

Competencia clínica de médicos de seguridad social guatemaltecos para manejar hepatitis virales en atención primaria

Clinical competences for human viral hepatitis treatment of primary healthcare physicians from the Guatemalan social security system

Carlos E. Cabrera-Pivaral, Guillermo J. González-Pérez, María G. Vega-López, Juan J. Recinos-Girón, Ana M. Valle-Barbosa, Armando Muñoz-de la Torre y Marco A. Zavala-González

Recibido 10 octubre 2014/Enviado para Modificación 4 Agosto 2015/Aceptado 16 diciembre 2016

RESUMEN

CC: MD., Ph. D. Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. carlos_cabrera@prodigy.net.mx

GG: Lic. Sociología. Ph. D. Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. ggonzalez@cencar.udg.mx

MV: Lic. Trabajo Social. Ph. D. Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. mgvega.lopez@gmail.com

JR: MD., M. Sc. Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. juanjo212@yahoo.com.mx

AV: Lic. Historia. Ph. D. Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. mavalleb@yahoo.com.mx

AM: MD., M. Sc. Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. armandomunozdelatorre@yahoo.com.mx

AZ: MD., M. Sc. Educación. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. zgma_51083@yahoo.com.mx

Objetivo Medir la competencia clínica para el diagnóstico y manejo de hepatitis virales en médicos de primer nivel de atención a la salud.

Metodología Se efectuó un estudio transversal en el que usando un instrumento previamente validado se midió la competencia y posteriormente se comparó entre médicos adscritos a diversas unidades médicas de atención primaria a la salud (UMAPS) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). La información fue analizada mediante estadística descriptiva e inferencial no paramétrica. Se evaluaron 104 médicos de 5 UMAPS del IGSS.

Resultados Se encontró un nivel muy bajo de competencia clínica para el diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales, dentro de un intervalo de 9 a 62 puntos obtenidos en el instrumento que tiene un valor máximo teórico de 88, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre UMAPS. **Conclusiones:** Se requiere educación continua en los médicos de las UMAPS del IGSS para mejorar sus competencias en hepatitis virales.

Palabras Clave: Hepatitis viral humana, competencia clínica, atención primaria a la salud, educación continua, estudio multicéntrico (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To measure the clinical competence for diagnosis and treatment of human viral hepatitis in primary health care physicians.

Methodology Cross-sectional study in which a previously validated instrument to measure competences was used, and subsequent comparison between physicians at various primary health care units (PHCT) from the Guatemalan Institute of Social Security (GISS). This information was analyzed using descriptive and non-parametrical statistics. 104 physicians, from 5 PHCT ascribed to GISS were analyzed.

Results A low level of clinical competence for diagnosis and treatment of human viral hepatitis in this physicians group was found, within a range of 9 to 62 points obtained through an instrument with a maximum theoretical value of 88; no significant statistical difference between PHCT was found.

Conclusions PHCT physicians from require continuing education to improve their clinical competence on human viral hepatitis.

Key Words: Human viral hepatitis, clinical competence, primary health care, continuing education, multicenter study (*source: MeSH, NLM*).

Las hepatitis virales son un problema de salud pública en el mundo y en América Latina (1-6). En Guatemala, se reportó que en 2010 las enfermedades hepáticas crónicas ocuparon la tercera posición entre las causas de mortalidad, con una tasa de 25,9 por 100 000 habitantes (1,5).

El médico de atención primaria debe contar con las herramientas y competencias necesarias para atender integralmente la hepatitis viral en su nivel. La competencia clínica se expresa a través de identificación de signos y síntomas, uso de recursos diagnósticos y terapéuticos, y observación de conductas iatrogénicas (7-9). Ésta se logra mediante educación de pre- y posgrado en una institución de educación superior y de salud (7-9). En consecuencia, la identificación de hepatitis virales por los médicos de atención primaria requiere de competencia clínica que les permita reconocer la enfermedad, evaluar factores de desenlace y tomar estrategias terapéuticas (1). En este proceso, el médico debe reflexionar críticamente los casos para capitalizar su experiencia y construir su conocimiento respecto a las hepatitis virales y evitar la progresión del daño (7-9).

Hasta el año 2013 en que se realizó el presente reporte, sólo se conocía un estudio que evaluaba la competencia clínica de médicos de atención primaria para el diagnóstico y manejo de hepatitis virales en México (10), desconociéndose estudios similares provenientes de otras latitudes.

Atendiendo a este contexto epidemiológico y teórico, se realizó la presente investigación con el objetivo de medir la competencia clínica para el diagnóstico y manejo de hepatitis virales en médicos del primer nivel de atención a la salud del sistema de seguridad social guatemalteco. En aras de establecer un diagnóstico situacional que dé pie en caso de requerirse, a intervenciones de diversa índole para mejorar las competencias de este grupo sobre esta enfermedad en particular, y con ello contribuir a mejorar la calidad de la atención médica brindada a los usuarios de esta institución, que se ven aquejados por este conjunto de enfermedades infecciosas.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal en un universo de 12 unidades médicas de atención primaria a la salud (UMAPS) del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el que laboraban 350 médicos, del que se obtuvo una muestra por conglomerados, en la que, por conveniencia se seleccionaron 5 unidades (41,6 %), de las que se estudiaron a los 104 médicos adscritos (100 %).

Se evaluó la competencia clínica, definiéndola como una cualidad de las acciones de diagnóstico y tratamiento

que hace posible su perfeccionamiento e influye favorablemente en las situaciones cambiantes de la medicina y los pacientes (11). Ésta valora cuatro dimensiones: 1. Reconocimiento de factores de riesgo; 2. Integración diagnóstica; 3. Reconocimiento de indicadores clínicos, y; 4. Uso de recursos terapéuticos (11). Se incluyeron también las variables demográficas, académicas y laborales: edad, sexo, años de práctica clínica, especialidad y tipo de contratación.

La competencia clínica para el diagnóstico y tratamiento de hepatitis virales, fue evaluada usando un instrumento previamente diseñado y validado (10). Este instrumento consta de casos clínicos reales, a los que les siguen una serie de 88 preguntas en escala nominal (verdadero, falso y no sé) que exploran cada una de las dimensiones de la competencia clínica. Cada respuesta correcta (verdadera o falsa) equivale a un punto, mientras que la respuesta “no sé” es igual a cero; de tal modo que el resultado final se obtiene de la sumatoria de aciertos que se ubican en un intervalo de 0 a 88 puntos, mismo que se estratifica en cinco categorías: a) Muy bajo, <15; b) Bajo, 16-31; c) Medio, 32-47; d) Alto, 48-63; y e) Muy alto, ≥64 puntos. Este instrumento tiene un coeficiente de fiabilidad de 0,91 de acuerdo a la prueba de Kurder-Richardson (10).

La información fue recopilada de noviembre de 2012 a junio de 2013 en las UMAPS, posteriormente fue sistematizada utilizando Microsoft® Excel versión 2010 para entorno Windows®, y finalmente fue analizada empleando estadística descriptiva e inferencial no paramétrica, empleando la prueba de Kruskal-Wallis para comparar medianas entre grupos independientes, dado que se trató de datos educativos que no siguen una distribución normal, lo que no permite análisis comparativos mediante pruebas estadísticas paramétricas.

Con base en la legislación nacional vigente, dado que no se realizó intervención alguna sobre los participantes, la investigación fue considerada como sin riesgo para los participantes, por lo que no se requirió de consentimiento informado por escrito, respetándose los principios bioéticos internacionales de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

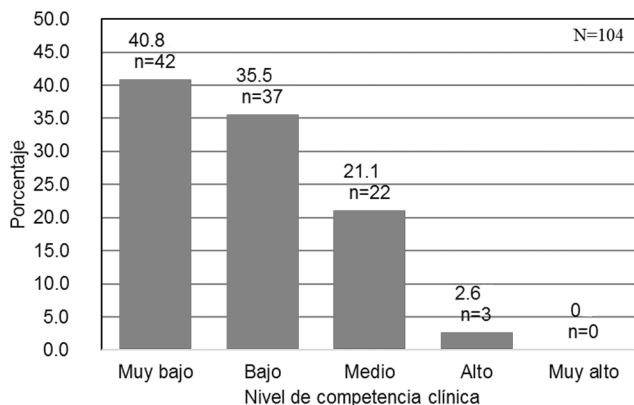
RESULTADOS

La media de edad de los 104 médicos incluidos fue de 43 años, con una desviación estándar de 19,4 años. El 56,6 % fue de sexo femenino (n=59) y el 43,4 % masculinos (n=45). El número de años promedio de práctica clínica fue de 11,9 años, con una desviación estándar de 8,3 dentro de un intervalo de 1 a 28 años. El 57,4 % refirió tener especialidad (n=60). El 74,1 % se encontró

contratado por tiempo indefinido en su UMAPS de adscripción (n=77).

Se encontró que 75 % de los médicos exhibió un nivel muy bajo o bajo de competencia y ninguno mostró un nivel muy alto. En la Figura 1, se presenta la distribución de frecuencias observada en el nivel de competencia clínica para el diagnóstico y manejo de las hepatitis virales.

Figura 1. Distribución de frecuencias del nivel de competencia clínica de los médicos del IGSS para el diagnóstico y tratamiento de hepatitis virales. Guatemala, 2012-2013



Al comparar el nivel de competencia clínica para el diagnóstico y manejo de las hepatitis virales en los médicos del IGSS según su UMAPS de adscripción, se observó que la mediana de ésta se ubicó en el nivel medio en todas, sin diferencia estadísticamente significativa entre ellas (Kruskal-Wallis, $p > 0,05$). En la Tabla 1, se exponen los estadísticos comparados.

Finalmente, se comparó por indicador el nivel de competencia clínica para el diagnóstico y manejo de las hepatitis virales en los médicos del IGSS según su UMAPS de adscripción. Se observó que, respecto al valor teórico máximo de cada indicador, la mediana más alta se encontró en el reconocimiento de indicadores clínicos y la más baja en el uso de recursos terapéuticos, sin diferencia estadísticamente significativa en ningún caso (Kruskal-Wallis, $p > 0,05$).

Tabla 1. Comparación del nivel de competencia clínica de los médicos del IGSS para el diagnóstico y tratamiento de hepatitis virales, según unidad médica. Guatemala, 2012-2013

Unidades médicas (5 UMAPS, N=104 médicos)	Mediana (Valor teórico máximo: 88)	Intervalo (Mín.-Máx.)	Kruskal-Wallis (valor de p)
Unidad A (n=24 médicos)	36.5	9-62	
Unidad B (n=19 médicos)	32	10-52	
Unidad C (n=21 médicos)	37	9-43	0.5
Unidad D (n=22 médicos)	32	12-49	
Unidad E (n=18 médicos)	35	9-54	

IGSS=Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, UMAPS=Unidades médicas de atención primaria a la salud, Mín.=Valor mínimo, Máx.=Valor máximo

Tabla 2. Comparación de indicadores de competencia clínica de los médicos del IGSS para el diagnóstico y tratamiento de hepatitis virales, según UMAPS. Guatemala, 2012-2013

Indicadores de competencia clínica	VTM	Mediana	Intervalo (Mín.-Máx.)	Kruskal-Wallis (valor de p)
Reconocimiento de factores de riesgo	21	7	1-13	0,6
Integración diagnóstica	21	9	1-21	0,6
Reconocimiento de indicadores clínicos	23	14	2-23	0,5
Uso de recursos terapéuticos	23	4	1-22	0,5

IGSS=Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, VTM=Valor teórico máximo, Mín.=Valor mínimo, Máx.=Valor máximo.

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio conocido por los autores en el que se evalúa la competencia clínica de médicos guatemaltecos de atención primaria a la salud para el manejo de las hepatitis virales en ese nivel de atención. En este sentido, los resultados de esta investigación evidencian la existencia de desconocimiento en los médicos de las UMAPS del IGSS para el diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales. Estas limitaciones, son reforzadas por la falta de ambientes favorables para la reflexión, así como por la carencia de estrategias educativas que favorezcan el desarrollo de esta aptitud (12-14), por demás necesaria, considerando el papel que las hepatitis virales juegan en la salud pública guatemalteca (1). En este tenor, las competencias clínicas para el diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales, así como de otras enfermedades, deben ocupar un lugar central en las estrategias a desarrollar en el campo de la salud, pues son esenciales para la prevención y control de enfermedades (15-17). Sin embargo, considerando los años de práctica y la predominancia del grado de especialidad entre los médicos, se podría decir que su formación de pre- y posgrado en hepatitis virales es deficiente, y que esta deficiencia podría subsanarse mediante educación médica continua (18). Para ello, los médicos deberían analizar constantemente la literatura de las enfermedades que atienden más frecuentemente y confrontarla contra su práctica clínica, discutir críticamente la literatura entre pares con base en sus experiencias, y revisar sistemáticamente sus experiencias llevando a cabo estudios observacionales y/o experimentales (19).

El problema observado en este estudio, parece no ser exclusivo del contexto guatemalteco, en virtud de que en la investigación precedentes realizada en México (10), se encontró la misma carencia de niveles óptimos de competencia clínica para el manejo de este grupo de enfermedades virales. Atendiendo a este hecho, es posible deducir que, el ambiente de trabajo en el que se desarrollan los médicos de las UMAPS del IGSS, como los del Instituto Mexicano del Seguro Social (10) probablemente no permite el desarrollo de las actividades educativas

enunciadas anteriormente, ya que ambas instituciones tienen el propósito predominante de responder a la demanda de servicios de salud, lo que, por el contrario, obstaculiza las actividades de educación e investigación en salud. Lo que, a su vez, limita las actividades académicas a un modelo enseñanza pasiva-receptiva que se maneja en un sentido vertical mediante órdenes, que en la mayoría de los casos no se cumplen (9).

Así pues, la solución de fondo al problema evidenciado a través de este reporte, requiere el replanteamiento, por una parte, del esquema de trabajo institucional en el IGSS para que su ambiente favorezca la sistematización y el análisis crítico de la experiencia clínica cotidiana de los médicos (20, 21), y por otra parte, del modelo educativo en el pre- y posgrado para que este se base en un esquema participativo que propicie la construcción del propio conocimiento por los estudiantes de medicina a partir de su experiencia (20, 22). En este sentido, desde la perspectiva del presente estudio, se espera que a mediano plazo se reorienten ambos sistemas en Guatemala.

Finalmente, en otro orden de ideas, dada la demostrada utilidad de los instrumentos para la evaluación de las competencias clínicas (23-25, en este caso en particular, para el diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales, se sugiere la difusión de su uso para la evaluación de este problema en otras enfermedades al interior del IGSS así como en otras instituciones del sistema de salud guatemalteco. Asimismo, se recomienda del perfeccionamiento de los instrumentos existentes para mejorar su fiabilidad, así como el desarrollo de instrumentos *ad hoc* para evaluar las competencias clínicas de los médicos de todos los niveles de atención a la salud para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de otras enfermedades y lesiones •

Contribuciones: CECP, GJGP y MGVL concibieron y diseñaron la investigación. CECP y JJRC aportaron el material de estudio. MGVL, JJRC, AMVB y AMDLT recolectaron y sistematizaron la información. CECP, GJGP, AMVB y AMDLT analizaron e interpretaron los datos. MAZG redactó el artículo y realizó enmiendas. MAZG condujo el proceso editorial. Todos los autores realizaron la revisión crítica del artículo y aprobaron su versión final.

Agradecimientos: A los médicos del IGSS, por su participación en el estudio; y a los revisores anónimos asignados a este manuscrito, por contribuir al enriquecimiento del mismo. Presentaciones previas: Ninguna.

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Sistema de Vigilancia Epidemiológica [base de datos]. Guatemala: Dirección de Información en Salud; 2010.
2. Riley TR, Bhatti AM. Preventive strategies in chronic liver disease. Part I. Alcohol, vaccines, toxic medications and supplements, diet and exercise. *Am Fam Physician*. 2001;64(9):1555-60.
3. González A, Rodríguez L, Fernández C, Pérez MT, Gimeno C, Bisquert J. Incidencia y factores de riesgo de Hepatitis A en la provincia de Guadalajara. *Gastroenterol Hepatol*. 2002; 25(4):230-4.
4. García R, Carrada G, Martínez CM. Hepatitis viral tipo A. *Salud en Tabasco*. 2001; 7(1):366-71.
5. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Perfil epidemiológico de la Hepatitis viral. Guatemala: Departamento de Servicios de Salud; 2010.
6. Bayas JM, Vilella A. Hepatitis víricas. *Aten Primaria*. 2002; 30(8):514-20.
7. Wimmers PF, Splinter TA, Hancock GR, Schmidt HG. Clinical competence: General ability or case-specific? *Adv Health Sci Educ Theroy Pract*. 2007; 12(3):299-314.
8. Schuller H, De Miranda A, Egger A. Health promotion in primary care: Study based on the Paulo Freire method. *Cien Saude Colect*. 2014;19(8):3553-9.
9. Ribes E. El concepto de competencia. *Revista Bordón*. 2011; 63(1):33-47.
10. Sandoval-Magaña MA, Cabrera-Pivaral CE, Guzmán-Pantoja JE, Gutiérrez-Román EA. Valoración de la aptitud clínica en médicos de familia para la atención integral de la hepatitis viral. *Aten Primaria*. 2009;41(5):289-90.
11. Jornet J. Diseños de procesos de evaluación de competencia: Consideraciones acerca de los estándares en el dominio de las competencias. *Revista Bordón*. 2011;63(1):125-47.
12. Sliwa JA, Kowalske KJ. Assessing resident clinical competence. *Am J Phys Med Rehabil*. 2000;79(5):468-73.
13. Jornet J. Diseños de procesos de evaluación de competencia: Consideraciones acerca de los estándares en el dominio de las competencias. *Revista Bordón*. 2011;63(1):125-47.
14. Spencer J, Jordan R. Educational outcomes and leadership to meet the needs of modern health care. *Qual Health Care*. 2001;10(Suppl2):ii38-45.
15. Siqueira R, Gomes AP, Santos V, De Oliveira CF, Mitre RM. Education and competences for the Brazilian Unified Health System is it possible to find alternatives to the logic of late capitalism. *Cien Saude Colect*. 2013;18(1):159-70.
16. Mislevy R. On the structure of educational assessment. *Measurement: Interdisciplinary Research and Perspective*. 2003;1(1):3-62.
17. Mislevy R, Haertel G. Implications of evidence-centered design for educational testing. *Educational Measurement: Issues and Practice*. 2006;25(4):6-20.
18. García JA, Viniestra L. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2003;41(6):487-94.
19. Baartman S. Evaluating assessment quality in competence-based education. *Educational Research Review*. 2007;2(2):114-29.
20. Rychen DS, Salganik NH. Key competences for a successful life and well functioning society. Seattle: Hogrefe and Huber, 2003.
21. Davies H, Archer J, Bateman A, Dewar S, Crossley J, Grant J, Southgate L. Specialty-specific multi-source feedback: Assuring validity, informing training. *Med Educ*. 2008;42(10):1014-2

22. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: From flexner to competences. *Acad Med.* 2002;77(5):361-7.
23. Baig L, Violato C, Crutcher R. A construct validity study of clinical competence: A multitrait multimethod matrix approach. *J Contin Educ Health Prof.* 2010;30(1):19-25.
24. Lineker SC, Bell MJ, Badley E. Evaluation of an inter-professional educational intervention to improve the use of arthritis best practices in primary care. *J Rheumatol.* 2011;38(5):931-7.
25. Robbins LR, Hoke M. Using objective structured clinical examinations to meet clinical competence evaluation challenges with distance education students. *Perspect Psychiatr Care.* 2008;44(2):81-8.