatius ($p=0,001$), docència ($p=0,003$) i recerca ($p=,000$) (v. taula 46). Aquestes dades permeten concloure que aquesta subhipòtesi només es confirma precisament en aquestes àrees.

Seguint amb la perspectiva quantitativa, les dades també mostren que la percepció de capacitació és força positiva llevat d'algunes excepcions com atenció a la comunitat, on la mitjana de tots dos col·lectius queda per sota de tres, i les àrees de docència i recerca en què només “es suspenen” els residents. Això és comprensible d'acord amb la concepció de la competència defensada en aquest treball ja que al finalitzar la residència s'està parlant d'un professional novell que amb el temps i la pràctica reflexiva anirà adquirint perícia i expertesa.

De la mateixa manera, i així com s'il·lustra en el perfil presentat en el gràfic 60, s'observa que en tots els casos, la percepció dels tutors sobre el grau de capacitació adquirida en les diverses àrees competencials és o molt similar o està per sobre de l'autoavaluació dels residents –algunes amb diferències significatives-.

Posteriorment, l'anàlisi qualitativa ha permès una altra valoració i matisar aquestes dades dibuixant una situació més complexa que la que fins ara s'ha presentat, arribant inclús en alguns casos, a qüestionar-se dades estadístiques. Aquesta situació es dona especialment amb els tutors que posen en tela de judici alguns dels seus propis resultats, que veuen massa optimistes i/o “poc reals”, la qual cosa permet inferir que potser les percepcions entre tots dos col·lectius són, en alguns casos més properes.

Sobre tota aquesta informació (quantitativa i narrativa) se'n poden fer diverses observacions i lectures. Algunes d'aquestes són:

- Des d'una lectura dels resultats s'observa que aquelles àrees en les que els mateixos tutors qualifiquen més baix els residents també són crítics amb ells mateixos (segons se n'extreu de la reunió) com per exemple investigació, comunitat), mentre aquelles en les que es veuen forts també han puntuat millor als seus residents, la qual cosa es pot interpretar que com que formen millor o són més condescendents amb el resident amb aquelles àrees que dominen més.
- El fet que algunes àrees surtin molt ben valorades en el qüestionari (formació contínua, treball en equip, prevenció, nous paradigmes relacionals...) i des d'una perspectiva qualitativa també es qüestionin pot

tenir relació amb els canvis culturals a nivell sanitari, que sovint estan més en boca i en el desig dels professionals, que en les pràctiques.

- Que els tutors hagin puntuat més alt que els propis resident en totes les àrees pot tenir relació amb què indirectament s'autoavaluen perquè si un avalua bé el seu resident potser és perquè ell també ha fet una bona feina. En aquest sentit s'observa certa autocomplaença (especialment des de les dades estadístiques).
- Que els residents s'autoavaluin més baix que no pas ho fan els seus tutors també pot estar relacionat amb una postura d'autoexigència al ser la formació realment important per a ells; també pot haver influït l'haver-se "posat a prova" com a professionals perquè segurament els ha ajudat a prendre consciència de la dimensió d'aquesta responsabilitat, del que queda per aprendre i a desenvolupar una actitud d'autocrítica i prudència probablement barrejades amb una poca seguretat i de confiança que es va adquirint amb l'experiència.
- Les carències d'avaluació contínua que denunciïn els residents i en menor grau els tutors, pot ser una altra interpretació de les diferències entre percepcions. Segurament, si es fes un seguiment més regular durant el procés formatiu, ambdues s'aproximarien més.

Fent referència a algunes àrees competencials, i al marge de si estadísticament s'han donat diferències significatives, l'autora apunta algunes reflexions.

Respecte a la **comunicació**, si bé no hi ha dubte que prenen molta més importància en aquesta especialitat que en d'altres doncs com indiquen Ruiz, Rodríguez, Pérula i Prados (2002) una comunicació clínica de qualitat es relaciona amb bons resultats a la consulta, especialment en atenció primària, les competències no deuen estar tan consolidades quan per exemple, encara s'observen actituds paternalistes en la negociació, especialment entre els tutors, quan la tendència és anar cap a un model de corresponsabilitat.

En opinió de l'autora, sens dubte hi ha més sensibilitat i més formació que en altres especialitats però algunes valoracions que s'han fet sobre competències

comunicatives o sobre d'altres qüestions com la tutorització, l'atenció a la família o l'activitat preventiva... en què la comunicació hi està implicada, fa pensar que encara s'ha de seguir treballant, sobretot a nivell actitudinal.¹⁹ En definitiva i tractant-se d'una àrea competencial tan transversal com aquesta,²⁰ l'autora aposta per una decidida integració d'aquests continguts ja en el pregrau, a l'igual que també s'ofereix en altres titulacions sanitàries. D'aquesta manera també es poden anar superant aquelles preconcepcions que posen en qüestió el seu aprenentatge.

En quant a la **preventiva**, el fet d'associar-la al PAPPS en el que molts d'ells col·laboren, ha contribuït al seu desenvolupament i a una percepció positiva de capacitat, com es llegeix dels resultats estadístics, tot i que en els grups de discussió apunten disposar de poc temps per aquesta activitat. De tot això se'n pot extreure que es consideren unes competències fàcils d'adquirir perquè malgrat es practiquen poc, hi ha força preparació.

Respecte a l'atenció a la **família**, (on des d'una visió qualitativa es qüestionen els resultats obtinguts qualitativament), és una àrea que es practica poc perquè quan es fa és sempre de forma més passiva que activa tot i no hi ha poca consciència que sigui un treball pendent. Contràriament, en el cas de l'atenció a la **comunitat**, hi ha una clara evidència que queda molt per fer (tots dos col·lectius hi estan d'acord tant qualitativa com quantitativament) i que d'altres organismes que també hi estan implicats tampoc mostren gaire interès.

En aquest sentit els residents, no s'expliquen perquè el títol és medicina familiar i comunitària quan no es dona ni un enfocament familiar ni comunitari. La idea d'atenció des d'una perspectiva global que apareixia amb Alma-Ata l'any 1978 i que es concretava amb la creació de l'especialitat amb una voluntat clara d'orientació familiar i comunitària, segueix sent un repte no assolit però del tot necessari.

Per últim, el poc interès dels tutors per la **recerca** i per motivar-la entre els residents pot estar contribuint a enviar el missatge que aquesta no és prou important per la

¹⁹ Els canvis actitudinals no són fàcils i menys encara si els models de referència tampoc mostren les actituds més desitjables.

²⁰ La comunicació no només té efectes en els resultats clínics, també té relació amb el treball en l'equip, amb les famílies, en el desenvolupament del rol d'educador...

pràctica assistencial dificultant encara més el canvi de concepció sobre aquest professional.

Subhipòtesi 2:

Tutors i residents difereixen en la percepció sobre el grau de capacitació global que els residents han assolit al final de la residència, en funció del perfil presentat.

Es confirma la subhipòtesi que tutors i residents difereixen en la percepció qualitativa sobre el grau de capacitació global que els residents han assolit al final de la residència en funció del perfil competencial presentat ($p=0,021$). En aquest sentit serveixen igual les interpretacions donades anteriorment ja que en aquest cas, la nota del tutor també ha estat superior a la dels residents.

Subhipòtesi 3

Tutors i residents difereixen en la percepció sobre quines són les metodologies que han afavorit més l'aprenentatge en cadascuna de les àrees competencials.

Respecte a les estratègies més utilitzades, només en algunes àrees hi ha diferències significatives (habilitats clíniques bàsiques, maneig, comunicació, família, aspectes organitzatius i docència), tot i que en general s'observa que els tutors han fet més èmfasi en la tutorització i els residents en l'autoaprenentatge. Aquestes, juntament amb el modelatge, són el suport d'aquest procés formatiu caracteritzat per una aplicació diària dels coneixements, habilitats i actituds que es van adquirint de forma seqüencial al llarg de la residència, al costat d'uns tutors que han de servir com a models, tot i que hi ha altres metodologies que el complementen.

Amb tot, la tutorització que sense cap dubte, té molts elements positius, també presenta febleses com s'han anat constatant al llarg d'aquesta recerca (poca formació, poca informació dels objectius i del procés, guàrdies...).el que implica que s'ha de seguir treballant i aprofundint per avançar en la millora de la qualitat docent i aprofitar el màxim aquesta situació per una pràctica reflexiva més conscient en la línia del que proposa Schön (acció i reflexió compartida).

En quant al modelatge, l'autora comparteix la visió de Johnson i Kurz (1996) que moltes actituds professionals s'aprenen dels comportaments i actituds professionals que presenten els models (sensibilitat vers els pacients, relació amb els companys, actitud davant l'aprenentatge...). Des d'aquesta responsabilitat, i d'acord amb Dalmases (1999) cal que els tutors reflexionin i revisin les pròpies actituds –per exemple amb autoscòpies- i, si és el cas, desaprenquin per poder transmetre nous valors més en consonància amb la realitat actual del metge i les expectatives i demandes socials.

Per últim, les estratègies grupals són en general poc secundades en l'adquisició de competències, la qual cosa convida a pensar que segurament ha estat un tipus d'estratègia poc utilitzada inclús en el pregrau. Integrar amb més força l'aprenentatge cooperatiu no només permetria desvetllar la seva potencialitat educativa en la construcció grupal sinó que també afavoriria la integració dels equips de salut d'acord amb les noves estructures organitzatives. Aprendre a aprendre junts, és la millor manera d'aprendre a treballar junts.

Subhipòtesi 4

Tutors i residents difereixen en la percepció sobre la informació que es dona dels objectius a assolir i del progrés al llarg de la formació MIR.

A nivell estadístic aquesta es confirma aquesta subhipòtesi perquè hi ha diferències significatives entre tutors i residents tant pel que fa a la informació dels objectius ($p=0,001$) com del progrés ($p< 0,0005$) en el sentit que els tutors refereixen que hi ha més informació que no pas perceben els propis residents. Igualment, també mostren diferències significatives sobre la percepció que tenen respecte a com es comunica aquesta informació (tutor de primària i fulls d'avaluació). Des d'una perspectiva qualitativa però, gran part dels tutors-participants reconeixen donar molt poca informació, del que es pot deduir que potser les percepcions de tots dos col·lectius són percepcions més properes del que indica la estadística.

En aquest cas sorprèn que malgrat la poca informació que diuen que s'ofereix en el procés formatiu, els resultats a nivell de capacitació siguin força positius, tenint en compte que l'explicitació d'objectius i el seguiment són dos aspectes claus del procés de tutorització.

El sistema d'avaluació continuada proposat des de l'Ordre Ministerial, és ja un primer pas per anar caminant cap a una autèntica avaluació formativa.²¹ No obstant, encara resulta difícil entendre l'avaluació amb caràcter formatiu perquè hi ha una cultura avaluativa d'aprenentatge final molt arrelada, amb caràcter sancionador i en el cas de metges, inclús poc integrada en el procés formatiu.²² Malgrat tot, l'autora considera que el sistema MIR és una ocasió immillorable per treballar-hi i que no s'hauria de renunciar a aquest tipus d'avaluació, amb el recolzament d'instruments senzills, manejables i suficientment vàlids per poder ser utilitzats de forma generalitzada, de manera que per al tutor resultin útils i sobretot com diu Rodríguez (1995) ajustats a les possibilitats de la docència a Catalunya i al conjunt de l'Estat Espanyol.

En conclusió, la hipòtesi plantejada inicialment es confirma en part (a nivell estadístic) encara que el fet que la lectura qualitativa no sempre ho corrobora convida a pensar que en alguns casos, aquestes diferències són menors. En aquest sentit, i tenint en compte l'aportació de Ramírez del Rio (1997) respecte a la percepció com a eina avaluativa,²³ que hi hagi coincidències entre les percepcions de tutors i residents ens porta a pensar que en aquests casos es pot parlar de "percepció objectiva". Així, quan aquesta aproximació es dona en positiu, és més probable que realment estigui funcionant bé (ex. habilitats clíniques, maneig, algunes instrumentals, ...) de la mateixa manera que quan la coincidència és de poca preparació sigui realment indicador que no funciona (ex. comunitat).

²¹ Segons comenten autors com Berlanga, Artigas i Gutierrez (2000) el sistema d'avaluació continuada ha estat un gran avenç en l'avaluació del postgrau. Amb tot, en l'estudi que duen a terme proposen establir objectius docent diferents per cada període formatiu que tinguin en compte el que es pot exigir a cada resident segons el període en el que es troba, augmentar l'escalat de l'avaluació entre 0 i 10 per augmentar la sensibilitat de l'avaluació i fer reunions (implicació de tots) per donar-li un caràcter més formatiu. De la mateixa manera també consideren que l'avaluació dels serveis docents permet millorar els continguts del programa i la seva aplicació pràctica.

²² Resulta curiós que en l'àmbit mèdic es parli sovint dels sistemes formatius i avaluatius com si es tractés de dos processos clarament diferenciats mentre des de la didàctica l'avaluació sempre es contempla com un component integrat en la formació.

²³ Veure apartat 2.3.1.

CONCLUSIONS SOBRE ALTRES OBJECTIUS CONTEMPLATS A L'INICI DE LA RECERCA

Al llarg d'aquest treball s'ha anat donant resposta a diferents objectius. De totes ells però, es volen remarcar les següent qüestions:

Respecte a *Comprovar si tutors i residents estan d'acord amb el perfil competencial presentat*, el perfil ha estat pot qüestionat entre els tutors i residents participants en aquesta recerca, malgrat s'hagin observat dèficits de formació i de pràctica en algunes àrees competencials.²⁴

En general, els aspectes que generen més polèmica i conflictes en el perfil, sobretot amb professionals que pertanyen a d'altres especialitats, són algunes tècniques instrumentals que no sent pròpies, han anat assumint els professionals d'AP a mesura que ha anat prenent protagonisme a nivell assistencial, es fa difícil veure on finalitza el paper del família i s'inicia el de l'especialista.

El caràcter "generalista" d'aquesta especialitat dificulta l'establiment de quines competències tècniques exploratòries necessita dominar i fins a quin nivell al trobar-se en una situació en què a més d'assumir un cos de competències clarament pròpies de l'especialitat també han d'estar familiaritzats per poder fer una activitat preventiva adequada, assumir situacions de poc risc i poder detectar problemes i derivar-los a l'especialista si s'escau. Per tant, cal buscar el consens en zones fronteres d'actuació i potenciar la primària perquè tingui més capacitat de resolució. Cal tenir en compte que algunes patologies tenen una gran incidència en la població i que serien inabastables des de l'atenció hospitalària que s'ha d'ocupar dels casos més complexos i supervisar el que es faci al primer nivell. De la mateixa manera, s'ha d'anar acceptant la idea que també es comparteixen competències amb tota la "família" de professionals de la salut.

En la mesura que aquesta realitat es clarifiqui i hi hagi un millor coneixement de l'especialista en medicina de família i comunitària, pot millorar la formació a les rotacions i ser més adequades als objectius marcats per la primària (quines coses cal aprendre i quines no perquè són d'especialistes) tot i que com apunten Turabián i Pérez (2001) i Santos Suárez (2001), més que preocupar-se per les competències

²⁴ Només una minoria es qüestionen les àrees de docència, recerca i fins i tot alguns tutors la de comunitària.

tècniques, cal anar avançant en aquelles més pròpies i que donen caràcter diferenciador i identitat a l'especialitat (allò més psicosocial, integral i comunitari). Per últim, respecte a *Valorar què és el que es viu realment com a important al llarg la formació de postgrau*, és evident que aquelles competències més vinculades a l'atenció a l'individu segueixen tenint un caràcter prioritari en la formació, mentre aquelles en les que es presenta una medicina més integral (família, preventiva i comunitària)²⁵ es queden més en un segon terme. Si bé com s'ha constatat en aquest treball els professionals recorren constantment a la manca de temps, de medis, de formació i a la pressió assistencial per justificar la poca intervenció en aquestes àrees competencials, l'autora considera, que a més de totes aquestes dificultats, l'enfocament biomèdic encara segueix tenint molta força entre els professionals perquè per molts d'ells és el que realment han entès que és "practicar la medicina". D'altres competències com la recerca també queden relegades a un segon terme per la mateixa raó, el que en definitiva també diu coses sobre com s'entén encara ara per ara la professió. Es confirma doncs, que l'eix bàsic de la pràctica del metge d'AP és l'assistència individual.

Això també es confirma en la prova ACOE en què aquestes mateixes àrees competencials (família, comunitària, recerca...) que en el conjunt de la prova representen un percentatge testimonial en contrast els percentatges adjudicats a l'atenció a l'individu perquè al marge de les limitacions de l'instrument es pretenen avaluar situacions amb les que el professional s'ha de manejar de forma quotidiana.

En conclusió, tots i els possibles problemes i aspectes negatius que hagi patit l'AP i la Medicina de Família, no es pot negar el seu impressionant desenvolupament en els últims vint anys. l'AP està guanyant-se la confiança i el reconeixement social (tot i que aquesta també comença per la pròpia autoestima).

²⁵ No es pot oblidar que l'activitat preventiva i la comunitària van lligades, quan des d'aquesta última hi ha una tasca d'educació per la salut imprescindible des de les estratègies de promoció basades en el foment d'hàbits saludables i la prevenció d'hàbits poc saludables.

5.4. IMPLICACIONS PER A LA PRÀCTICA I RECOMANACIONS

Les recomanacions que es suggereixen per millorar la formació i l'adquisició de competències es fan des de la consciència que han d'anar acompanyades d'altres canvis vinculats a millores en les condicions de treball i en recursos (més temps per la docència, menys pressió assistencial...) ja que de poc serveix desenvolupar competències si el context, no possibilita posar-les en pràctica i per tant, actuar amb competència (A. Jiménez, 2000 Jolis, 2000, Le Boterf, 2001,).

Algunes de les recomanacions que es fan en aquesta recerca són només una reafirmació del que ja han avançat altres autors i que els responsables de la formació s'han ocupat de posar en marxa.

Formació mèdica

En general la formació mèdica segueix sent un repte vigent. Les innovacions implementades encara no han estat suficients per anar en concordança amb els canvis generats en la pràctica professional.

En recordar que la formació mèdica és un procés de formació contínua que s'inicia en el pregrau i que no finalitza mai, no es poden replantejar canvis en el model formatiu en el postgrau sense atendre altres canvis en el pregrau i en la formació contínua, perquè molts d'ells impliquen en paral·lel altres canvis per mantenir una coherència i la interconnexió entre els tres nivells del sistema.

En la formació mèdica de **pregrau** s'hauria de treballar en la redefinició del currículum en base a competències, algunes d'elles transversals i compartides amb altres professionals de la salut, adequant els continguts a les noves realitats i necessitats socials, ²⁶ la incorporació de noves metodologies que prioritzin el raonament més que la memorització, l'aprenentatge actiu, la connexió teoria-

²⁶ Des d'aquesta visió, fa temps que es parla d'una nova Facultat en Ciències de la Salut que integraria diversos estudis com medicina, farmàcia, infermeria, fisioteràpia, etc. per fomentar la formació interprofessional d'aquelles competències transversals que tots comparteixen (treball en equip, ètica, economia de la salut, informàtica i sistemes d'informació...) i obtenir, d'aquesta manera, el millor aprofitament dels recursos educatius i situacions d'aprenentatge conjunt que faciliti posteriorment l'equip de salut en les organitzacions sanitàries.

pràctica i una nova cultura avaluativa coherent amb aquestes propostes que no només emfasitzi l'àrea de coneixements sinó també els procediments i les actituds.²⁷

En l'actualitat, el pregrau ha de tenir un caràcter bàsic i més quan la normativa europea exigeix titulació d'especialista per exercir. Per tant, s'haurà de replantejar el currículum en base a competències genèriques que tot professional de la medicina ha de desenvolupar entre el què ha d'haver espai per treballar competències de comunicació, ètica, recerca, medicina familiar i comunitària, educació per la salut, informàtica i documentació, treball en equip, economia de la salut...) com elements que marquen algunes tendències futures. Aquesta perspectiva està més propera a alguns autors que opinen que cal impulsar un currículum amb un accent més humanista i no tant organicismista amb el que poder donar també una altra resposta als pacients i a les seves famílies (Johnson i Kurtz, 1996; Pont, 2002;...).

Així i com ja s'ha justificat en aquesta recerca, la *medicina de família* ha de tenir clarament una major presència en les facultats de medicina, tant pel seu caràcter holístic com per augmentar el seu prestigi. A més, com apunten Gómez-Calcerrada et al. (1999) "és paradòxic que la Medicina de Família, que és la que més places MIR oferta, sigui la matèria a la que menys temps es dedica durant la carrera"^{VII} (p. 43). Resumint, cal seguir treballant perquè la MFiC obtingui el reconeixement acadèmic i un nivell científic i professional igual com ja gaudeixen d'altres especialitats mèdiques hospitalàries.

En quant a les *metodologies*, s'ha de minimitzar el temps d'aprenentatge passiu i maximitzar el nombre d'oportunitats d'aprenentatge actiu per part de l'estudiant. Per això, ja des del pregrau s'han d'afavorir totes aquelles que facilitin el desenvolupament d'habilitats cognitives (la resolució de problemes, la presa de decisions, el qüestionament crític, les conductes d'exploració, l'aprendre a pensar), de l'autoaprenentatge, de l'aprenentatge cooperatiu, de l'ús de noves tecnologies²⁸.

²⁷ Un dels aspectes més qüestionats del sistema actual és la idoneïtat de l'examen MIR, en el que es prioritza el treball fonamentalment cognitiu i memorístic, com a sistema de selecció per accedir a l'especialitat.

²⁸ de la Serna informa (El Mundo, 2002, 8 de juny) que tres "personalitats" d'institucions mèdiques d'Estats Units -Miller, Mongan i Sterioff- apunten que el futur de la formació de pregrau passa per disminuir el nombre de classes magistrals que es substituiran per textos interactius.

etc, amb els conseqüents canvis en l'avaluació. Seguint a Oriol Bosch (1995) es tracta que pensin, assumeixin riscos (intel·lectuals), preguntin i adquireixin confiança i assumeixin el control del propi aprenentatge.

Entre totes les metodologies, són molts els autors (Baños, 2001; Barón, 2001; Dunn & Chaput, 1997; Maudsley & Strivens, 2000; Oriol Bosch, 1995; Pedraza, 2001...) que refereixen l'aprenentatge basat en problemes, model en el que ja s'està treballant des de fa anys en altres països, que a més d'afavorir una actitud activa fomenten l'aprenentatge experiencial i reflexiu.

Tanmateix, tot aquest replantejament de la formació de pregrau, reclama canvis en l'examen MIR que malauradament ha hipotecat les innovacions docents que s'han volgut implementar en el pregrau (Fornells, 1999; Palés, 1999). La tendència ha d'anar cap a incloure un nou tipus de proves i de mèrits més enllà d'allò memorístic, ja que ser bon estudiant no és en cap cas garantia de bona praxi, atesa la gran quantitat de competències de tot tipus que ha de desenvolupar el professional. Així doncs, l'examen actual "s'hauria de complementar amb noves fórmules que tinguessin en compte aspectes vocacionals, mèrits acadèmics o qualitats personals" (Catalunya demà, 1998 p. 262). De moment, en aquests darrers anys, s'ha anat experimentant amb proves d'avaluació de la competència (tipus format ACOE) amb els estudiants d'últim de medicina i d'altres titulacions sanitàries (del Villar, Belhassen, Aguilar, Roncero i Aparicio, 2001; JM. Gómez et al, 1997; Martínez Carretero i Blay, 1998).

Respecte a la formació **contínua** al marge d'ésser una responsabilitat i un compromís ètic del professional, també és un dret i com a tal, cal que els organismes implicats l'estimulin i la proporcionin a més d'ajudar a detectar i orientar les necessitats de formació contínua i d'avaluar la seva qualitat i impacte.

Aquesta no és una tasca fàcil i més tenint present que el tipus de competències que s'engloben en aquest perfil (tècniques, genèriques, transversal...) requereixen la implicació de molts organismes (societats científiques²⁹, col·legis professionals, institucions contractadores...). Per tant, és necessari, amb la col·laboració d'aquests organismes, buscar fórmules àgils i descentralitzades, perquè el professional

²⁹ Algunes d'aquestes societats han impulsat els projectes ACOE, que consideren els pot servir per detectar mancances amb la intenció d'oferir la formació més adequada.

disposi de propostes formatives amb garantia que l'avalin en el procés de recertificació i en la carrera professional fonamentada en l'excel·lència, que Simó, Campos i Sanfèlix (2002) proposen pels metges d'atenció primària.

De tots els organismes, i tenint en compte la importància de la contextualització de les competències, l'autora considera que els centres de treball tenen molt a dir per cobrir les necessitats de formació detectades pels propis metges depenent no només dels seus dèficits formatius sinó especialment també dels problemes específics de la població atesa (tipus de pacients, malalties prevalents, ...) i d'altres necessitats detectades en el propi centre. En aquest sentit, les sessions clíniques, les jornades de treball amb intercanvi d'experiències -inclús amb altres centres amb problemàtiques semblants-, i els tallers i cursos promoguts des de la mateixa organització poden ser activitats molt riques de formació contínua dels professionals. A més, té com a avantatges que no s'ha d'abandonar l'activitat assistencial –sobretot si es disposa d'un temps reservat-, i que, segons les necessitats, es pot plantejar per tot l'equip contribuint d'aquesta manera a la seva cohesió.

No s'ha d'oblidar tampoc que l'ús generalitzat de noves tecnologies en el camp formatiu obre un ventall enorme de possibilitats formatives, gens desestimable.

Tutorització

Com ja s'ha comentat prèviament, cal seguir treballant i buscant nous enfocaments per millorar la tutorització i l'avaluació que en opinió de l'autora estan estretament lligats tenint en compte que a l'Estat Espanyol hi ha poca tradició dels models d'ensenyament personalitzat a diferència de la cultura anglosaxona on universitats com Oxford i Cambridge han estat un referent (Tutusaus et al., 2002).

Donat que el tutor és una figura essencial i en la formació de postgrau, caldrà vetllar molt seriosament per perfil i la formació d'aquests tutors a través dels processos de selecció –acreditació- i d'avaluació –reacreditació- que garanteixin una mínima qualitat clínica i docent que tindrà com a conseqüència una millora de l'aprenentatge i finalment de la pràctica clínica.

Pel que fa als processos d'acreditació i reacreditació, les UD de Catalunya han estat capdavanteres al posar en marxa, després de diverses revisions, un nou model, tal com s'ha presentat en l'aproximació teòrica, que recull aspectes vinculats amb la competència clínica, docent i investigadora.

Malgrat l'esmentada proposta és molt complerta i incorpora mèrits com la prova ACOE (optativa) pel perfil clínic, i la Tutorització Activa Contínua (TAC) (obligatori) pel perfil docent, encara són pocs els elements que avaluen les competències docents des d'una pràctica demostrada. En aquest sentit, l'autora consideraria interessant, inclús al marge del procés d'acreditació, experimentar amb l'ús d'eines com l'avaluació entre professionals (peer-review), l'avaluació per part de pacients, la simulació "d'aprenents" i l'autoavaluació, que complementessin l'habitual avaluació que fa el resident, en la línia d'una avaluació de 360°. Per exemple, la realització autoscòpies en la trobada clínica amb pacients reals pot donar pistes per la reflexió personal sobre com s'actua i quines actituds es transmeten als residents (Snell et al., 2000).

En quant a la proposta de la Tutorització Activa Contínua, proposada des de les UD que planteja un nou model de tutorització més en consonància amb els principis de l'aprenentatge adult i en la línia del què s'espera d'un tutor, segons es presenta en l'aproximació teòrica, està resultant difícil la seva aplicació pràctica. Així com s'ha comprovat en aquest estudi, encara queda molt perquè la tutorització estigui realment centrada en el que aprèn (planificar objectius conjuntament, partir del propi resident i la seva singularitat, comentar amb ell el seu progrés, motivar-lo, reflexionar conjuntament, facilitar l'autoaprenentatge..) de la mateixa manera que en la tasca assistencial a cops, també resulta difícil centrar-se en el pacient quan per exemple un tutor no considera que s'ha de negociar.

Per poder realitzar caminar cap a la TAC és necessari, com es deia a les Jornades Tècniques (2000) trobades més periòdiques a R1 i R2 i especificar els espais que cal destinar a R3 a aquesta tutorització activa (comentari sistemàtic en la consulta diària, reunions periòdiques setmanals i/o quinzenals per discutir temes no assistencials –aspectes ètics, aspiracions del resident...- preparació de sessions conjuntament...).

En definitiva, la qualitat de la formació que reben els residents de família està determinada en gran mesura per la capacitat docent dels tutors que necessiten coneixements tècnics i metodològics per fer la seva tasca. Si es vol professionalitzar la tasca del tutor i treure la màxima potencialitat educativa del model s'ha de començar per reconèixer que la tasca hi és, i que requereix un temps i esforç a més d'una preparació pedagògica important. Ni la motivació –que hi és en gran part-, ni una bona competència clínica poden suplir aquestes carències i garantir una formació de qualitat. Tal i com indiquen Pujol et al (1999) és del tot necessari reforçar els tutors: formació, perfil i programes d'incentivació.

Una última proposta a valorar respecte a la tutorització seria rotar, el tercer any, per diferents tutors del CAP perquè malgrat augmenti la complexitat organitzativa el canvi de tutor obliga a aquest a desenvolupar contínuament una actitud docent i permet al resident contrastar estils de comunicació, suposicions diagnòstiques, tractaments i medicacions preferents...enriquant la seva experiència com a professional.

Avaluació

En coherència amb el model de tutorització defensat, l'autora aposta clarament per potenciar i millorar els mecanismes d'avaluació contínua, ja que segons s'ha constatat en aquest treball, es dóna molt poca retroalimentació. En aquest sentit, seria partidària d'introduir eines per afavorir-la com per pràctiques d'autoavaluació i coavaluació (peer-review) amb petits grups de discussió que potencien l'autonomia del propi resident, les capacitats d'autocrítica a més de motivar i facilitar el diàleg entre aprenents i entre aquests i el tutor. D'aquesta manera, es pot anar avançant cap a una cultura avaluativa més oberta, més responsable i menys sancionadora.

En opinió de l'autora, l'avaluació formativa es prioritària en aquest model per diversos motius:

- ✓ Sempre és millor avaluar la realitat que una simulació d'aquesta realitat ja que en la realitat, potser la situació avaluativa és menys controlada però també per aquesta mateixa raó l'avaluat actua com ho fa normalment; per contra, per més que la situació simulada s'hi acosti, el

fet de sentir-se observat pot alterar el que hom faria en una situació quotidiana.

- ✓ D'acord amb Domingo (2002) si realment s'aconseguís un seguiment amb mecanismes d'avaluació amb cert rigor (petits exercicis, coavaluació, intercanvi de tutors...), no semblaria necessària una avaluació externa ja que en certa manera pot qüestionar la credibilitat del model i desautoritzar als propis comitès avaluadors.
- ✓ És una fórmula avaluativa coherent amb aquest procés formatiu caracteritzat per un aprenentatge pràctic on es fa necessari un seguiment personalitzat.
- ✓ Coincidint amb Fisch (1995, citat a Coles, 1998, p.105) l'avaluació formativa és fonamental per impulsar un aprenentatge reflexiu, partint de principis com: fer d'aquesta avaluació una situació d'aprenentatge, fomentar la idea de progrés, analitzar la situació des del punt de vista de l'altre...

En aquesta mateixa línia de l'aprenentatge reflexiu, al Regne Unit s'han dut a terme propostes concretes com l'ús del portafoli que pot recollir moltes dades útils per l'avaluació contínua. Es tracta d'una eina versàtil, amb formats diversos, on es recullen evidències del l'aprenentatge (diaris, escrits reflexius sobre interaccions professionals amb pacients..., revisions crítiques d'articles o llibres, projectes, reflexions personals, incidents crítics, accions i anàlisi dels processos de raonament implicats, observacions sobre resultats d'aprenentatge, videos...) que serveixen per elaborar un pla de treball, guiar per la discussió, valorar febleses i forteses...No obstant, reclama força temps i de moment no se'n disposa (Challis, Mathers, Howe, & Field, 1997; Pitts, Coles & Thomas, 1999; Snadden, Thomas, Griffin, & Hudson, 1996; Staton & Grant, 1999).

Respecte a la tan anomenada avaluació sumativa final (tipus prova ACOE), tot i que no resulta fàcil posicionar-se,³⁰ l'autora defensa d'entrada el seu caràcter voluntari, tal com està concebuda, al final de la residència. Amb tot, considera que és una eina innovadora i molt adequada per avaluar la competència, que ha suposat un gran avenç en els processos d'avaluació de professionals de la medicina i que pot servir a objectius diversos (processos de selecció, mèrits per la tutorització, processos de recertificació...).

Altres propostes

Per últim, l'autora recomana estimular l'aprenentatge sobre aquelles àrees menys ateses i per tant menys consolidades del perfil i que a més a més haurien de tenir un paper fonamental en l'especialitat. Entre aquestes, l'atenció a la família, l'atenció a la comunitat i la recerca.

D'una banda, l'atenció a la família, milloraria si es fes més atenció domiciliària o simplement desenvolupant una actitud més activa per la implicació de la família en les visites (Baird i Grant, 1999). D'altra banda, s'hauria de potenciar la medicina rural acreditant més centres perquè com diuen Igual, Fernández, Comellas i Palomo (1997), és un medi infrautilitzat en la formació de postgrau, A més de resultar, juntament amb els hospitals comarcals, un excel·lent binomi per la formació en primària i obrir moltes possibilitats laborals, s'aconseguiria donar una formació més sòlida i aplicada en les competències de família i comunitat perquè és el millor entorn per posar-les en pràctica.

5.5. LINIES FUTURES D'INVESTIGACIÓ

Tot procés de recerca suscita nous problemes i interrogants i per tant, és font i obertura de noves línies de recerca. En aquest cas concret, les propostes per futurs treballs que es suggereixen tenen relació amb els conceptes clau d'aquesta recerca

³⁰ Subscrivint a Fornells (1999), hi ha la necessitat de definir els processos d'avaluació sumativa, a través del debat social i anar perfilant i donant resposta a interrogants com: qui l'ha de fer?, quines conseqüències tindrà?, a quin nivell s'avalua?...Depenent d'aquestes decisions pot tenir més o menys acceptació i credibilitat.

com són competències professionals, formació i avaluació malgrat no siguin totes novedoses perquè sortosament, fa molt temps que s'està investigant per millorar l'educació mèdica. Algunes d'aquestes propostes son:

Pel que fa a les competències, podria ser interessant indagar al voltant de com alguns escenaris que s'estan imposant afecten a la competència. Així per exemple, i atenent a la tendència creixent de la feminització de la professió mèdica, calen més estudis que analitzin les repercussions del gènere en la professió i en les competències professionals.

En la mateixa línia també calen estudis que abordin en profunditat com les noves tecnologies estan afectant i introduint canvis en tots els àmbits científics i professionals i detectar els canvis en les competències professionals del col·lectiu mèdic que se'n deriven de la seva aplicació.

Lligant les competències amb la formació, seria convenient seguir treballant en la recerca d'un perfil de competències bàsiques a adquirir en el pregrau, en el que fonamentar les innovacions dels plans d'estudis i de la mateixa manera, anar perfilant els perfils competencials proposats des de diferents especialitats mèdiques amb la conseqüent revisió de programes docents. Aquesta revisió també pot resultar molt útil en altres professions sanitàries i especialment amb aquelles més joves que estan en procés de construcció d'identitat.

Una altra línia de treball podria estar més vinculada amb la formació en les organitzacions i des d'aquí, l'autora considera que les sessions clíniques i el seu potencial formatiu mereixen especial atenció i més prenent compte que hi ha molt poca literatura al respecte.

La recerca també hauria d'anar a buscar els lligams entre qualitat d'ensenyament i resultats d'aprenentatge, que permetessin orientar la formació de tutors i els processos d'acreditació i reacreditació per aquesta tasca. En aquest sentit, seria convenient seguir aprofundint en la tutorització, en relació a com pensa i actua un tutor/a a través de diaris personals, grups de discussió, observació, entrevistes (per ex. d'incidents crítics), etc. que donés més pistes sobre la vivència d'aquesta tasca, sobre l'excel·lència, sobre com es fomenta l'aprenentatge reflexiu...

Respecte a l'avaluació, l'autora considera que s'ha de seguir avançant en noves fórmules avaluatives del tipus ACOE en diverses especialitats, de la mateixa manera que provar i avaluar eines d'avaluació formativa encara poc implementades del tipus portafoli, avaluació entre iguals o noves tecnologies.

Per últim, l'autora creu que seria interessant recuperar la idea inicial d'aquest treball que era triangular els resultats obtinguts de l'autopercepció de residents i la percepció dels tutors amb la prova ACOE, per poder analitzar el tipus de relació que s'estableix entre percepcions de competència i demostracions d'aquesta mateixa competència.

^I...dado que se ha instaurado el MIR específico de familia para los licenciados a partir de 1995, consideramos que éste es un factor que podría influir en la predilección de los estudiantes por esta especialidad, ya que supone una mayor probabilidad de trabajo a corto plazo. (Gómez-Calcerrada et al, 1999, p.43).

^{II} ...nosotros sabemos qué le conviene y decidimos qué le damos. (Bueno et al, 2000, p. 4)

^{III} Todavía queda un largo camino por recorrer antes de considerar que las actividades preventivas y de promoción de la salud tienen un grado de implantación adecuado en la Atención Primaria española, lo que también hay que poner en relación con las insuficiencias cuantitativas y cualitativas que aún presenta en España el propio proceso de reforma de este nivel asistencial. (Martín Zurro, Gené y Subías, 1999, p.435)

^{IV} Las guardias son un terreno cargado de ambigüedad y riesgo, una “singular escuela” en la que los residentes se someten a una “inmersión práctica” que no todos vivencian y, por lo tanto, valoran, del mismo modo que no todos consideran la forma más adecuada por la que desarrollar su profesionalidad y su aprendizaje. (Santos Guerra et al, 1996, p.127)

^V...el modelado o ver y asumir el estilo y métodos de colegas con quienes se trabaja, es un componente importante de la formación del residente. Es el método clásico del aprendizaje: *obsérvame un rato y hazlo por ti mismo*. (Turabián, 1999, p.7)

^{VI} ...la falta de tiempo y las consultas percibidas como inacabables siguen produciendo un alto nivel de disconfort a pesar del paso del tiempo y de la experiencia. (Saura et al, 1997, p.145).

^{VII} ...es paradójico, que la Medicina de Familia, que es la que más plazas MIR oferta, sea la materia a la que menos tiempo se dedica durante la carrera. (Gómez-Calcerrada et al, 1999 p. 43)

Referències bibliogràfiques

Aliaga, F., Cordón, F., Cots, J.M., Forés, D., Galí, F. Martín Zurro, A., Ezquerra, M. i Bundó, M. (1998). *Acreditació/reactivació de tutors de les Unitats Docents d'MFiC de Catalunya* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.udmfic.org>

Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa*. Madrid: Fundamentos.

Alonso, M.A. (2001). La formación en prácticas: fracaso en términos de socialización laboral. En F. Marhuenda, M.J. Cros i E. Giménez (Eds.), *Aprender de las prácticas: Didáctica de la Formación en los centros de trabajo* (p. 243-277). València: Universitat de València.

Alonso, R., Bertral, C., Galán, B., Garcia, L., Fajardo, A., Martín, P., Medina, D., Ornia, S., Reguant, M. y Vela, P. (2000). El medio rural: una visión mirando al futuro (I). *Atención Primaria*, 26 (2), 120-130.

Álvarez Méndez, J.M. (1993). El alumnado. La evaluación como actividad crítica de aprendizaje. *Cuadernos de Pedagogía*, 219, 28-32.

Anta, G. (1998). *Procesos de Acreditación y certificación de la competencia laboral*. Madrid: OEI.

Argimon, J. M. i Jiménez, J. (2000). *Métodos de investigación. Clínica y epidemiológica* (2a. ed.). Madrid: Harcourt.

Argyris, C. i Schön, D. (1974). *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.

Arnaiz, P., Natalia, T., de las Heras, M. i Navarro, E. (1985). *Eines per a l'acció tutorial*. Barcelona: Ceac.

Arrivé, J. (1995). Le coaching. En E. Marc i J. Garcia-Locqueneux (Eds.), *Guide des méthodes et pratiques en formation* (p. 300-308). Paris: RETZ.

Associació Catalana d'Educació Mèdica (ACEM) (abril, 2000). *Enquesta als tutors d'EF de Catalunya*. Document lliurat a la VII Jornades Tècniques de les UD de MFIC de Catalunya a El Montanyà.

Balibrea, J.L. (1999). Sociedades Científicas y F.M.C. *Educación Médica*, 2 (3), 116-117.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Baird, M.A. i Grant, W.D. (1999). Familia y salud. En A.K. David, T.A. Johnson, D.M. Phillips i J.E. Scherger (Eds.), *Medicina de Familia. Principios y práctica* (5a. ed.) (p. 29-34). Barcelona:Springer-Verlag Ibérica.

Baños, J.E. (2001). El aprendizaje basado en problemas en los planes de estudio tradicionales: ¿una alternativa posible?. *Educación Médica*, 4 (1), 4-12.

Barbier; J.M. (1993). *La evaluación en los procesos de formación* (M. Rivero, Trad.). Madrid: Paidós Ibérica.

Barón, M. (2001). La formación médica en Canadá como modelo de intervención profesional. *Educación Médica*, 4 (2), 52-65.

Bell, Ch. (1997). *Mentoring. Haga crecer a sus colaboradores*. Barcelona: Gestión 2000.

Benner, P. (1987). *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional* (R.A.A., trad.). Barcelona: Grijalbo.

Bellier, S. (2000). "Compétence comportementale": Appellation non contrôlée. En S. Bellier (Ed.), *Compétences en action* (p.125-135). Paris: LIAISONS.

Bentley, T. (1993). *Capacitación empresarial* (Y. A. Ruiz M., Trad.). Bogotá: Mc.Graw-Hill Interamericana.

Berlanga, E., Artigas, A. I Gutiérrez, I. (2000). Impacto de un sistema de evaluación sobre los programas de posgrado. *Educación Médica*, 3 (1), 19-24.

Bermejo, B. i Morales, J.A. (2001). La cualificación y acreditación profesional en España. En *Actas 3er Congreso de Formación Ocupacional. Formación, trabajo y certificación. Nuevas perspectivas del trabajo y cambio en la formación* (p. 197-213). Zaragoza: Diputación de Zaragoza.

Bernardo, J. (1995). *Técnicas y Recursos para el desarrollo de las clases* (2a. ed.). Madrid: Rialp.

Bernardo, J. i Basterretche, J. (1995). *Técnicas y recursos para motivar a los alumnos* (2a. ed.). Madrid: Rialp.

Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa. Guía práctica*. Barcelona: Ceac.

Blay, C. (1998). Evaluación clínica objetiva y estructurada: ECOE. *Educación Médica*, 1 (1), 13-16.

Blay, C., Cordon, F., Cots, J.M., Ezquerro, M., Florensa, E., Forés, M.D., Jiménez, J., Martín Zurro, A., Pepió, J.M. i Vila, M.A. (1998, març). Certificació-recertificació de la competència professional de los médicos de atención primaria. Barcelona: Scmfic. Document lliurat a la Demo de l'ACOE destinada a membres de la semFYC al CAP Drassanes.

Blay, C., Juncosa, S. Pila, C., Valls, M. i Martínez, J.M. (2000). *ACOE Medicina familiar i comunitària juliol 2000. Informe institucional*. (Disponible per l'Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona)

Boada, J., Tous, J., Pastor, E., i Vigil, A. (1998). Competencias y habilidades psicolaborales demandadas en las organizaciones. En R. Diego i J.D. Valdivieso (Eds.), *Psicología del trabajo. Nuevos conceptos, controversias y aplicaciones* (p. 61-74). Madrid: Pirámide.

Bombí, J.A. (2002). La enseñanza de la Medicina en las facultades españolas. *Educación Médica*, 5 (1), 22-26.

- Bonal, P. (1999). Nuevos retos en la formación de residentes de familia. *Formación Médica Continuada*, 6 (4), 218-222.
- Borrell, F. (1990). La función educativa en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 7 (3), 168-172.
- Borrell, F. i Epstein, R. (2001). La Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona 2000. Un paso más en la dirección correcta. *Atención Primaria*, 27 (7), 449-451.
- Boud, D. (1991). ¿Cómo facilitar la autoevaluación?. En K. Cox i C. Ewan (Eds.), *La docencia en medicina* (p. 217-221). Barcelona: Doyma.
- Boud, D, Keogh, R. & Walker, D. (1989). *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page.
- Bowling, A. (1997). *Research methods in health*. Buckingham, Britain: Open University Press.
- Boyatzis, R. (1982). *The competent manager: a model for effective performance*. New York: Prentice Hall.
- Bruer, JT. (1989). Foreword. En D.A. Evans, V.L. Patel (Eds.), *Cognitive sciences in medicine* (XV-XVIII). Cambridge: MIT.
- Buitrago, F. (2000). Los residentes y el trabajo en equipo en atención primaria. ¿Dónde estamos?. *Formación Médica Continuada*, 7 (5), 297-306.
- Bueno, J.M., Casajuana, J., Davins, J., Fernández, M.J., de Marcos, L., Marquet, R., Palacio, F., Resguant, M. i Zapater, F. (2000). *Al otro lado...de la mesa. La perspectiva del cliente*. Barcelona: Doyma.
- Bunk, G.P. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista Europea Formación Profesional*, 1, 8-14.
- Cabrera, F., Donoso, T. i Marín, M.A. (1993). *Manual de formación pedagógica básica para formadores*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Calabuig, R., Vallet, J., Sueiras, A. i Pi, F. (2001). Discusión virtual: un nuevo modelo de sesión clínica. *Medicina Clínica*, 117 (3), 107-110.
- Caldwell, B. & Carter, E. (1993). The Workplace of the 1990s. En B. J. Caldwell i E. M.A. Carter (Eds.), *The Return of the Mentor: Strategies for Workplace Learning* (p. 1-9). London: The Falmer Press.
- Campos, R., Iglesias, C., Lozano, M. i Zabala, S. (2002). *Estructuración de las actividades docentes. Las tutorías. La evaluación de los residentes* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.psiquiatria.com>
- Canales, M i Peinado, A. (1994). Grupos de discusión. En J. M. Delgado i J. Gutierrez (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (p. 288-311). Madrid: Síntesis Psicología.

Carazo, J.A. (1998). Andersen Consulting: La formación por competencias, un valor corporativo esencial. *Capital Humano*, 113, 18-27.

Cardona, P. i Chinchilla, M.N. (1999). Evaluación y desarrollo de las competencias directivas. *Harvard Deusto Business Review*, 89, 10-28.

Cardona, X. (2002) *La gestió de la salut. Del model biomèdic al de participació. La irrupció de la SIDA com exemple*. Document no publicat, Escola Universitària d'Infermeria i Fisioteràpia. URL.

Carrasco, C., Jiménez, M, Ochoa de Retana, I., Vilalta, M., Aubà, j., Montero, J.J., Zurilla, E. i Martín, L. (2000, març). *Què pensem els residents R3 sobre l'actual sistema d'avaluació?*

Document presentat en el II Congrés de residents a Sant Joan de les Abadesses.

Carruthers, J. (1993). The Principles and Practice of Mentoring. En B. J. Caldwell i E. M.A. Carter (Eds.), *The Return of the Mentor: Strategies for Workplace Learning* (p. 9-25). London: The Falmer Press.

Casado, L. (1994). *Psicología del desarrollo de la organización*. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces.

Catalunya demà (1998). *Jornades de debat, oct 1997-maig 1998*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Cebrià, J., Bosch, J.M. i Prados, J.A. (2000). ¿Cómo podríamos mejorar los resultados de nuestros consejos de salud? *Atención Primaria*, 25 (4), 207-208.

Chadwick, C.B. i Rivera I, N. (1991). *Evaluación formativa para el docente*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Challis, M., Mathers, N.J. Howe, A.C. & Field, N.J. (1997). Portfolio-based learning: continuing medical education for general practitioners – a mid-point evaluation. *Medical Education*, 31, 22-26.

Churruga, S. (2000, 25 de juliol). Organizaciones del siglo XX para médicos del XXI. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Cinterfor / OIT (act. 13/06/00). *La formación por competencias. Instrumento para incrementar la empleabilidad* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cntefor/>

Cleries, X. i Kronfly, E. (2000). El aprendizaje de habilidades de comunicación por parte de profesionales sanitarios: reflexiones a partir de diversas experiencias. *Educación Médica*, 3 (1), 9-18.

Codina, J., Mauri, E., Oriol Bosch, A. i Lloveras, G. (1994). *Estudi sobre Tendències i Escenaris que actuen sobre les Competències Professionals en Ciències de la Salut*. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut.

Cohen, L. i Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa* (F. Agudo López, trad.). Madrid: La Muralla.

Coles, C. (1998). Enfoque dels desenvolupament professional. *Educación Médica*, 1 (3), 101-107.

Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. (1993). *Programa de la Especialidad de MFyC*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. (1998). *Requisitos para la reacreditación de Unidades Docentes. Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.udmfic.org>

Comissió d'Infermeria i les seves Especialitats específiques (1996). *Competències de la Profesió d'Infermeria* [En xarxa]. Disponible a: http://teq8.upc.es/coib_dos/competencies.htm.

Comissió de Medicina i Especialitats relacionades (rev. 06/09/01). *Competències de la professió de la medicina* [En xarxa]. Disponible a: http://www.iesalut.es/ccescs/comp_medicina/

Connor, M.P., Byone, A.G., Redfern, N., Pokora, J. & Clarke, J. (2000). Developing senior doctors as mentors: a form of continuing professional development. Report of an initiative to develop a network of senior doctors as mentors: 1994-1999. *Medical Education*, 34, 747-753.

Contreras, J. (1990). *Enseñanza, currículum y profesorado. Introducción crítica a la didáctica*. Madrid: Akal.

Cook, T. D. i Reichardt, CH. S. (Eds.) (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos de investigación evaluativa*. Madrid: Morata.

Crosby, J. (1996). Learning in small groups. *Medical Teacher*, 18, 3, 189-202.

Cuatrecasas, A. (Coord.) (1999). *Els tutors d'empresa. El model de formació de les cambres de comerç catalanes*. Barcelona: Horsori.

Dacre, J. & Nicol, M. (1996). The development of a clinical skills matrix to plan and monitor contemporary teaching of doctors and nurses. *Medical Teacher*, 18 (4), 318-323.

Dalmases, M. (2000). La clave de aprender está en desaprender. *Educación Médica*, 3 (3), 97-98.

de Calan, D. i Chartron, P. (2000). Compétences et certifications professionnelles. En S. Bellier (Ed.), *Compétences en action* (p.187-211). Paris: LIAISONS.

de la Revilla, L., Siles, M.D. i López, L.A. (1999). Participación e intervención comunitaria. En A. Martín Zurro i J.F. Cano (Eds.), *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (Vol.I) (4a. ed.) (p.130-143). Madrid: Harcourt Brace.

de la Serna, J.L. (2002, 8 de juny). Las clases magistrales de Medicina se sustituirán por textos interactivos. *El Mundo*, p.S8.

de la Torre, S. (1993). *Didáctica y currículum. Bases y componentes del proceso formativo*. Madrid: Dykinson.

del Rincón, D., Arnal, J., Latorre, A. i Sans, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.

del Villar, J.L., Belhassen, M., Aguilar, E.M., Roncero, M. i Aparicio, I. (2001). Evaluación de la competencia clínica en pregraduados mediante test objetivo estructurado. *Educación Médica*, 4 (2), 82-85.

Delgado, A., López, L.A. i Luna, J.D. (2001). Ser médico o médica marca diferencia en la práctica asistencial. *Atención Primaria*, 28 (4), 219-226.

Denzin, N.K. (1978). *The Research Act: A theoretical introduction to sociological methods*. New York: Mc Graw Hill.

Dexeus, S. (1994). *Médico*. Barcelona: Grijalbo.

Diario Médico (2000, 7 de novembre). Convocatoria específica de familia 2000. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Diario Médico (2001, 4 d'octubre). La recertificación, cuestionada como método de control de la competencia. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Diario Médico (2002, 22 de febrer). Más de la mitad de los aspirantes al MIR obtendrá plaza este año. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Domingo, P.M. (1997). Estudiantes, universidad y medicina de familia. *Atención Primaria*, 19 (6), 279-282.

Domingo, P.M. (2002). La evaluación de los médicos especialistas en formación: la perspectiva del educando. *Educación Médica*, 5 (1), 9-12.

Dunn, D. & Chaput, M. (1997). Experiential learning. *Medical Education*, 31, 25-28.

Eray, P. (1999). *Précis de développement des compétences*. Paris: LIAISONS.

Escamilla, A. i Llanos, E. (1995). *La evaluación del aprendizaje y de la enseñanza en el aula*. Zaragoza: Luis Vives.

Espín, J.V. i Rodríguez, M. (1994). *L'avaluació del aprenentatges a la universitat*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Esteban, J.M. (1999, 3 de setembre). Injusticias de un sistema evaluador. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Europa Press (2002, 20 de maig). Médicos de familia creen que falta tiempo para la prevención. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Evans, B.J., Coman, G.J. & Goss, B. (1996). Consulting skills training and medical students' interviewing efficiency. *Medical Education*, 30, 121-128.

Fernald, D.H., Staudenmaier, A.C., Tressler, C.J., Main, D.S., O'Brien-Gonzales, A. & Barley, G.E. (2001). Student Perspectives on Primary Care Preceptorship:

Enhancing the Medical Student Perceptorship Learning Environment. *Teaching and learning in Medicine*, 13 (1), 13-20.

Fernández, C. (2000, 31 de juliol). El Consejo de la FMC catalán y la Scmfyc invitan a imitar su convenio. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Fernández, C. (2000, 20 d'octubre). La formación continua debe ligarse a los objetivos de la organización. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Fernández, C. (2002, 13 de maig). Cataluña ha concedido ya 129 diplomas de formación continuada. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Fernández, C. (2001, 23 de maig). La UAB crea la primera cátedra de Medicina de Familia en España. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Fernández Ríos, M. (1995). *Análisis y descripción de puestos de trabajo*. Barcelona: Diaz de Santos.

Fernández Sierra, J. (1996a). ¿Evaluación?. No, gracias, calificación. *Cuadernos de Pedagogía*, 243, 92-97.

Fernández Sierra, J. (1996b). Utilidad de la evaluación naturalista para la formación MIR. En M.A. Santos Guerra i D. Prados (Eds.), *Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento* (p. 33-46). Barcelona: semFYC.

Ferrández, A. i Puente, J.A. (1990). *Estrategias de actuación didáctica*. Material AFFA. Madrid: Fondo Formación.

Ferrándiz, J. (1997). Actividades y profesionales de la Atención Primaria. *Fisioterapia*, 19, 30-36.

Ferrer, V. (1994). *La metodología didáctica a l'ensenyament universitari*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Figuera, D. (1992). El ejercicio de la medicina, mañana. En *Debate Sanitario: Medicina, Sociedad y Tecnología* (p. 23-32). Bilbao: Fundación BBV.

Fish, D. (1995). *Quality mentoring for student teachers: a principled approach to practice*. Londres: David Fulton.

Fonseca, M. i Ruiz, P. (1998). Una experiencia en el aula para favorecer el aprendizaje autónomo en los alumnos de medicina. *Educación Médica*, 1 (1), 38-45.

Fornells, J.M. (1999). Análisis crítico del sistema MIR. *Educación Médica*, 2 (3), 113.

Galiano, D.L. (2001) Certificaciones en el nuevo concepto de trabajo. En *Actas 3er Congreso de Formación Ocupacional. Formación, trabajo y certificación. Nuevas perspectivas del trabajo y cambio en la formación*. (p. 145-158). Zaragoza: Diputación de Zaragoza.

Gallart, M.A. i Jacinto, C. (1995). *Competencias laborales: Tema clave en la articulación educación-trabajo* [En xarxa]. Disponible a: <http://campus-oei.org/oeivirt/fp/cuad204.htm>.

Gallo, J., Altisent, R., Diez, J., Fernandez, C. Foz, G., Granados, I. i Lago, F. (1994). *Perfil profesional básico del médico de familia (doc.nº4)*. Barcelona: semFYC.

Gayoso, P., Viana, C., García, J. i Tojal, F. (1995). Los tutores de medicina de familia: actitudes y actividades de tutorización. *Atención Primaria*, 15 (8), 481-486.

Gan, F. i Alonso, B., de Francisco, E. i Puyol, S. (1995). *Manual de técnicas e instrumentos de formación de empresa*. Barcelona: Apóstrofe.

García, A. y Paniagua, S. (1999). El desarrollo de competencias como instrumento de selección y gestión de los recursos humanos. La experiencia de la Caja de Ahorros de Salamanca y Soria. *Capital Humano*, 99, 32-42.

García, M. i Alfonso, M.T. i Cancillo, J. i Castejón, J.V. (1995). *Planificación educativa en ciencias de la salud*. Barcelona: Masson.

García, M. i Mateo, R. (2000). El grupo focal com técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25, 181-186.

García-Barbero, M. (1995). Medical education in the light of the World Health Organization Health for All strategy and the European Union. *Medical Education*, 29, 3-12.

Glick, A. i Pallares, T. (1997). Las competencias: ¿Qué está pasando en Europa?. *Capital Humano*, 99, 43-48.

Gibson, D.R. & Campbell, R.M. (2000). Promoting effective teaching and learning: hospitals consultants identify their needs. *Medical Education*, 34, 126-130.

Gillet, P. (1994). *Construire la formation* (3a. Ed). Paris: ESF.

Gimeno Sacristán, J. i Pérez Gómez, A.I. (1994). *Comprender y transformar la enseñanza* (3a. ed.). Madrid: Morata.

Giné, N. i Parcerisa, A. (1999). Evaluar: algo más que acreditar. *Aula de Innovación educativa*, 80, 51-53.

Goguelin, P. (1991). *La formation-animation. Une vocation* (2a. ed). Paris: ESF.

Gol, J., Jaén, J., Marcos, J., Casares, R., Foz, G., Moll, J., Subias, A., Suñol, R. i Teniente, J. (1979). *El metge de capçelera*. Barcelona: Laia.

Goldberg, B.W. (1999). Asistencia sanitaria basada en la población. En A.K. David, D.M. Phillips, T.A. Johnson i J.E. Scherger (Eds.), *Medicina de Familia. Principios y práctica* (5a. ed.) (p. 35-39). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.

Gómez-Calcerrada, D., Almazán, M.P., Núñez, F., Esteve, M.D., González, M.A. i López, M.T. (1999). Medicina de familia en el pregrado y preferencia de formación especializada. *Educación Médica*, 2 (1), 33-38.

Gómez Gascón, T. (1995). Evaluación oficial de la formación. El libro curricular del residente. *Atención Primaria*, 16 (supl.1), 46.

Gómez Gascón, T. (2002). Acreditación y reacreditación de tutores de MFyC en España. *Atención Primaria*, 29 (3), 164-166.

Gómez Gascón, T. i Ceitlin, J. (1999). La medicina de familia en España y otros países. En A. Martín Zurro i J.F. Cano (Eds.), *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (Vol.I)* (4a. ed.) (p.204-224). Madrid: Harcourt Brace.

Gómez, J.M., Prieto, L., Pujol, R., Arbizu, T., Vilar, L., Pi, F., Borrell, F. Roma, J. i Martínez Carretero, J.M. (1997). Clinical skills assessment with standardized patients. *Medical Education*, 31, 94-98.

González, T. (2000, 20 de desembre). Los tutores de MIR de familia en Cataluña podrán avalar su competencia profesional. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Greco, J. (2001). "Coaching": la cultura del entrenamiento. *Harvard Deusto business review*, 104, 76-80.

Grootings, P. (1994). De la cualificación a la competencia: ¿de qué se habla?. *Revista europea de formación profesional*, 1, 5-7.

Grup de Formació i Avaluació de la Competència Clínica (GFACC)(1996). *Guía de desenvolupament de projectes avalatius de la competència professional*. Versió 1. (Disponible per l'Institut d'Estudis de la Salut, Barcelona)

Guayta, R. (1998). Educación sanitaria. *Formación Médica Continuada*, 5 (7), 440-450

Guerrero, A. (1999). El enfoque de las competencias profesionales: una solución conflictiva a la relación entre formación y empleo. *Revista complutense de Educación*, 10 (1), 225-360.

Hager, P. & Gonczi, A. (1996). What is competence?. *Medical Teacher*, 18, 1, 15-18.

Hernández, F. i Sancho, J.M. (1993). *Para enseñar no basta con saber la asignatura*. Barcelona: Paidós.

Higy-Lang, Ch. i Gellman, Ch. (2001). *Le coaching* (3a. ed). Paris: Éditions d'Organisation.

Hooghiemstra, T. (1996). Gestión integrada de recursos humanos. En M. M. Dalziel, J. C. Cubeiro i G. Fernández (Eds.), *Las competencias: clave para una gestión integrada de los recursos humanos* (p.17-45). Bilbao: Deusto.

Hoyos Fitto, J. (1999). *Formación y desarrollo en la empresa*. Valencia: CISS.

Hudelson, P. M. (1994). *Qualitative research for health programmes* (WHO/MNH/PSF/94.3). Geneva: World Health Organization.

Huerta, J., Pérez, I.S. i Castellanos, A.R. (rev. 29/11/01). *Desarrollo curricular por competencias integrales* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.jalisco.gob.mx/srias/educación/13/13Huerta.html>.

Humet, J. (1999, setembre). *Tendència de futur de l'atenció sanitària. Implicacions per als professionals*. Document presentat a la Jornada de professors de l'EUIF, Blanquerna, Barcelona.

Ibáñez, J.M., Miquel, C. i Fornells, J.M. (1999). La red de comisiones de docencia i asesoras de Cataluña. Experiencia de 4 años de funcionamiento. *Educación Médica*, 2 (3), 134.

Igual, D., Fernández, J., Comellas, C. i Palomo, L. (1997). Situación actual de la formación posgraduada de la medicina familiar y comunitaria en el medio rural. *Atención Primaria*, 20 (2), 94-97.

Instituto Nacional de Empleo (Subdirección General de Gestión de la Formación Ocupacional) (1987). *Terminología del análisis ocupacional*. (Disponible per l'Institut Nacional de Empleo, Madrid)

Jano (editorial)(1998). Tutorias y autoaprendizaje en la formación médica especializada. *Jano*, 55 (1266), 7.

Jiménez, A. (2000). La gestión por competencias: una nueva manera de gestionar la organización y las personas en un nuevo paradigma. En A. Jimenez (Ed.), *Creando valor... a través de las personas* (p. 159-182). Madrid: Diaz de Santos.

Jiménez Jiménez, B. (1990). *Evaluación de programas de adultos*. Material AFFA. Madrid: Fondo Formación.

Jiménez Jiménez, B. (2001). La evaluación de la formación. Retos y alternativas en el siglo XXI. En *Actas 3er Congreso de Formación Ocupacional. Formación, trabajo y certificación. Nuevas perspectivas del trabajo y cambio en la formación*. (p. 123-143). Zaragoza: Diputación de Zaragoza.

Johnson, S.M. & Kurtz, M.E. (1996). "Appropriate name usage: Didactic and Clinical incongruity. *Teaching and learning in medicine*, 8 (1), 23-27.

Jolis, N. (2000). *La compétence au coeur du succès de votre entreprise*. Paris: Éditions d'Organisation.

Juncosa, S., Bundó, M., Aliaga, F., Cordon, F., Cots, J.M., Forés, D., Ezquerra, M. i Martín Zurro, A. (1999). Nuevo sistema para acreditar y reacreditar centros de salud docentes. *Educación Médica*, 2 (3), 134.

Kitchin, S. (1993). Preceptorship in Hospitals. En B. J. Caldwell i E. M.A. Carter (Eds.), *The Return of the Mentor: Strategies for Workplace Learning* (p. 91-113). London: The Falmer Press.

Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning. Experiencie as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.

Kopelow, M. (1999). Accreditation of CME providers in the United States: 20 years and still learning. *Educación Médica*, 2 (3), 117-119.

Kropiunigg, U., Pucher, I. & Weckenmann, M. (2002). Learning in groups: Teamshaping in the teaching of medical psychology. *Medical Education*, 36, 334-336.

Labay, M., Buñuel, J.C., Rubio, M.L., Martín, J., Guerrero, M.L. i Olmedillas, M.J. (1992). Estado de opinión de los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria en hospitales españoles. *Atención Primaria*, 10 (7), 880-882.

Laguna, P. (2002, 26 d'abril). La formación del médico debe adecuarse a la población y al sistema. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Latorre, A., del Rincón, D. i Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: GR92.

Lawson, H. (1999). *Cómo mejorar la formación y el entrenamiento en el puesto de trabajo* (M. Gómez Fernández, Trad.). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Le Boterf, G. (1991) *Ingeniería y evaluación de los planes de formación*. Bilbao: Deusto.

Le Boterf, G. (2000a). *Compétence et navigation professionnelle*. Paris: Éditions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2000b). *Construire les compétences individuelles e collectives*. Paris: Éditions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2001). *Ingeniería de las competencias*. Barcelona: Gestión 2000.

Lévy-Leboyer, C. (1997). *Gestión de las competencias*. Barcelona: Gestión 2000.

Loayssa, J.R., Fuertes, C. i Molina, F. (1998). La formación en educación para la salud. En F. Molina (Ed.), *La docencia en la práctica clínica* (p. 27-59). Barcelona: semFYC.

Loayssa, J. R., García, M., Gaminde, I. i Vilches, C. (1995). Percepciones de los médicos de familia sobre la relación médico-paciente. *Atención Primaria*, 6, 390-392. (revisar)

Loayssa, J.R. i González, F.M. (2001). Estructura cognitiva de los médicos de familia en formación sobre la relación médico-paciente. *Atención Primaria*, 28 (3), 158-166.

Loayssa, J.R., Turabián, J.L., Pérez, B. i Epstein, R. (1998). *El tutor en la educación médica. Papel y tareas*. Barcelona: semFYC.

Llorente, J. (1998). Introducción a las competencias. ¿Por qué son "lo que hay que tener"? *Capital Humano*, 122, 12-14.

López, A. Baeza, J.M. i Lebranto, R.M. (2000). ¿Qué esperan de sus tutores los residentes de familia? Una aproximación cualitativa. *Atención Primaria*, 26 (6), 362-367.

López, D. i Sánchez, L. (2000). ¿Aprenden los residentes a trabajar en equipo?. *Formación Médica Continuada*, 7 (5), 297-306.

Macdonald, K.M., (1995). *The sociology of the professions*. London: SAGE.

Manso, J.M. (2000a). ¿Que enseñar en ciencias de la salud? Técnicas para definir competencias y perfiles profesionales (1ª parte). *Educación Médica*, 3 (2),61-68.

Manso, J.M. (2000b). ¿Que enseñar en ciencias de la salud? Técnicas para definir competencias y perfiles profesionales (y II). *Educación Médica*, 3 (3), 101-106.

Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (1999). México: Manual moderno.

Marbach, V. (1999). *Évaluer et rémunérer les compétences*. Paris: Éditions d'Organisation.

March, J.C., Prieto, M.A., Gutierrez, P., Carmona, G. i Equipo de Evaluación del PSMI. (2001). Profesionales y gestores ante la formación. *Atención Primaria*, 27 (3), 172-177.

Marcos, J. (2001). Un modelo para programas de desarrollo de competencias. *Estudios Financieros*, 217, 124-144.

Marhuenda, F. (2001). Ni tanto ni tan calvo. Razones y mitos en torno al valor de la experiencia práctica en el aprendizaje profesional. En F. Marhuenda, M.J. Cros i E. Giménez (Eds.), *Aprender de las prácticas: Didáctica de la Formación en los centros de trabajo* (p. 123-169). València: Universitat de València.

Martenson, D. (1998). El aprendizaje en las facultades de medicina: una perspectiva sobre la situación actual. *Educación Médica*, 1 (1), 7-12.

Martín Zurro, A. (2001). La evaluación de los residentes. *Atención Primaria*, 27 (3), 151-152.

Martín Zurro, A. i Cano, J.F. (Eds.). (1999). *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (Vol.I) (4a. ed.). Madrid: Harcourt Brace.

Martín Zurro, A. i Cano, J.F. (1999). Atención Primaria de Salud. En A. Martín Zurro i J.F. Cano (Eds.), *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (Vol.I) (4a. ed.) (p.3-15). Madrid: Harcourt Brace.

Martín Zurro, A. i Cano, J.F. (1999). Docencia en Atención Primaria y medicina de familia. En A. Martín Zurro i J.F. Cano (Eds.), *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (Vol.I) (4a. ed.) (p.144-160). Madrid: Harcourt Brace.

Martín Zurro, A., Gené, J. i Subías, P. (1999). Actividades preventivas y de promoción de la salud. En A. Martín Zurro i J.F. Cano (Eds.), *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (Vol.I) (4a. ed.) (p.421-437). Madrid: Harcourt Brace.

Martín Zurro, A., Huguet, M. i García, F. (1999). Organización de las actividades en Atención Primaria. En A. Martín Zurro i J.F. Cano (Eds.), *Atención Primaria*.

Conceptos, organización y práctica clínica (Vol.I) (4a. ed.) (p.40-56). Madrid: Harcourt Brace.

Martín, M. (1997). *Planificación y práctica educativa (Infantil, Primaria y Secundaria)*. Madrid: Escuela Española.

Martínez, J.M. i Blay, C. (1998). Evaluando la competencia de los profesionales sanitarios: dudas, fundamentos y experiencias. *Educación Médica*, 1 (1), 17-23.

Martínez, F., Molina, F. I Loayssa, J.R. (1998). Métodos que facilitan el aprendizaje. En F. Molina (Ed.), *La docencia en la práctica clínica* (p. 83-107). Barcelona: SemFYC.

Mateo, J. (2000). *La evaluación educativa, su práctica y otras metáforas*. Barcelona: Horsori.

Matthews, C. (2000). Role modelling: how does it influence teaching in Family Medicine. *Medical Education*, 34, 443-448.

Maudsley, G. & Strivens, J. (2000). Professional knowledge, experiential learning and critical thinking. *Medical Education*, 34, 535-544.

McLagan, P. (1998). Competencies: The next generation. En C. Nilson (Ed.), *Training and development yearbook* (p. 2.14-2.22). New Jersey: Prentice Hall.

Maignant, A. (1995). *Manager la formation* (3a. ed. rev.). Rueil-Malmaison: Editions Liaisons.

Menchén, F. (1999). *El tutor. Dimensión histórica, social y educativa*. Madrid: CCS.

Miller, W.R. i Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

Mintzberg, H. (1993). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel (original publicat a 1979)

Mirabile, R.J. (1998). Everything you wanted to know about competency modeling. En C. Nilson (Ed.), *Training and development yearbook* (p. 5.5-5.10). New Jersey: Prentice Hall.

Molina, F. (1995). Propuesta metodológica docente. *Atención Primaria*, 16 (supl.1), 49.

Molina, F. Ballesteros, A.M., Martínez, M.T., Soto, R. I Sánchez, F. (1996). Perfil profesional del personal sanitario en atención primaria. Un estudio Delphi. *Atención Primaria*, 17 (1), 24-30.

Molina, F., Loayssa, J.R. i Martínez, M.T. (1998). El docente com facilitador del aprendizaje. En F. Molina (Ed.), *La docencia en la práctica clínica* (p. 61-82). Barcelona: semFYC.

Monclús, A. (2001). El problema de la certificación de competencias profesionales. Modelos europeos. En *Actas 3er Congreso de Formación Ocupacional. Formación, trabajo y certificación. Nuevas perspectivas del trabajo y cambio en la formación*. (p. 174-187). Zaragoza: Diputación de Zaragoza.

Monreal, A. (1997). La evaluación cuantitativa (acreditativa) de residentes. *Atención Primaria*, 20 (supl.1), 44-45.

Moore, A. i Theunissen, A.F. (1994). Cualificación contra competencia: ¿Debate semántico, evolución de conceptos o baza política. *Revista europea formación profesional*, 1, 70-74.

Morén, P. (2002, 13 de maig). Los tutores piden reducir cupos y visitas para mejorar la docencia. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Morgan, D.L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. Londres: SAGE.

Munárriz, M., Diaz, C., Rabanaque, R., Sidro, F., Andrés, I., Martínez, F., Aguliar, N., Laveda, P. i Climent, M. (1999). La relación médico-paciente vista desde un grupo de trabajo: Descripción y algunas consideraciones técnicas. *Dimensión Humana*, 3 (4), 38-43.

Muñoz, P. (1999, 27 de juliol). "No se necesitaría prueba final con una buena evaluación continuada". *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Muñoz, P. (2001, 23 de maig). Residentes y tutores reclaman un año más de especialidad. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Muñoz, P. (2001, 10 de novembre). Los docentes reconocen la carencia de la formación práctica sobre atención a la familia. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Muñoz, P. (2002, 1 de febrer). El 66% de quienes optan al MIR de Familia rechaza formarse en él. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Navío, A. (2001). *Las competencias del formador de formación continua*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona.

Nebot, M. (1992). Educación sanitaria: ¿dónde estamos?. *Atención Primaria*, 9 (9), 508-511.

Neufeld, V.R. (1985). Historical Perspectives on Clinical Competence. En V. Neufeld & G.R. Norman (Eds.), *Assessing clinical competence* (p. 3-14). New York: Springer publishing company.

Newble, D., Jolly, B. & Wakeford, R. (Eds.) (1994). *The Certification and Recertification of Doctors. Issues in the Assessment of Clinical Competence*. Cambridge: Cambridge University Press.

OMS (1978). *Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma-Ata*. Ginebra: OMS.

Ordóñez, A. I Espinosa, E. (1996). La sesión clínica según la dinámica de grupo. *Medicina clínica*, 107 (16), 620-622.

Oriol Bosch, A. (1995): *Canviar, aprendre i l'acreditació de la competència professional* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.iesalut.es/pensaments/>

Oriol Bosch, A. (1997a): *El sistema MIR. La necessitat d'adaptar-lo a la Constitució Espanyola* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.iesalut.es/pensaments/>

Oriol Bosch, A. (1997b): *Reflexions epistemològiques inacabades sobre el coneixement i la competència professional* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.iesalut.es/pensaments/>

Oriol Bosch, A. (1998). *Reflexions sobre el professionalisme* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.iesalut.es/pensaments/>

Oriol Bosch, A. (2001). *Crisi del professionalisme o la solució per la crisi* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.iesalut.org>

Ortí, A. (1994). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: La entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En M. Garcia, J. Ibañez i F. Alvira (Eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (p. 189-222). Madrid: Alianza Editorial.

Palés, J. (1999). Análisis del proceso de implantación de los nuevos planes de estudio de la Licenciatura de Medicina. *Educación Médica*, 2 (3), 102-103.

Pardell, H. (1999). Los Colegios de Médicos y la Educación Médica. *Educación Médica*, 2 (3), 120-121.

Pardell, H. (2000). Los colegios de médicos y la acreditación de la formación médica continuada. *Educación Médica*, 3 (2), 51-54.

Parkes, D. (1994). "Competencia" y contexto: Visión global de la escena británica. *Revista europea formación profesional*, 1, 24-30.

Pedraza, V. (2001). Formación médica y necesidades sociales. *Jano*, 116 (17), 658-663.

Peiró, J.M. (1989). *Organizaciones. Una perspectiva psicosociològica*. Barcelona: PPU.

Pelayo, M., Gutierrez, L. i Albert, X. (1998). Influencia del perfil profesional de tutores de medicina familiar y comunitaria en la formación de residentes. *Atención Primaria*, 21 (3), 145-153.

Penzo, W. (1999). *Psicología per a les Ciències de la Salut*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Pera, I. (1989). La estructura organizativa en los hospitales de l'Institut Català de la Salut. En *V Jornadas sobre optimización en los servicios sanitarios: Estrategias de cambio y desarrollo organizativo en los servicios sanitarios*. Barcelona: EADA.

Pérez, I. (1999). ¿Hay vida inteligente en la empresa más allá de su Departamento de Formación. *Apuntes de formación*, 65-73. Barcelona: EPISE.

- Pérez, M.J. i Echauri, M. (1998). La formación en educación para la salud. En F. Molina (Ed.), *La docencia en la práctica clínica* (p. 141-148). Barcelona: Semfyc.
- Pitts, J., Coles, C. & Thomas, P. (1999). Educational portfolios in the assessment of general practice trainers: reliability of assessors. *Medical Education*, 33, 515-520.
- Pla, R., Roca, J., Vendrell, N., Lupresti, C., Morales, A., Murnientes, G. i Chimeno, A. (1989). *La salut a Catalunya: Present i futur*. Barcelona: Empúries.
- Polit, D. F. i Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6a. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Pont, E. (1996). Los diseños curriculares. En Gairín, J., Ferrández, A., Tejada, J. i Navío, A., *Actas 2º Congreso Internacional de Formación Ocupacional. Formación para el empleo*. (p. 141-170). Barcelona: Grupo CIFO.
- Pont, E. (Dir.) (2002). *AMAS Aproximación Multidisciplinar para el abordaje del SIDA. Informe final*. Barcelona: EUE Santa Madrona de la Fundación "La Caixa".
- Pont, E., Ferrer, F. i Bohigas, Ll. (1996). *La prova d'accés a metge intern resident. Pertinència i capacitats explorades envers l'exercici de la professió mèdica*. Barcelona: Servei de Publicaciones UAB.
- Pourtois, J. P. i Desmet, H. (1992). *Epistemología e instrumentación en ciencias humanas* (M. Kirchner, trad.). Barcelona: Herder.
- Puchol, L. (1995). *Dirección y gestión de recursos humanos* (2a. ed.rev.). Madrid: ESIC.
- Pujol, R. (1999). Avaluació de la competència clínica i Formació Postgraduada. *Educación Médica*, 2 (3), 114.
- Pujol, R. (2000). Quin metge necessitarà la nostra societat?. En *Llibre de Ponències Setzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Salut al tombant del segon mil.leni* (p.465-471). Barcelona.
- Pujol, R., Gómez, J.M. i Martínez Carretero, J.M. (1999). Reflexiones y propuestas sobre la especialización médica en España. *Educación Médica*, 2 (1), 8-12.
- Quesada, F. I Martínez, T. (1997) . Formación en habilidades de comunicación a medicos residentes de medicina familiar y comunitaria. *Atención Primaria*, 19 (5), 219-220.
- Ramirez del Río, A. (1997). *Valoración de la formación. Cómo rentabilizar los costes de formación*. Madrid: Griker & Asociados.
- Reeves, S., Freeth, McCrorie, P. & Perry, D. (2002). 'It teaches you what to expect in future...':interprofessional learning on a training ward for medical, nursing, occupational therapy and psysiotherapy students. *Medical Education*, 36, 337-344.
- Regojo, H. (2000). Utilizando las core competencias para dirigir la estrategia de Recursos Humanos. En A. Jiménez (Ed.), *Creando valor...a través de las personas* (p. 183-188). Madrid: Diaz de Santos.

- Rey, B. (2000). ¿Existen las competencias transversales? *Educar*, 26, 9-17.
- Rial, A. (2000). La formación para el trabajo: nuevos escenarios, nuevos requerimientos de competencias y cualificaciones. En A. Monclús (Ed.), *Formación y empleo, Enseñanza y competencias* (p. 233-255). Granada: Comares.
- Richart, M.J., Anton, F., Chaume, A., Hernández, I., Martínez, C. i Martí, E. (1997). Estudio de las sesiones realizadas en un centro de salud durante 10 años. *Atención Primaria*, 20 (supl. 1), 60.
- Rigo, A. i Genescà, G. (2000). *Tesis i treballs. Aspectes formals*. Barcelona: Eumo.
- Robledo, M.L. (1995). Comunicación con el paciente. En Latorre, J.M. (Ed.), *Ciencias psicosociales aplicadas II* (p.163-170). Madrid: Síntesis.
- Roche, A.M., Sanson-Fisher, R & Cockburn, J. (1997). Training experiences immediately after medical school. *Medical Education*, 31, 9-16.
- Rodríguez, J. (1995). Evaluación de la actuación del residente de la consulta. *Atención Primaria*, 16 (supl.1), 45.
- Rojas, A. J., Fernández, J. S. i Pérez, C. (Eds.) (1998). *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos*. Madrid: Síntesis.
- Román, M. i Díez, E. (1994). *Currículum y enseñanza. Una didáctica centrada en procesos*. Madrid: EOS.
- Ros, E. (1995). *Formació i organització a l'empresa sanitària*. Tesina no publicada, Universidad Autònoma de Barcelona.
- Rossell, M. (1996). *Avaluar, més que posar notes*. Barcelona: Claret.
- Rossell, M. (1999). L'autoavaluació, una eina per fomentar l'autonomia dels alumnes. *Perspectiva escolar*, 228, 65-72.
- Rossell, R. (1998). Dona i medicina. *Revista del Col.legi* (Col.legi Oficial de Doctors i llicenciats en Filosofia i lletres i en ciències de Catalunya), 104, 20.
- Rosseti, A., Meed J. i Knasel E. (2001). *El aprendizaje personal. Un proceso continuo*. (L. de Larrauri Ros, Trad.). Madrid: Pearson Educación.
- Ruiz, C. (1999, 15 de juliol). "La evaluación continuada de los residentes es un desastre". *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>
- Ruiz, C. (2000, 5 d'abril). Mejor examinados que mal evaluados. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>
- Ruiz, C. (2001, 21 de juny). Los MIR tienen poca formación y mucha responsabilidad en las guardias. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>
- Ruiz, C. (2002, 14 de febrer). Medicina de Familia trabaja en la reforma de su programa MIR. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Ruiz, C. (2002, 3 de maig). La Comisión de Formación del SNS acredita más de 7.000 actividades. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Ruiz, C. (2002, 27 de maig). La Comisión de Formación del SNS prepara un manual de acreditación. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Ruiz, C. i Muñoz, P. (1999, 26 de juliol). Familia paraliza la prueba final ante la disparidad de calificaciones. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Ruiz, C. i Muñoz, P. (2000, 10 d'abril). Familia sigue sin un modelo que garantice una evaluación MIR justa. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Ruiz, C. i Muñoz, P. (2001, 22 d'octubre). El MIR único mejorará la gestión de plantillas. *Diario Médico* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.diariomedico.com>

Ruiz, J. I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Ruiz, E., Florensa, E., Cots, J.M., Sellarès, J., Iruela, A., Blay, C., Morera, R. I Martínez Carretero, J.M. (2001). Primeras experiencias en evaluación de la competencia clínica de los médicos de familia de Catalunya. *Atención Primaria*, 28 (2), 105-109.

Ruiz, R., Rodríguez, J.J., Pérula, L., Prados, J.A. i grup de investigació COMCORD (2002). Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Atención Primaria*, 29 (3), 132-144.

Sabán, C. (2000). Dimensiones actuales de la formación y la función de las competencias. En A. Monclús (Ed.), *Formación y empleo, Enseñanza y competencias* (p. 83-108). Granada: Comares.

Sáez, S., Marqués, F., Pallarés, J., Serrano, J., Nuín, C. i Martínez, V. (1999). Perfil de los profesionales de la salud de Lleida respecto a la educación para la salud (EpS). *Atención Primaria*, 24 (3), 157-161.

Sáez, S., Serrano, J., Martínez, M., Revuelta, S., Roca, B. i Suros, E. (1998). Elaboración de un cuestionario destinado a la autoevaluación en la formación práctica en enfermería comunitaria. *Educación Médica*, 1, 111-115.

Salvador, F. i Pelegrina, M. (1993). *El mètode científic en Psicologia*. Barcelona: Enciclopèdia catalana, Universitat Ramon Llull.

Sánchez, J.A., Violán, C. i Molina, F. (1990). El programa de formación posgraduada en medicina familiar y comunitaria. *Atención Primaria*, 7 (7), 479-480.

Sánchez, L. i Valldeperes, P. (1998). Metodología de evaluación de competencias directivas. *Capital Humano*, 110, 20-30.

Sánchez, M., Pla, M., Albertín, P. I Rodríguez, M. (2001). *El procés de socialització del personal mèdic intern resident: aportacions de la investigació social qualitativa a*

l'anàlisi de la iniciació professional en un context institucional. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut.

Sanson-Fisher, R & Cockburn, J. (1997). Effective teaching of communication skills for medical practice: selecting an appropriate clinical context. *Medical Education*, 31, 52-57.

Santos, J., Santiago, M., Alonso, M.A., Merladet, E. i Corrales, E. (2001). Medicina de familia: ¿la cenicienta del pregrado? Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria. *Atención Primaria*, 31 (5), 324-330.

Santos Guerra, M.A., Fernandez Sierra, J. Angulo, F i Martín, M.V. (1996). Informe de la evaluación de la formación de un sector de los médicos internos residentes de medicina familiar i comunitaria del hospital regional Carlos Haya de Málaga. En M.A. Santos Guerra i D. Prados (Eds.), *Evaluación externa de la formación de médicos residentes: el arte de mejorar a través del conocimiento* (p.59-152). Barcelona: semFYC.

Saura-Llamas, J. (1996). El manual del tutor. *Atención Primaria*, 18 (supl1), 36.

Saura-Llamas, J. i Leal, M. (1997). Docencia posgrado: factores condicionantes de la relación tutor-residente en medicina familiar. *Atención Primaria*, 20 (9), 511-518.

Saura-Llamas, J., Leal, M., García, M.M., López, M., Ferrer, A. i de la Viesca, S. (1997). Motivos de ansiedad en los profesionales de atención primaria. Comparación residentes-tutores. *Atención Primaria*, 20 (3), 142-145.

Saura-Llamas, J., Sesma, R., Fernández, J., Borchert, C. i Sáez, A. (2001). Docencia posgrado en medicina de familia: ¿qué sabemos de los residentes? *Atención Primaria*, 28 (6), 405-414.

Schein, E.H. (1988). *La cultura empresarial y el liderazgo.* Barcelona: Plaza y Janés.

Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones* (L. Montero i J. M. Vez Jeremías, Trads.). Madrid: Paidós.

Sellarés, J., Bosch, C., Florensa, E., de Serdio, E., Gorroñoigoitia, A., Medina, E., Medina, M., Pou, J. i Ruiz, E. (2002). *Evaluación de la competencia. Reto o necesidad* (doc. nº 18). Barcelona: semFYC.

Sender, R., Salamero, M., Díaz, L. i Vallés, A. (2001). El programa de Atención psicológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. *Educación Médica*, 4 (2), 66-71.

Short, J.P. (1993). The importance of strong evaluation standards and procedures in training resident. *Academic Medicine*, 68, 522-525.

Simó, J., Campos, J.C. i Sanfèlix, J. (2002). Carrera profesional y médicos de familia: reflexiones y propuesta (I). *Atención Primaria*, 29 (2), 109-115.

Sinai, J., Tiberius, R.G., De Groot, J., Brunet, A. & Voore, P. (2001). Developing a Training Program to Improve Supervisor-Resident Relationships, Step 1: Defining the Types of Issues. *Teaching and learning in medicine*, 13 (2), 80-85.

Sloan, D.A., Donnelly, M.B. & Schwartz, R.W. (1996). The surgical clerkship: characteristics of the effective teacher. *Medical Education*, 30, 18-23.

Smith, R. (1985). *Handbook of Social Science Methods*. New York: Praeger.

Snadden, D., Thomas, M.L., Griffin, E.M. & Hudson, H. (1996). Portfolio-based learning and general practice vocational training. *Medical Education*, 30, 148-152.

Snell, L., Tallet, S., Haist, S., Hays, R., Norcini, J., Prince, K., Rothman, A. & Rowe, R. (2000). A review of the evaluation of clinical teaching: new perspectives and challenges. *Medical Education*, 34, 862-870.

Sobrino, A. i Pardo, F.J. (1999). Nuevas tecnologías y aprendizaje de la anatomía patológica. Propuesta de un modelo de enseñanza-aprendizaje basado en el programa InterPat. *Educación Médica*, 2 (1), 16-23.

Soler, R. (1999). Coaching. *Apuntes de formación*, 39-45. Barcelona: EPISE.

Squier, H.A., Brody, H. i Supanich, B. (1999). Aproximación al paciente. En A.K. David, D.M. Phillips, T.A. Johnson i J.E. Scherger (Eds.), *Medicina de Familia. Principios y práctica* (5a. ed) (p. 15-21). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.

Staton, F. & Grant, J. (1999). Experiential learning, course delivery and validation in medicine. *Medical Education*, 33, 282-297.

Tamayo, G., Santibáñez, M. i Meana, J.J.. (2000). De la enseñanza tradicional al aprendizaje activo basado en el desarrollo de un proyecto de investigación. Una experiencia de transición en farmacología. *Educación Médica*, 3 (1), 25-33.

Teixidor, M. (1999). Balanç de les ciències de la salut des d'una perspectiva multidisciplinària. En *XVIII Jornades Sanitàries del Vallès* (p. 52-57). Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

Tejada, J. (1991) La evaluación en la formación ocupacional. En *Actas 1er Congreso Internacional de Formación Ocupacional. La Formación Ocupacional a la década dels 90* (p. 87-101). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

Tejada, J. (1997). *El proceso de investigación científica*. Barcelona: Fundació "La Caixa".

Tejada, J. (1999). El formador ante las NTIC: nuevos roles y competencias profesionales. *Comunicación y Pedagogía*, 157, 17-26.

Turabián, J.L. (1999). La tutorización en la formación de medicina de familia. *Jano*, 56 (1284), 7.

Turabián, J.L. i Pérez, B. (1998). Utilidad y límites de la educación sanitaria. *Formación Médica Continuada*, 5 (7), 419-421.

Turabián, J.L. i Pérez, B. (2001). El futuro de la medicina de familia. *Atención Primaria*, 28 (10), 657-661.

Tutusaus, J.D., Gómez-Cía, T., Díaz-Oller, J., Gómez-Blázquez, I., Morales-Conde, S. i Morales-Méndez, S. (2002). Perfil de los tutores de un gran hospital universitario. *Educación Médica*, 5 (1), 27-33.

Unitats Docents de MFiC de Catalunya. (1999a). *Programa pilot de docència en medicina comunitaria del programa docent de MFiC de Catalunya. Memòria 1998-1999* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.udmfic.org>

Unitats Docents de MFiC de Catalunya. (1999b). *Conclusions VI Jornades Tècniques de les UD de MFiC a Catalunya* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.udmfic.org>

Unitats Docents de MFiC de Catalunya. (abril, 2000). *Avaluació dels residents en el procés formatiu*. Document lliurat a la VII Jornades Tècniques de les UD de MFiC de Catalunya a El Montanyà.

Unitats Docents de MFiC de Catalunya. (2000). *Acreditació i reacreditació dels tutors d'Atenció Primària* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.udmfic.org>

Unitats Docents de MFiC de Catalunya. (rev.13-11-00). *La formació postgraduada a Catalunya* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.udmfic.org>

Unitats Docents de MFiC de Catalunya. (rev.13/11/00). *Els organismes docents de la Unitat Docent: Comissió Assessora i Comissió d'Avaluació i Acreditació* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.udmfic.org>

Unitats Docents de MFiC de Catalunya. (rev.04/09/01). *L'avaluació del programa docent* [En xarxa]. Disponible a: <http://www.udmfic.org>

Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

Van Der Vleuten, C.P.M. (1996). The assessment of Professional Competence: Developments, Research and Practical Implications. *Advances in Health Sciences Education*, 1, 41-67.

Vander Zanden, J.W. (1986). *Manual de Psicología Social*. Buenos Aires: Paidós.

Weiss, C. H. (1990). *Investigación evaluativa* (F. Gonzalez Armburo trad.). México: Trillas.

Wilson, J.B. (1998). *Cómo diseñar un programa de formación que impacte los resultados*. Madrid: Centro de Estudios Ramon Areces.

Visauta, B. (1989). *Técnicas de investigación social*. Barcelona: PPU.

Zabala, A. (1995). *La práctica educativa. Cómo enseñar*. Barcelona: Graó.

Zarifian, P. (1999). *Objectif compétence*. Paris: LIAISONS.

REFERÈNCIES TEXTOS LEGALS

Directiva del Consejo de las Comunidades Europeas 86/457/CEE de 15 de setembre de 1986 (Diario Oficial de las Comunidades Europeas: 19-IX-1986)

Ley 14/86, de 23 de abril, general de sanidad pública (BOE: 29-IV-1986)

Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (DOGC: 30-VII-1990)

Orden de 19 de diciembre de 1983 por la que se regula el desarrollo de la formación en Atención Primaria de Salud de la especialidad de Medicina Familiar i Comunitaria (BOE: 22-XII-1983)

Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y Farmaceuticos especialistas (BOE: 30-VI-1995).

Orden de 2 de agosto de 1995 por la que se aprueba la convocatoria específica del MIR según lo previsto en el Real Decreto 931/1995 (BOE: 4-VIII-1995).

Real Decret 2015/1978, de 15 de junio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas (BOE: 29-VIII-1978).

Real Decret 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de formación médica (BOE: 02-II-1979).

Real Decret 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista (BOE: 31-I-1984).

Real Decret 1417/1990 de 26 de octubre por el que se establece el título universitario oficial de licenciado en Medicina y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención de aquel (BOE: 20-11-1990).

Real Decret 931/1995 de 9 de junio, por el que se dictan normas en relación con la formación especializada en Medicina Familiar i Comunitaria de los licenciados en Medicina a partir del 1 de Enero de 1995 y se adoptan determinadas medidas complementarias (BOE: 16-VI-1995).

Real Decreto 904/2001, de 27 de julio, por el que se unifican las convocatorias para el acceso a la formación médica especializada (BOE: 28-VII-2001).

Relació annexos CD

ASSAIG PILOT -1999

- Annex 1. Qüestionari pilot –residents-
- Annex 2. Carta de presentació –residents-
- Annex 3. Qüestionari pilot –tutors-
- Annex 4. Carta de presentació –tutors-
- Annex 5. Base de dades qüestionari pilot -residents-
- Annex 6. Resultats estadístics qüestionari pilot -residents-
- Annex 7. Recull preguntes obertes qüestionari pilot -residents -
- Annex 8. Base de dades qüestionari pilot –tutors-
- Annex 9. Resultats estadístics qüestionari pilot -tutors–
- Annex 10. Recull preguntes obertes qüestionari pilot -tutors–
- Annex 11. Transparències presentades a la reunió de Coordinadors de les Unitats Docents de Catalunya dels resultats obtinguts en la prova pilot dels residents

QÜESTIONARI -2000

- Annex 12. Qüestionari definitiu –residents-
- Annex 13. Carta de presentació –residents-
- Annex 14. Carta recordatori residents
- Annex 15. Qüestionari definitiu –tutors-
- Annex 16. Carta de presentació –tutors-
- Annex 17. Carta recordatori –tutors-
- Annex 18. Base de dades qüestionari –residents-
- Annex 19. Base de dades qüestionari –tutors-
- Annex 20. Resultats estadístics qüestionari –residents-
- Annex 21. Recull preguntes obertes –residents-
- Annex 22. Resultats estadístics qüestionari –tutors-
- Annex 23. Recull preguntes obertes –tutors-
- Annex 24. Resultats estadística comparativa entre tutors i residents

GRUPS FOCALS -2000

Annex 25. Cartes convocatòria reunions

Annex 26. Transparències presentades al grup focal 1 –residents-

Annex 27. Transparències presentades al grup focal 2 –residents-

Annex 28. Transparències presentades al grup focal 3 –tutors-

Annex 29. Transcripció grup focal 1 –residents-

Annex 30. Transcripció grup focal 2 –residents-

Annex 31. Transcripció grup focal 3 –tutors-

Relació de figures, taules i gràfics

RELACIÓ DE FIGURES.

Figura 1. Model de flux causal de la competència	33
Figura 2. Actuar amb competència: un resultat	34
Figura 3. Tres tradicions de l'aprenentatge experiencial	45
Figura 4. El cicle reflexiu de Kolb.....	46
Figura 5. Aprenentatge professional segons Schön	51
Figura 6. Dimensions de l'avaluació	60
Figura 7. Mediació del factor afectiu en la percepció.....	62
Figura 8. Fases de l'educació mèdica.....	85
Figura 9. Marc per millorar la tutorització.....	113
Figura 10. Disseny de la recerca	136

RELACIÓ DE TAULES

Taula 1. Comparació entre autors sobre tipologies de competències	37
Taula 2. Funcions bàsiques d'un centre de salut integral.....	74
Taula 3. Funcions i activitats de l'equip d'atenció primària	76
Taula 4. Unitats Docents de Catalunya amb els respectius centres col·laboradors docents	99
Taula 5. Evolució places MIR específic (1995-2000).....	105
Taula 6. Àrees docents i tasques incloses a cada àrea.....	107
Taula 7. Lloc d'aprenentatge i distribució en la residència de les diferents àrees docents	108
Taula 8. Lloc i durada dels períodes formatius	109
Taula 9. Períodes formatius a urgències	109
Taula 10. Variables per verificar en l'estudi	139
Taula 11. Calendari procés de recollida de dades.....	163
Taula 12. Percentatge de resposta segons Unitat Docent (R).....	172
Taula 13. Freqüències hospital rotacions	177
Taula 14. Estadístics bàsics hab. clíniques (R)	179
Taula 15. Estadístics bàsics hab. instrumentals (R)	181
Taula 16. Estadístics bàsics hab. de maneig (R)	185
Taula 17. Estadístics bàsics hab. de comunicació (R)	186

Taula 18. Estadístics bàsics atenció a la família (R)	191
Taula 19. Estadístics bàsics activitat preventiva (R)	193
Taula 20. Estadístics bàsics atenció a la comunitat (R)	195
Taula 21. Estadístics bàsics aspectes organitzatius (R)	198
Taula 22. Estadístics bàsics recerca (R)	203
Taula 23: Estadístics bàsics capacitació global (R)	207
Taula 24. Competències que no corresponen a l'especialitat MFiC (R)	209
Taula 25. Competències que manquen a l'especialitat MFiC (R)	211
Taula 26. Punts forts formació MIR (R)	218
Taula 27. Punts febles formació MIR (R)	218
Taula 28. Propostes de millora a la formació MIR (R).....	219
Taula 29. Estadístics bàsics anys d'experiència com a tutors	230
Taula 30. Estadístics clàssics hab. clíniques (T)	231
Taula 31. Estadístics bàsics hab. instrumentals (T)	234
Taula 32. Estadístics bàsics hab. de maneig (T)	236
Taula 33. Estadístics clàssics habilitats de comunicació (T).....	239
Taula 34. Estadístics bàsics atenció a la família (T)	243
Taula 35. Estadístics bàsics activitat preventiva (T)	245
Taula 36. Estadístics bàsics atenció a la comunitat (T)	247
Taula 37. Estadístics bàsics aspectes organitzatius (T)	250
Taula 38. Estadístics bàsics recerca (T).....	255
Taula 39. Estadístics clàssics capacitació global (T)	258
Taula 40. Competències que no corresponen a l'especialitat MFiC (T).....	259
Taula 41. Competències que manquen a l'especialitat MFiC (T)	261
Taula 42. Punts forts formació MIR (T)	267
Taula 43. Punts febles formació MIR (T)	267
Taula 44. Propostes de millora a la formació MIR (T)	268
Taula 45. Descriptors clàssics variable global.....	274
Taula 46. Síntesi comparació estadística entre tutors i residents	283

RELACIÓ DE GRÀFICS

Gràfic 1. Percentatge residents segons gènere (R)	173
Gràfic 2. Freq. universitat de procedència (R).....	174
Gràfic 3. Percentatge any finalització llicenciatura (R)	174

Gràfic 4. Percentatge medicina família 1 ^a opció (R)	176
Gràfic 5. Freq. zona on s'ubica el cap (R).....	178
Gràfic 6. Freq. ítems habilitats clíniques (R)	180
Gràfic 7. Metodologia habilitats clíniques (R)	181
Gràfic 8. Freq. ítems habilitats instrumentals (R)	182
Gràfic 9. Metodologia habilitats instrumentals (R)	184
Gràfic 10. Freq. ítems habilitats de maneig (R)	185
Gràfic 11. Metodologia habilitats de maneig (R)	186
Gràfic 12. Freq. ítems habilitats comunicació (R)	187
Gràfic 13. Metodologia habilitats de comunicació (R).....	189
Gràfic 14. Freq. ítems atenció a la família (R)	191
Gràfic 15. Metodologia atenció a la família (R)	192
Gràfic 16. Freq. ítems activitat preventiva (R)	193
Gràfic 17. Metodologia activitats preventives (R)	195
Gràfic 18. Freq. ítems atenció a la comunitat (R)	196
Gràfic 19. Metodologia atenció a la comunitat (R)	198
Gràfic 20. Freq. ítems aspectes organitzatius (R)	199
Gràfic 21. Metodologia aspectes organitzatius (R)	201
Gràfic 22. Freq. ítems habilitats docència (R).....	201
Gràfic 23. Freq. ítems recerca (R)	204
Gràfic 24. Metodologia recerca (R)	206
Gràfic 25. Freq. ítems capacitació global (R)	207
Gràfic 26. Freq. ítems formació contínua (R)	212
Gràfic 27. Freq. informació objectius (R)	213
Gràfic 28. Freq. ítems informació progrés (R)	214
Gràfic 29. Freq. medis d'informació del resident (R).....	215
Gràfic 30. Freq. ítems nombre d'instruments per rebre informació (R)	216
Gràfic 31. Percentatge tutors segons gènere (T)	228
Gràfic 32. Percentatge especialitat tutors (T)	229
Gràfic 33. Freq. zona on s'ubica el cap (T)	230
Gràfic 34. Freq. ítems habilitats clíniques (T)	232
Gràfic 35. Metodologia habilitats clíniques (T)	233
Gràfic 36. Freq. ítems habilitats instrumentals (T)	234
Gràfic 37. Metodologia habilitats instrumentals (T)	235
Gràfic 38. Freq. Ítems habilitats de maneig (T).....	237
Gràfic 39. Metodologia habilitats de maneig (T)	239

Gràfic 40. Freq. ítems habilitats de comunicació (T)	240
Gràfic 41. Metodologia habilitats de comunicació (T)	243
Gràfic 42. Freq. ítems atenció a la família (T)	244
Gràfic 43. Metodologia atenció a la família (T)	245
Gràfic 44. Freq. ítems activitats preventives (T)	246
Gràfic 45. Metodologia activitats preventives (T)	247
Gràfic 46. Freq. ítems atenció a la comunitat (T)	248
Gràfic 47. Metodologia atenció a la comunitat (T)	250
Gràfic 48. Freq. ítems aspectes organitzatius (T)	251
Gràfic 49. Metodologia aspectes organitzatius (T)	253
Gràfic 50. Freq. ítems habilitats docència (T)	254
Gràfic 51. Metodologia docència (T)	254
Gràfic 52. Freq. ítems recerca (T)	255
Gràfic 53. Metodologia recerca (T)	257
Gràfic 54. Freq. ítems capacitació global (T)	257
Gràfic 55. Freq. ítems formació continuada (T)	262
Gràfic 56. Informació sobre els objectius (T)	263
Gràfic 57. Freq. ítems informació del progrés (T)	264
Gràfic 58. Freq. ítems instruments per informar al resident (T)	265
Gràfic 59. Freq. nombre d'instruments per rebre informació (T)	266
Gràfic 60. Mitjanes per àrees competencials tutors i residents	275
Gràfic 61. Comparació metodologia habilitats clíniques bàsiques	277
Gràfic 62. Comparació metodologia comunicació	277
Gràfic 63. Comparació metodologia habilitats de maneig	278
Gràfic 64. Comparació metodologia atenció a la família	278
Gràfic 65. Comparació metodologia aspectes organitzatius	279
Gràfic 66. Comparació metodologia docència	279
Gràfic 67. Comparació paper de la formació continuada	280
Gràfic 68. Comparació informació objectius	280
Gràfic 69. comparació percentatge informació del progrés	281
Gràfic 70. comparació percentatge seguiment tutor primària	281
Gràfic 71. Comparació percentatge seguiment mitjançant full d'avaluació	282

Relació de sigles

ABFP: Consell Americà de Medicina Familiar

ACMCB: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears

ACOE: Avaluació de la Competència Objectiva Estructurada

ABS: Àrea Bàsica de Salut

AP: Atenció Primària

APOC: Atenció Primària Orientada a la Comunitat

APS: Atenció Primària de Salut

BOE: Boletín Oficial del Estado

CAP: Centre d'Atenció Primària

CCFMC: Consell Català de Formació Mèdica Continuada

CFCSNS: Comisión de Formación Continua por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

CNE: Comissió Nacional de l'Especialitat

COMB: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

DM: Diario Médico

DOGC: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya

ICS: Institut Català de la Salut

IES: Institut d'Estudis de la Salut

LOSC: Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya

MFiC: Medicina Familiar i Comunitària

MESTOS: Metges Especialistes sense títol oficial

OMS: Organització Mundial de la Salut

R 1 o R petit: Resident de primer any

R 2: Resident de segon any

R 3 o R gran: Resident de tercer any

SCMFiC: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

SemFYC: Societat Espanyola de Medicina de Família y Comunitaria

UAB: Universitat Autònoma de Barcelona

UBA: Unitat Bàsica Assistencial

UD: Unitat Docent

WFME: World Federation of Medical Education

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic
Associations of General Practitioners/Family Physicians

Glossari de termes mèdics

Clapping: tècnica utilitzada per afavorir l'eliminació de les secrecions bronquials. Consisteix en colpejar la paret toràcica, des de la zona diafragmàtica a la clavicular, amb els palmells buits i percutint.

Desbridament: dividir i separar teixits fibrosos, ulcerats, macerats o amb col·leccions purulentes amb un instrument tallant.

Exèresi: separació natural, accidental o quirúrgica d'una part del cos.

Fons d'ull: examen visual de l'interior de l'ull.

Glucèmia capil·lar: mesura del nivell de la glucosa sanguínia per mitjà d'una punxada, generalment als dits de la mà.

Infiltracions articulars: injecció d'una substància o medicament, dins d'una articulació.

Oscilometria: determinació de la pressió arterial per mitjà de l'oscil·lòmetre.

Otoscòpia: examen visual de l'orella externa, del timpà i, quan aquest falta, de l'interior de la caixa timpànica.

Peak-flow: mesura del flux pulmonar màxim. Es útil per al control de l'asma.