

QUÈ I COM HAUREM D'AVALUAR?

RAMON PUJOL

Servei de Medicina Interna, Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge,
Universitat de Barcelona

Fa poc temps, al mes de maig de 1995, l'assemblea de la OMS va adoptar la resolució 18,8 en la qual s'anima a introduir importants canvis en la professió mèdica (4). És la darrera crida d'un seguit d'altres anteriors que detecten una certa inadaptació a les modificacions evidents en l'entorn de la pràctica mèdica (1, 7, 12). En el mateix document s'estimula que noves idees i projectes en aquest terreny condueixin a realitats rellevants.

Estem, doncs, en un moment de repte i on se'ns demana que introduïm modificacions substancials en el sistema de formació per tal de no «perdre el tren».

Les avaluacions són estratègicament cabdals en aquest objectiu i, per tant, han d'experimentar un procés de transformació (14).

La raó fonamental per la qual aquesta transformació és obligada rau en la discrepància existent, entre el que comporta la pràctica clínica actual i el que quotidianament explorem amb els mètodes d'avaluació tradicionals. Per ser més exactes, aquests instruments d'avaluació de la competència mèdica professional es limiten a analitzar els coneixements dels metges i, a hores d'ara, sabem que les necessitats dels ciutadants comprenen moltes altres característiques que van més enllà de la imprescindible, això sí, sapiència.

Diversos treballs en els quals hem participat ho demostren de forma fefaent (8, 9). Si avancem una mica més en aquesta idea podem demanar-nos, per exemple, què caldria que un llicenciat en medicina sabés fer en enfrontar-se a un pacient. Un grup d'experts ho ha definit, el gener de 1995, a petició de l'Associació Catalana d'Educació Mèdica (2), i ha identificat fins a 12 competències diferents agrupades en 12 blocs: anamnesi i exploració física; definició de problemes i formulació d'hipòtesis; procediments; gestió clínica;

identificació i avaluació dels pacients; tractament de situacions clíniques específiques; factors psicològics; riscos i promoció de la salut; comunicació i col·laboració entre col·legues; comunicació interpersonal; manteniment de les competències professionals i ètica; valors i aspectes legals.

Totes i cadascuna d'aquestes peces del «puzzle» han de ser primer ensenyades, després apreses i finalment avaluades. L'incompliment total o parcial d'alguna d'aquestes tres etapes (ensenyar-aprendre-avaluar) comporta el fracàs de l'objectiu educatiu.

Si ens aturem a pensar el tipus d'avaluacions que correntment s'utilitzen en el període de pregrau, ràpidament veurem que fan una exploració parcial del candidat a metge.

En l'etapa de la formació postgraduada ens trobem amb similars problemes. Vull dir que els programes MIR produeixen uns especialistes rics de coneixements, però amb una formació irregular en habilitats i actituds. A més, els sistemes d'avaluació emprats són un paradigma del que és l'anàlisi limitada de les competències, començant pel propi examen d'ingrés al sistema, l'examen MIR (11).

Al mes de febrer de 1996 hem participat en un projecte de la Societat Catalana de Medicina Interna que, amb el desenvolupament tècnic de l'Institut d'Estudis de la Salut, ha permès, després de 2 anys de feina, fer una primera prova del tipus Avaluació Clínica Objectiva Estructurada (ACOE) amb especialistes ja formats (3) i que ha tingut com a objectiu bàsic assajar aquest mètode d'avaluació tot i analitzant les competències d'aquest col·lectiu de forma global i completa. L'experiència ha mostrat a avaluadors i avaluats, com ha succeït prèviament a altres llocs del món (5, 6, 10), les grans possibilitats d'aquestes eines que permeten mesurar aspectes no estrictament cognitius. Per tant, el canvi de l'avaluació comença a ser una realitat al nostre medi.

En el període de formació mèdica continuada l'avaluació no s'ha de modificar, s'ha de crear. Es tracta de l'etapa on l'avaluació és més difícil, en no existir un programa específic d'actualització de la competència i en ser metges ja formats en un medi on la cultura del manteniment de les competències no està universalment arrelada.

No cal entrar en detall dels diferents mètodes d'avaluació de què disposem a hores d'ara, a manera de resum podem dir que les proves escrites tradicionals segueixen sent bones eines per explorar coneixements. Les habilitats i les actituds poden ser analitzades mitjançant mètodes de simulació amb pacients, amb ordinadors o amb maniquís. Altres eines poden complementar els instruments de mesura (13, 14).

Finalment, cal que els responsables educatius forcin el canvi de mentalitat

envers les avaluacions a la nostra cultura, transformant la idea actual que es tracta d'un element punitiu cap a, la més avançada, que ha de ser una eina de millora i d'ajuda en la qualitat professional de la qual els més interessats haurien de ser els propis candidats.

Per tal d'assolir-ho hi ha tres elements al meu parer importants:

(i) Consolidar excel·lents mètodes d'avaluació que aportin credibilitat al sistema.

(ii) Incorporar els bons resultats de les proves, cas de produir-se, al currículum dels examinats d'una manera clara i decidida.

(iii) Ajudar, amb programes de formació dirigida, tots aquells que mostrin dèficits en alguna de les àrees explorades.

L'única manera que hi ha de vèncer les resistències als canvis és demostrant objectivament els beneficis que el propi canvi comporta. I, en aquest cas, a més, que aquesta línia de treball pot suposar, fins i tot, un element de prestigi per a la professió mèdica.

REFERÈNCIES

1. Anònim (1988). Conclusiones de la Conferencia Mundial para la Enseñanza de la Medicina, Edimburgo. *El médico* (Madrid) 623 (6), 2.
2. Anònim (1994). Aprofundint en competències pel pregrau en Medicina. Butlletí de l'Associació Catalana d'Educació Mèdica, 2n semestre, 10-14.
3. Blay, C., Martínez Carretero, J. M. (1996). Informe dels resultats de l'ACOE en Medicina Interna. IES.
4. Boelen, C. H. (1996). Doctors for health. A WHO strategy for changing medical education and medical practice for health for all. Conferència al Departament de Sanitat.
5. Bómez, J. M., Pujol, R., Borrell, F., Roma, J., Blay, C., Martínez Carretero, J. M., Weinreb, B., Ziv, A., Stillman, P., Friedman, M., Stunick, A. (1996). The assessment of clinical skills of Catalan medical students and residents. *Acad. Med.* (en premsa).
6. Brailowsky, C. H., Grand Maison, P., Lescop, J. (1995). Residency directors predictions of candidates performances on a licensing examination. *Acad. Med.* 70, 410-414.
7. Dale Dauphinee, W. (1995). Assessing clinical performance. Where do we stand and what might we expect? *JAMA* 274, 741-743.
8. Davis, D. A., Thomson, M. A., Oxman, A. D. Brian Haynes, R. (1995). Changing physician performance. *JAMA* 174, 700-705.
9. Gómez Sáez, J. M., Pujol Farriols, R., Martínez Carretero, J. M., Blay, C., Jaurrieta, E., Friedman, M., Stunick, A. (1995). El proyecto COMBELL: un análisis de la competencia clínica médica. *Med. Clin. (Barc.)* 105, 649-651.
10. Harden, R. M., Gleeson, F. (1979). Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination. *Med. Educ.*, 41-44.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo (1993). Validez estructural del examen MIR. Pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación de médicos especialistas. Madrid. Publicacio-

nes del Ministerio de Sanidad y Consumo, pp. 19–22.

12. Oriol Bosch, A. (1995). L'especialització mèdica: ¿més titulacions o més expertesa? Recull de pensaments des de l'IES, pp. 117–121.
13. Pujol, R. (1995). Avaluació de la competència clínica. La competència clínica en l'exercici de la Medicina. Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya **10**, 17–33.
14. Pujol Farriols, R. (1993). La calidad profesional y el sistema MIR. Tesi doctoral. Universitat de Barcelona.