

Original

Definición de competencia médica según pacientes crónicos del sistema sanitario público de Andalucía

M. Ángeles Prieto Rodríguez^{a,b}, Alina Danet Danet^{a,b,*}, María J. Escudero Carretero^{a,b}, Ainhoa Ruiz Azarola^a, Olivia Pérez Corral^a y Noelia García Toyos^a

^a Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de junio de 2011

Aceptado el 13 de febrero de 2012

On-line el 2 de mayo de 2012

Palabras clave:

Competencia médica
Sistema sanitario público
Metodología cualitativa

Keywords:

Medical competence
Healthcare system
Qualitative methods

R E S U M E N

Objetivo: Identificar los atributos con los cuales los/las pacientes crónicos/as atendidos/as en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) describen la competencia profesional del personal facultativo que les atiende a lo largo de su proceso asistencial.

Métodos: 147 pacientes crónicos de diferentes procesos asistenciales y sus familiares. Investigación cualitativa con grupos focales y entrevistas en profundidad, realizadas en centros de salud y consultas externas de Granada, Málaga, Sevilla, Cádiz y Córdoba, entre 2007 y 2008. Análisis de contenido con Nudist Vivo.

Resultados: Las personas participantes definen la competencia médica enlazando elementos de habilidad y conocimientos técnicos (tener conocimientos e interés por la enfermedad, mantener una continuidad en la atención mediante seguimientos correctos o solicitar las pruebas precisas) con otros relacionales, tanto sobre comunicación e información (informar, escuchar, confiar, estimular las preguntas) como sobre trato (humanidad, amabilidad, respeto, interés, cercanía). En la valoración de la asistencia en atención primaria, las expectativas incluyen relación cercana, trato personalizado, información, gestión de recetas y baja laboral, y derivación al/a la especialista. Sobre las consultas de especialidad destaca acertar diagnóstico y tratamiento, informar y hacer un seguimiento del/de la paciente. En el servicio de urgencias se valoran especialmente el alivio de los síntomas, acertar el diagnóstico, ser derivado al/a la especialista y recibir un trato humano.

Conclusiones: Las necesidades y las expectativas de los/as pacientes crónicos/as hacia la competencia médica se organizan en torno a habilidades técnicas y relacionales.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Definition of medical competence. The point of view of chronically-ill patients in the Andalusian public healthcare system (Spain)

A B S T R A C T

Objective: To identify the attributes used by chronically-ill patients to describe physicians' competence in the public healthcare system in Andalucía.

Methods: A total of 147 chronically-ill patients and their relatives were included in this qualitative study. Focal groups and in-depth interviews were performed in health centers and outpatient centers in Granada, Malaga, Seville, Cadiz and Cordoba between 2007 and 2008. Content analysis was carried out using Nudist Vivo.

Results: The participants defined medical competence as combining elements of technical ability and knowledge (awareness of and interest in the disease, continuity of follow-up and requesting specific tests) with interpersonal skills related to communication, information (informing, listening, trust, prompting questions) and attention (courtesy, cordiality, respect, interest and approachability). Primary care was expected to provide a close relationship, personalized treatment, information, drug prescription, and referral to specialized care. Specialized care was expected to provide an accurate diagnosis and appropriate treatment, information and follow-up. Highly valued aspects of emergency care were symptom relief, accurate diagnosis, referral to specialists and courtesy.

Conclusions: Chronically-ill patients based their evaluation of medical competence on technical and interpersonal skills.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La figura del/de la paciente ha recibido una especial atención en los últimos años, a medida que se ha avanzado hacia un modelo de paciente informado/a, interesado/a y activo/a en el manejo y la evolución de su enfermedad o dolencia¹. Los/as pacientes

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: alina.danet.easp@juntadeandalucia.es (A. Danet Danet).

crónicos/as, con una trayectoria prolongada dentro del sistema sanitario, son actores sociales con especial interés e implicación en su proceso asistencial. Su colaboración con los/as profesionales sanitarios puede aportar importantes beneficios a ambas partes, siempre que se enfoque como una relación activa, que optimice los cuidados médicos². La participación de la persona enferma se asocia con una mejor comunicación, educación y conocimiento. Además, puede ser una forma adecuada para elaborar y adaptar las estrategias de mejora de la calidad del sistema asistencial³. Conocer el punto de vista de los/as pacientes sobre la interacción con los/as médicos/as puede aportar claves importantes para mejorar el proceso asistencial, la satisfacción de los/as usuarios/as, el trabajo médico y los resultados en salud. La participación del/de la paciente en su proceso asistencial tiene diversos grados de implicación y describe tres dimensiones básicas⁴: la relación asistencial con un enfoque centrado en la persona⁵, el flujo de información⁶ y la toma de decisiones compartida⁷. En este marco, las habilidades médicas se han tenido que adecuar a las expectativas y necesidades de los/as pacientes y, por tanto, la relación paciente/personal médico se ha convertido en una línea prioritaria para la formación y el desarrollo de los/as profesionales y de su competencia médica.

El concepto de competencia profesional ha recibido distintas definiciones que pueden resultar útiles en su manejo. La primera se refiere al uso de conocimientos, habilidades y actitudes propias de la profesión con el fin de resolver las situaciones de su ejercicio⁸. Esta definición incorpora tanto aspectos clínicos como relacionales, docentes, de investigación y gestión⁹, y no se reduce a características personales, sino que engloba un proceso continuo de formación y experiencia¹⁰.

Una segunda definición emana de las recomendaciones del Espacio Europeo de Educación Superior que se refieren al proceso de formación del personal médico. En este marco, la explicitación de las competencias debe corresponderse con un movimiento de reflexión global, incorporando las transformaciones sociales, el impacto de nuevas tecnologías de la información y la comunicación, la gestión de la diversidad y la administración del conocimiento¹¹. El nuevo concepto de competencia que se maneja en este contexto es de «grado en que un sujeto puede utilizar sus conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio asociados a su profesión, para poder desempeñarla de manera eficaz en todas las situaciones que corresponden al campo de su práctica»¹².

En tercer lugar, durante la práctica asistencial, las competencias médicas deben corresponderse con un proceso continuo de mejora de la calidad. En el ámbito andaluz, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía iniciaron un Programa de Acreditación de Competencias¹³, que contempla el concepto de competencia como «la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las «buenas prácticas» de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean»¹⁴.

Las posibilidades metodológicas para medir la competencia médica son variadas: evaluaciones clínicas objetivas estructuradas, videgrabaciones de consultas, de *selfaudits* o de protocolos, visitas realizadas por otros profesionales, auditorías de muestras de historias clínicas, etc.^{15,16}. La característica común de estas formas de evaluación es que se realizan por expertos/as internos/as al sistema asistencial, sin incorporar la visión externa de pacientes, organizaciones, empresas o investigadores de ciencias sociales.

La necesidad de conocer la competencia médica desde perspectivas sociales y personales distintas a la sanitaria ha llevado al desarrollo de estudios e investigaciones que ponen de manifiesto las necesidades, quejas y expectativas de los/as enfermos/as crónicos/as acerca de la competencia médica. Ya desde los años 1960, diversos estudios han identificado las opiniones de enfermos/as crónicos/as acerca de la figura del/de la médico/a: capacidad de adaptarse a la personalidad y necesidad de cuidados del/de la

paciente¹⁷, atributos relacionales y comunicacionales¹⁸, y una competencia profesional adecuada¹⁹. Estudios más recientes revelan que las preocupaciones de los/as pacientes se refieren a la información recibida, el trato humano y respetuoso, y el seguimiento adecuado de la enfermedad, que tenga en cuenta el bienestar general y la salud física y emocional de las personas²⁰⁻²³. Una perspectiva similar pone de manifiesto que los/as pacientes crónicos/as necesitan un control adecuado de su enfermedad, al mismo tiempo que la atención por parte de los/as médicos/as hacia los factores ambientales y sociales que rodean al/a la paciente^{24,25}. Un tercer aspecto muy valorado por los/as pacientes con enfermedades crónicas se refiere a la importancia de un seguimiento cercano y continuo, que permita una relación constante y un conocimiento paulatino de la historia sanitaria del enfermo o la enferma²⁶. El estudio forma parte de una investigación más amplia, cuyo objetivo general es conocer las expectativas asistenciales de los/as pacientes crónicos/as atendidos/as en el SSPA.

El objetivo de este trabajo es identificar los atributos con los cuales los/las pacientes crónicos/as atendidos/as en el SSPA describen la competencia profesional del personal facultativo que les atiende a lo largo de su proceso asistencial.

Métodos

Diseño

Estudio cualitativo mediante entrevistas en profundidad y grupos focales.

Población de estudio y muestra

La población de estudio incluye pacientes con enfermedades crónicas, atendidos/as en el SSPA, y sus familiares, participantes en sucesivos estudios sobre calidad percibida y expectativas de pacientes. El muestreo fue teórico, partiendo del perfil de pacientes, definido en siete procesos asistenciales de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (tabla 1) para cada una de las enfermedades crónicas, respetando la heterogeneidad de sexo, edad, medio rural y urbano, tiempo de evolución, grados de gravedad y trayectoria asistencial. La muestra incluye familiares de pacientes de los procesos de dolor torácico y diabetes mellitus, que se seleccionaron según proceso con un circuito asistencial complejo y largo, cuya vía de entrada suele ser el servicio de urgencias y que continúa a menudo con hospitalización y rehabilitación, cuyo límite final es el seguimiento ambulatorio a largo plazo, tanto en atención primaria como en especializada (dolor torácico)²⁷, necesidad de cuidados y (auto)observación que reclaman el apoyo e implicación familiar constante²⁸ (diabetes).

El contacto con los/as participantes se ha realizado, por bola de nieve en cada centro, a través de los equipos de profesionales sanitarios de hospitales, centros de salud y centros de consultas externas de Málaga, Sevilla, Córdoba, Granada y Cádiz: neurología (cefaleas/migrañas, fibromialgia), traumatología (artrosis), rehabilitación (artrosis, accidente cardiovascular), reumatología (fibromialgia, artrosis), psiquiatría (cefaleas/migrañas, fibromialgia), osteopatía (fibromialgia), cardiología (marcapasos, accidente cardiovascular, dolor torácico), oftalmología (diabetes, fibromialgia), endocrinología (diabetes), otorrinolaringología (fibromialgia), cuidados intensivos (accidente cardiovascular, marcapasos, dolor torácico) y anestesiología (para procesos asistenciales que requieren intervención quirúrgica).

Tras informar acerca de los objetivos del estudio y garantizar la confidencialidad de los datos, los equipos médicos concertaron citas individuales o grupales con las personas que habían aceptado participar en el estudio. Los/as participantes firmaron un

Tabla 1
Participantes, técnica empleada, lugar y fecha

Proceso asistencial	Técnica empleada	Nº total y rol participantes	Sexo participantes	Intervalo edad participantes	Centro sanitario de contacto	Criterios de inclusión
Cefaleas/migrañas 17 participantes	6 entrevistas	6 pacientes	3 mujeres 3 hombres	17-66 años	Consulta de neurología Ambulatorio Cartuja HU Virgen de las Nieves, Granada	Acudir a consulta durante las 2 semanas consecutivas en que se realizó el trabajo de campo
	2 entrevistas	2 pacientes	1 mujer 1 hombre	35-53 años	Consulta de neurología Ambulatorio Cartuja HU Virgen de las Nieves, Granada	Acudir a consulta durante las 2 semanas consecutivas en que se realizó el trabajo de campo
	1 grupo focal	3 pacientes 1 familiar	4 mujeres	30-54 años	Servicio de urgencias	Acudir al servicio de urgencias durante las 2 semanas consecutivas en que se realizó el trabajo de campo
	1 grupo focal	5 pacientes	3 mujeres 2 hombres	28-67 años	Consulta de cefaleas HU Virgen del Rocío, Sevilla	Acudir a consulta durante las 2 semanas consecutivas en que se realizó el trabajo de campo
Accidente cardiovascular 11 participantes	11 entrevistas	11 pacientes	4 mujeres 7 hombres	40-71 años	HU Reina Sofía, Córdoba Consultas externas e ingresados en planta HU San Cecilio, Granada	Haber sufrido un ACV en el último año o estar ingresado en ese momento por haber sufrido un ACV
Dolor torácico 36 participantes	2 grupos focales con pacientes 2 grupos focales con familiares	19 pacientes 17 familiares	19 mujeres 17 hombres	47-74 años	Hospital de Valme, Sevilla Hospital Virgen de la Victoria, Málaga	Pacientes postinfarto en los últimos 2 años y sus familiares
Artrosis de rodilla y cadera 20 participantes	2 grupos focales con pacientes	11 pacientes	12 mujeres 8 hombres	41-75 años	Consultas externas HU Puerta del Mar, Cádiz	Pacientes menores y mayores de 50 años (se diferenció en los grupos focales) Tiempo de evolución variable
	1 grupo focal con pacientes en seguimiento en atención primaria	9 pacientes	6 mujeres 3 hombres	52-82 años	Centro de Salud Puerto Real, Cádiz	Pacientes en seguimiento por artrosis con distinto proceso asistencial y tiempo de evolución
Fibromialgia 21 participantes	3 grupos focales	21 pacientes	20 mujeres 1 hombre	33-62 años	Centro de Salud de la Chana, Granada Duque del Infantado HU Virgen del Rocío, Sevilla C.S. Zaidín sur, Granada	Pacientes diagnosticados de fibromialgia en los últimos 2 años
Marcapasos 11 participantes	1 grupo focal	11 pacientes	3 mujeres 8 hombres	45-80 años	Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga)	Pacientes a quienes se había implantado un marcapasos en los últimos 2 años
Diabetes mellitus tipos I y II 31 participantes	4 grupos focales (2 con pacientes tipo I y 2 con pacientes tipo II)	17 pacientes 14 familiares	16 mujeres 15 hombres	16-80 años	Consultas externas Hospital Reina Sofía, Córdoba, y Hospital Virgen de las Nieves, Granada Centro de Salud de Camas, Sevilla Centro de Salud La Chana, Granada	Pacientes en seguimiento por diabetes I o II y tiempo de evolución mínimo de 2 años para la diabetes I y de 3 años para la diabetes II

Tabla 2
Guión de las entrevistas individuales y grupales

Tema	Aspectos/preguntas
Estado de salud	¿Cómo se encuentra? ¿Cómo describiría su estado de salud?
Enfermedad y tratamiento	¿Cómo vive su enfermedad? Describa su enfermedad: dolor, vida diaria, grado de dependencia, conocimiento, confianza... Describa su tratamiento: efectividad, comodidad, precio...
Diagnóstico	¿En qué momento del proceso asistencial le dieron el diagnóstico? ¿Cómo le comunicaron el diagnóstico? Describa las pruebas que le realizaron: tiempo en lista de espera, especialidades, tiempo transcurrido en conocer los resultados, información...
Atención primaria	Describa y valore la atención recibida en la consulta del médico de familia: información, interés, trato, comunicación (escuchar, adaptar el lenguaje, dar oportunidad de preguntar), derivación a atención especializada, gestión de recetas y baja... ¿Cuáles son sus expectativas para la consulta de atención primaria? ¿Cómo describiría un(a) buen(a) médico(a) de familia?
Atención especializada	Describa y valore la atención recibida en la consulta de atención especializada: accesibilidad, interés, información, trato, comunicación (escuchar, adaptar el lenguaje, dar oportunidad de preguntar), pruebas, tratamiento, seguimiento... ¿Cuáles son sus expectativas para la consulta de atención especializada? ¿Cómo describiría un(a) buen(a) facultativo(a) de atención especializada?
Servicio de urgencias	Describa y valore la atención recibida en el servicio de urgencias: información, trato, comunicación, pruebas, derivación, informes... ¿Cuáles son sus expectativas cuando acude al servicio de urgencias?

consentimiento informado y el estudio recibió la aprobación del comité ético del centro investigador.

Técnicas cualitativas utilizadas y trabajo de campo

Diecinueve entrevistas en profundidad y 17 grupos focales, realizados entre 2007 y 2008, con un total de 147 participantes (pacientes y familiares) (tabla 1). La elección de una u otra técnica de investigación se correspondió con la disponibilidad de los/as participantes y dependió también del estado de salud y de los requerimientos personales de los/as pacientes y sus familiares (movilidad, disponibilidad horaria, deseo de mayor intimidad).

Las entrevistas y los grupos focales fueron realizados por dos investigadores/as (un/a mediador/a y un observador/a), previa obtención del consentimiento informado, a partir de un guión semiestructurado, previamente establecido y común para todos los procesos asistenciales, que incluía preguntas sobre la competencia profesional de médicos/as de atención primaria, atención especializada y servicio de urgencias (tabla 2). La duración de las entrevistas osciló entre 1,5 y 3 horas; se grabó el contenido en audio y posteriormente se transcribió literalmente.

Análisis de datos

El análisis de contenido lo realizaron dos investigadores/as en paralelo, con ayuda del programa informático Nudist Vivo, usando como mecanismo de saturación la aparición de información redundante sobre cada uno de los procesos asistenciales. El número de entrevistas personales y grupales se decidió en función de este criterio, aunque había una previsión inicial de un número aproximado de participantes, en torno a 12-15 personas por cada proceso. Se creó un árbol de categorías analíticas emergentes que permitió la organización y la codificación conceptual de la información. Los atributos de la competencia profesional se extrajeron de la valoración y de las expectativas que expresaban los/as pacientes en sus discursos.

Resultados

Las tablas 3 a 5 incluyen *verbatim* de los/as pacientes para los distintos procesos asistenciales. La competencia del/de la médico/a se construye, en opinión de los/as pacientes, alrededor de las capacidades técnicas y relacionales, concediendo a ambas una importancia similar. Las competencias técnicas incluyen

conocimiento e interés por la enfermedad, establecimiento de un diagnóstico correcto, pruebas clínicas y tratamientos adecuados, adecuación del seguimiento y continuidad de la asistencia.

El interés por la enfermedad se valora especialmente en los procesos cuyo diagnóstico ha sido tardío o confuso (tabla 3):

- «Que mostrara interés» (mujer, 62 años, Sevilla, fibromialgia).
- «Que estén constantemente estudiando y al tanto de los últimos avances en medicina» (mujer, 39 años, madre de niña con migrañas, cefaleas/migrañas).

El diagnóstico aparece como eje fundamental que condiciona tanto la percepción del personal médico como la vivencia de la enfermedad y las expectativas sobre información y comunicación en todos los niveles asistenciales:

- «Uno va con un diagnóstico, que sabe lo que tiene, y que luego parezca que no se lo toman en serio, pues no sienta bien. Si es algo que tú sabes que es grave, pues que lo tomen en cuenta» (hombre, 43 años, Granada, ACV).
- «Cuando tu hija tiene diabetes, te cambia la vida. Y más si te dicen que la niña se puede morir o quedar ciega o lo que sea... Ya no puedes estar como antes, tranquila, ya quieres que te miren bien y que te respondan a todo lo que quieres saber» (mujer, 42 años, madre de niña con diabetes, Granada).

En los procesos dolorosos (tabla 3), la principal expectativa es la reducción del dolor, mientras que en los procesos de ACV, dolor torácico y marcapasos (tabla 5) la necesidad principal que expresan los/as participantes se refiere a la disminución del riesgo para la vida y al control del curso de la enfermedad.

El aspecto relacional tiene un componente de habilidades comunicacionales e información y otro de trato. Las expectativas relacionadas con la comunicación se refieren a informar, escuchar, confiar en la descripción de los síntomas que hace el/la enfermo/a, dar la oportunidad de expresarse y participar en el proceso.

Según los/as pacientes, la información debe ser de calidad y en cantidad suficiente, usando un lenguaje sencillo, adaptado a cada persona, evitando el tono dramático y la táctica del miedo. Cuando los/as participantes perciben un riesgo para la vida (especialmente diabetes, ACV y dolor torácico) (tablas 4 y 5), sus expectativas en cuanto a la información aumentan, mientras que en los procesos

Tabla 3
Características de la competencia médica en los procesos de cefaleas/migrañas, artrosis y fibromialgia

Competencia médica	Citas
Diagnóstico rápido y tratamiento efectivo contra el dolor	- «Yo valoro mucho que te toque un neurólogo que dé con el tratamiento» (mujer, 33 años, Granada, cefaleas/migrañas) - «Que te den soluciones, yo lo que quiero son soluciones para los dolores de ahora, no los de los 70 años, a los 70 años Dios verá, soluciones ahora...» (mujer, 47 años, Cádiz, artrosis) - «23 años estuve yo dando vueltas de un médico a otro y que ninguno sepa decirme lo que tengo, eso no es normal... Si es que yo no pedía más, nada más que me dijeran qué era lo que yo tenía y cómo podía superar eso» (mujer, 43 años, Sevilla, fibromialgia)
Informar y escuchar, incorporar su conocimiento personal, confianza en el/la paciente	- «Lo que hace el doctor G. Lo primero escuchar al paciente, una persona que le duela la cabeza, tiene que decir cómo le duele la cabeza, porque a cada persona le duele la cabeza de una forma distinta, tiene que decir cómo le duele y él tiene que ver a ese enfermo de dónde le viene ese dolor de cabeza» (mujer, 52 años, Sevilla, cefaleas/migrañas) - «Me sentía comprendida» (mujer, 28 años, Sevilla, cefaleas/migrañas) - «A una amiga le han dicho que no podía comer chocolate, a otra cosas con vinagre, cosas fuertes, y a mí el médico me dijo 'es que cada uno tiene que ver de lo que le da'» (mujer, 32 años, Sevilla, cefaleas/migrañas) - «Me miró muy bien y me explicó muy bien -es que tú tienes este problema muy grande en las piernas, pero no te preocupes- y por eso es muy buena, te explica todo y te tranquiliza» (mujer, 62 años, Cádiz, artrosis) - «Me trata como persona, como enfermo, me atiende de maravilla...» (mujer, 45 años, Cádiz, artrosis) - «Primero que confíe en mí, porque el médico que tenía antes decía que los dolores eran imaginaciones mías... Si no confía en lo que le digo, de nada me sirve ir a verlo» (mujer, 53 años, Granada, fibromialgia) - «Mucho apoyo, comprensión, que te escuchen y te entiendan, porque tú sientes que te estás muriendo sin morirte, se te va la vida sin saber explicar, y que además si notas que alrededor no le dan demasiada importancia, te sientes aún peor» (mujer, 37 años, Sevilla, fibromialgia)
Adaptar el tratamiento a las condiciones personales del/ de la paciente	- «Y él (el médico) estudia cómo le van las medicinas a cada persona. Yo creo que es de las personas que estudia al enfermo, no a la enfermedad, sino al enfermo, que la enfermedad en una persona es de una forma y en otras personas de otra forma...» (mujer, 42 años, Granada, cefaleas/migrañas) - «Yo lo que pienso es que no quiero entrar en el quirófano, el quirófano que sea lo último, porque yo no puedo estar 2 semanas o lo que sea sin hacer mis cosas en la casa, cuidar los niños, que tengo mis compromisos que no puedo dejar. Y tienen que ver eso, que una necesita otros tratamientos o rehabilitación o lo que sea, pero no operarse...» (mujer, 45 años, Cádiz, artrosis) - «Trabajaba con jornada partida, asistía a cursos, tenía una vida profesional muy activa, una vida familiar también, todo eso. Y el dolor ha sido progresivo, en aumento, eso ha sido indudable. Y cuando me diagnosticaron la fibromialgia, yo pensé 'qué hago ahora con mi vida', porque los tratamientos eran de mucha relajación y tranquilidad, yoga, esas cosas... y el médico lo entendió y lo hizo con paciencia, poco a poco, me fue recomendando qué hacer» (mujer, 45 años, Granada, fibromialgia)

dolorosos se recalca la importancia de ser escuchado/a y poder participar en la toma de decisiones sobre tratamientos (tabla 3).

El trato amable que los/as pacientes esperan se caracteriza por una relación de confianza, cercana y continua, agradable, empático, comprensivo y respetuoso, y mostrando interés por la historia clínica y social del/de la enfermo/a.

Muchas de las personas entrevistadas resumen los atributos relativos al trato demandado diciendo que sus médicos/as deben mostrar «humanidad».

Pese a que la definición de la competencia médica se basa, en todos los procesos asistenciales, en las habilidades técnicas y comunicativas, sí se observan matices según la enfermedad crónica que se padece (tablas 3-5).

No aparecen diferencias marcadas en las características que definen al buen profesional facultativo en función del nivel asistencial donde trabaje: atención primaria, atención especializada o urgencias. Sólo en el caso de atención primaria se les pide la gestión

de los aspectos sociales (bajas laborales), derivación a especialistas y recetas, mientras que las expectativas para los profesionales de urgencias son de mayor competencia técnica específica en distintas enfermedades o presencia de especialistas en este tipo de servicios:

- «Los médicos de cabecera están para recetar» (mujer, 55 años, Málaga, marcapasos).
- «El médico de cabecera me mandó unas pastillas, y como no se me quitaba, pues me mandó aquí, aunque tardó un poco en madarme al neurólogo» (mujer, 33 años, Granada, cefaleas/migrañas).

En cuanto a las diferencias entre las opiniones de hombres y mujeres entrevistados/as, se observa que las mujeres insisten más en la necesidad de ser escuchadas y de participar en el proceso de toma de decisiones. Familiares y pacientes mantienen discursos similares.

Tabla 4
Características de la competencia médica en los procesos de diabetes

Competencia médica	Citas
Mostrar conocimientos y habilidades	- «El médico de cabecera muestra mucho interés, él es pediatra, no sabe mucho de niños diabéticos, creo que la mía es la única que tiene. Pero le pone interés el hombre, es una excelente persona, busca, pregunta a otros, no sé, pero me da siempre respuestas» (mujer, madre de niña diabética, 42 años, Granada)
Informar sobre enfermedad y tratamiento	- «El médico tiene que informar, que yo me compré un libro en un puesto aquí en la plaza, sobre diabetes. Y yo me he enterado mejor del libro que de lo que me dijo el médico, y eso no puede ser» (hombre, 45 años, Granada) - «El médico me ha explicado las consecuencias de la diabetes y cómo se produce y lo del tabaco, me ha hecho un pequeño esquema dibujado, me lo ha explicado todo muy bien» (hombre, 45 años, Sevilla)
Flexibilidad y capacidad de adaptación a las características de los/as pacientes (edad, actividad laboral o formativa, características psicosociales)	- «Siempre me dicen que tengo que adelgazar, pero yo soy así de caderas anchas, los huesos me pesan mucho y yo no me puedo quedar en 60 kg como dicen ellos... y me hunden. Y ahora embarazada, sólo me dicen 'tú, con tu azúcar, tienes que perder peso...» (mujer embarazada, 32 años, Granada) - «A mí me dijo (la doctora) 'mire, a mí me da igual lo que usted me diga, me da igual que hace mal tiempo, a mí eso me trae sin cuidado, si hace mal tiempo se pone un casco y se pone unas botas de agua, pero la niña tiene que andar y un niño/a diabético después de las 8 de la mañana no puede estar acostado'. Y digo yo, pero si es una niña...» (mujer, madre de niña diabética, Granada)

Tabla 5

Características de la competencia médica en los procesos de accidente cardiovascular, dolor torácico y marcapasos

Competencia médica	Citas
Diagnóstico y tratamiento correctos	- «El médico que me vio, quizás equivocado por cualquier motivo, dijo que era embriaguez, (...) el diagnóstico mal desde el principio, me trataban, ya te digo como si fuera un borracho. Y hombre, lo que uno pide por lo menos es que te digan qué tienes» (hombre, 43 años, Granada, ACV) - A mí llegó (el médico) a decirme que son ataques epilépticos. Entonces yo no entiendo de medicina, ni soy médico, pero yo sabía que tenía otra cosa» (mujer, 55 años, Málaga, marcapasos)
Disminución de la sensación de riesgo y control de la enfermedad	- «Hombre, ya te asustas, ya cada vez que te mareas un poco piensas que tienes algo gordo. Y el tratamiento tiene que ser para eso, ¿no? Para que no te vuelva a dar algo gordo» (hombre, 70 años, Granada, ACV)
Trato amable y humano	- «Son muy amables y yo eso creo que vale mucho. Hay personas que son más amables, más cariñosas que otras, y entonces, pues siempre la persona que esté aquí pues agradece eso bastante, te da otro ánimo y otra cosa. Una persona que va a su trabajo y te pregunta, eso vale mucho. (...) Yo eso lo valoro mucho, porque el que está enfermo lo que necesita es eso, mucho ánimo» (hombre, 40 años, Córdoba, ACV)
Información	- «A mí me explicaban todo lo que pasaba y se portaron muy bien y contándome lo que tenía, lo que me podía pasar...» (hombre, 70 años, Granada, ACV) - «Él (el médico) me lo ha dicho todo, me llamó por teléfono a casa para decírmelo» (hombre, 70 años, Córdoba, ACV) - «Lo que necesito es una buena comunicación, que me mire a los ojos, que sepa quién soy y qué es lo que me pasa» (hombre, 50 años, Sevilla, dolor torácico) - «Yo era muy joven y no sabía de nada, no sabía lo que era el marcapasos y me asusté mucho... y que te digan lo que es, es importante, porque es una operación de corazón, es algo grave...» (mujer, 55 años, Málaga, marcapasos)

Discusión

Las personas participantes definen la competencia médica enlazando elementos de habilidad y conocimientos técnicos (tener conocimientos e interés por la enfermedad, acertar en los diagnósticos y tratamientos, mantener una continuidad en la atención con seguimientos correctos o solicitar las pruebas precisas) con otros relacionales, referidos a la comunicación y a la información (informar, escuchar, confiar, estimular las preguntas) y al trato (humanidad, amabilidad, respeto, interés, cercanía). Conocer los resultados de este estudio es fundamental para definir las líneas de actuación encaminadas a la mejora de la competencia médica, tanto en su aspecto educacional como de formación continuada, con el objetivo final de aumentar la satisfacción de los/as pacientes.

Las limitaciones del estudio son las propias del uso de una metodología cualitativa, que ofrece resultados no generalizables al resto de la población, pero sí representativos de la visión de los/as pacientes. Gran parte de la bibliografía disponible emplea técnicas cualitativas para estudiar la visión de los/as pacientes, lo que refuerza la adecuación de dicha metodología a las características de este tipo de investigación.

Los resultados de nuestro estudio muestran coherencia con las conclusiones de investigaciones paralelas que subrayan la importancia que los/as enfermos/as crónicos/as otorgan a la calidad asistencial de los/as médicos/as, lo que incluye competencia técnica, habilidades interpersonales y continuidad en el cuidado^{29,30}.

La construcción de la competencia médica en torno a habilidades técnicas y relacionales es congruente con los resultados de estudios realizados en ámbitos geográficos y socioculturales diferentes. El conocimiento, la experiencia, el proceso de aprendizaje y de mejora continua, así como la calidad del trato personal y la comunicación³¹, vertebran en general la visión de los/as pacientes sobre la competencia médica en el ámbito de las sociedades occidentales. Los aspectos relacionales han adquirido un especial protagonismo en el encuentro entre el personal médico y la persona atendida, lo que configura nuevas expectativas por parte de los/as pacientes, crea un efecto de humanización de la asistencia y reclama la necesidad de adaptación del profesional^{21,22,25,32}.

Uno de los aspectos relevantes de nuestro estudio se refiere a la homogeneidad en las opiniones de los/as pacientes con enfermedades crónicas diversas. No se observan diferencias marcadas entre los aspectos que definen la competencia médica, aun cuando los discursos provienen de pacientes con enfermedades y trayectorias sanitarias diferentes. Sin embargo, sí se observa que la vivencia del diagnóstico y del proceso salud/enfermedad, especialmente si

es doloroso o implica percepción de riesgo para la vida, influye en las expectativas de los/as pacientes. Ante los procesos dolorosos, el aspecto relacional adquiere especial importancia, ya que la búsqueda de información es una de las estrategias de afrontamiento más comunes para hacer frente al dolor³³. En función del sexo de los/as participantes se observa que las mujeres necesitan en mayor medida ser escuchadas en las consultas, aunque este dato puede deberse a la mayor prevalencia de enfermedades con diagnóstico tardío y confuso (fibromialgia y cefaleas/migrañas) entre las mujeres. Todos y todas destacan en mayor medida la importancia de una atención humana e integral²⁰, la relación, la información y el trato, siempre acompañados de un conocimiento y una actuación médica apropiados^{20-23,25,34}. Entendida de esta manera, la competencia médica que definen los/as pacientes se ajusta a la visión de los/as profesionales que la describen como una serie de valores, comportamientos y relaciones que forman la base de la confianza que la ciudadanía deposita en el personal médico³⁵.

El hecho de que los/as pacientes entrevistados/as tengan una imagen dual acerca de la competencia médica (conocimientos técnicos y relación humana) podría corresponderse con una forma dialéctica de entender la asistencia sanitaria, centrada en el/la paciente como eje central y en segundo lugar en la enfermedad o dolencia que lleva a la visita médica. Sin embargo, los/as pacientes crónicos/as de este estudio refieren que la atención médica no debe limitarse a la suma de conocimiento sobre una enfermedad y un cuerpo, sino también responder a las necesidades de información, comunicación y emocionales de cada persona y su entorno sociocultural, teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad que el/la paciente experimenta en el encuentro sanitario^{21-23,25,33}. La capacidad del/de la profesional facultativo/a de adaptarse a los requerimientos y características del/de la paciente, así como la calidad del trato (respeto, amabilidad, cercanía), se convierten de esta manera en un condicionante importante de la satisfacción de la población atendida³⁶ y se relacionan con una comunicación más eficaz en la consulta³⁷.

Las necesidades y las expectativas de los/as pacientes crónicos/as hacia la competencia médica se refieren a las habilidades técnicas y relacionales, son homogéneas en los procesos crónicos estudiados y deben considerarse prioritarias en la labor de maximizar la calidad de la atención, tanto en su aspecto formativo como en el asistencial.

Contribuciones de autoría

M.A. Prieto y M. Escudero diseñaron el protocolo de la investigación. A. Ruiz, O. Pérez y N. García recogieron y analizaron los

¿Qué se sabe acerca del tema?

Los/as pacientes crónicos/as tienen expectativas específicas en cuanto a la atención sanitaria y a los atributos del personal médico que les atiende, incluyendo la adecuación de los tratamientos, la calidad de la información recibida, la comunicación y el trato humanizado. Es necesario indagar en la definición de la competencia médica, con el fin de adaptar las medidas y actuaciones sanitarias a las opiniones de los/as pacientes crónicos/as.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Para los/as pacientes crónicos/as, la competencia médica enlaza elementos de habilidad y conocimientos técnicos con atributos de relaciones de comunicación y trato. Para responder a las necesidades de los usuarios deben plantearse estrategias de mejora de la atención en las dos direcciones señaladas.

datos. A. Danet realizó la búsqueda bibliográfica y la redacción del manuscrito. Todas las autoras participaron en la interpretación y la discusión de los datos, y revisaron la versión final del texto.

Financiación

Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Jovell AJ. El paciente del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29:85-90.
- Badcott D. The expert patient: valid recognition or false hope? *Med Health Care Philos.* 2005;8:173-8.
- Baker SM, Marshak HH, Rice GT, et al. Patient participation in physical therapy goal setting. *Phys Ther.* 2001;81:1118-26.
- Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic D, et al. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns.* 2007;68:33-42.
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288:2469-75.
- Roter D. Which facets of communication have strong effects on outcomes - a meta-analysis. En: Stewart M, Roter D, editores. *Communicating with medical patients.* Newbury Park: Sage Publications; 1989. p. 183-96.
- Say R, Murtagh M, Thomson R. Patients' preferences for involvement in medical decision making: a narrative review. *Patient Educ Couns.* 2006;60:102-14.
- Kane MT. The assessment of professional competence. *Education and the Health Professions.* 1992;15:163-82.
- Thomas Mulet V. Evaluación de la competencia, reto o necesidad. *La visión desde Semfyc. Jano.* 2002;62:14-5.
- Lesser CS, Lucey CR, Egener B, et al. A behavioral and systems view of professionalism. *JAMA.* 2010;304:2732-7.
- Palomino PA, Frías A, Grande ML, et al. El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. *Index Enferm.* 2005;14:50-3.
- Blay P. Evaluación de la competencia profesional. ¿Están cambiando los tiempos? *Aten Primaria.* 1995;16:8-10.
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Programas de Acreditación de Competencias Profesionales. [Internet.] Junta de Andalucía: Consejería de Salud. (Actualizado el 9/10/2008; consultado el 15/1/2011.) Disponible en: http://www2.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas-de-acreditacion/profesionales/competencias_profesionales.html
- Ley de cohesión del Sistema Nacional de Salud. L.Nº 16/2003. (28 May 2003).
- Martín Zurro A. Objetivos y métodos de evaluación de la competencia profesional: a vueltas con la pirámide de Miller. *Med Clin (Barc).* 2006;127:293-4.
- Overeem K, Faber MJ, Arah OA, et al. Doctor performance assessment in daily practice: does it help doctors or not? A systematic review. *Medical Education.* 2007;4:1039-49.
- Cartwright A. Patients and their doctors: a study of general practice. New York: Atherton Press; 1967, 295 p.
- Friedson E. Patients' views of medical practice. New York: Sage Publications; 1961. p. 268.
- Sussman M. The walking patient: a study of outpatient care. Cleveland: The Press of the Case Western Reserve University; 1967. p. 388.
- Ruiz R, Rodríguez J, Perula L, et al. Problemas y soluciones en la atención de enfermedades crónicas. Estudio cualitativo con pacientes y médicos. *Aten Primaria.* 2006;38:483-9.
- Escudero Carretero MJ, García Toyos N, Prieto Rodríguez MA, et al. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumat Clin.* 2010;6:16-22.
- Escudero Carretero MJ, Prieto Rodríguez MA, Fernández Fernández I, et al. Expectations held by type 1 & 2 diabetes mellitus patients and their relatives: the importance of facilitating the healthcare process. *Health Expectations.* 2007;4:337-49.
- Prieto MA, Suess A, March JC. Las expectativas de los/as pacientes en 12 procesos asistenciales del sistema sanitario público de Andalucía. En: Consejería de Salud. Premios de Investigación en Salud 2004-2005. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
- Rameckers E. Using health outcomes data to inform decision-making: patient perspective. *Pharmacoeconomics.* 2001;19:53-5.
- Escudero Carretero M, Prieto Rodríguez MA, Fernández Fernández I, et al. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. *Aten Primaria.* 2006;38:8-18.
- Cocksedge S, Greenfield R, Nugent GK, et al. Holding relationships in primary care: a qualitative exploration of doctors' and patients' perceptions. *Br J Gen Pract.* 2011;61:484-91.
- Proceso asistencial integrado, angina estable (dolor torácico). Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2007. (Consultado el 13/1/2012.) Disponible en: http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3.p_3.procesos_asistenciales_integrados/angina_estable/02_definicion_global_angina_estable.pdf
- Proceso asistencial integrado, diabetes mellitus. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2011. (Consultado el 13/1/2012.) Disponible en: http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion.General/p_3.p_3.procesos_asistenciales_integrados/pai/diabetes_mellitus.v3?perfil-org
- Infante FA, Proudfoot JG, Powell DG, et al. How people with chronic illnesses view their care in general practice: a qualitative study. *Med J Aust.* 2004;181:70-3.
- Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, et al. Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *J Adv Nurs.* 2009;65:1019-28.
- Kirsh SR, Aron DC. Integrating the chronic-care model and the ACGME competencies: using shared medical appointments to focus on systems-based practice. *Qual Saf Health Care.* 2008;17:15-9.
- Redondo A, Bolaños E, Almaraz A. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Aten Primaria.* 2005;36:358-63.
- Soucase B, Monsalve V, Soriano JF, et al. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor.* 2004;11:45-51.
- González Pérez R, Gijón Sánchez T, Escudero Carretero M, et al. Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. *Rev Cal Asist.* 2008;23:101-8.
- Working Party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. *Medical professionalism in a changing world.* Clin Med. 2005;5:5-40.
- Paez KA, Allen JK, Beach MC, et al. Physician cultural competence and patient ratings of the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med.* 2009;24:495-8.
- Beach MC, Roter DL, Wang NY, et al. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviours? *Patient Educ Couns.* 2006;62:347-54.