

*Setzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana
Llibre de Ponències (2000), p. 465-471*

QUIN METGE NECESSITARÀ LA NOSTRA SOCIETAT?

RAMON PUJOL I FARRIOLS

Servei de Medicina Interna. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge.
Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat

INTRODUCCIÓ

La resposta a la pregunta inicial sembla òbvia: el metge del futur serà el que millor s'adapti als requeriments de la societat moderna o bé, dit d'altra manera, aquell que mostri un alt nivell de competència professional.

Les característiques requerides per tal de ser un metge competent han estat motiu de recents publicacions per part d'institucions educatives nacionals i internacionals (CCCS, 1999; GMC, 1993; FACULTAT DE MEDICINA, 2000).

Considerant que progressivament els metges ens estem dedicant a tasques diverses i sovint difícils de compaginar per la seva creixent complexitat, 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 mèdic o també un bon gestor. En qualsevol cas caldrà, abans de tot, considerar seriosament quines seran les grans línies definidores del sistema de salut on els metges haurem d'exercir en el futur (PHPC, 1993).

A la **taula 1** s'especifiquen els continguts bàsics pel que fa a les competències assistencials. L'esquema general en el futur no serà gaire diferent del que considerem actualment, és a dir, amb una base àmplia de coneixements sòlids haurem de ser capaços de demostrar que els apliquem eficientment i a satisfacció dels receptors de la nostra pràctica. En conseqüència el concepte que Miller va introduir amb la seva piràmide continuarà vigent (MILLER, 1990).

A la **taula 2** es mostren les característiques específiques que s'haurien de tenir en compte per a ser un bon docent i en la **taula 3** per accedir a la recerca. Cal dir que la mesura de la qualitat del producte final, pel que fa a la recerca, ha estat facilitada per la creació d'indicadors objectius que, com en el cas del factor d'impacte (CAMÍ, 1997), orienten sobre com està desenvolupant aquesta tasca un metge o un equip determinat.

Definir les competències requerides en les tasques docents resulta més difícil però caldrà fer-ho en la línia del que s'especifica a la taula 2 i, per sobre de tot, si es vol dignificar la qualitat educativa de molts metges, cosa que actualment no està reconeguda en gran part per la dificultat de trobar indicadors més objectius.

TAULA 1. LES COMPETÈNCIES ASSISTENCIALS DEL METGE DEL FUTUR

1. Coneixements:	- de promoció de la salut i prevenció de la malaltia - sobre el diagnòstic de les malalties comunes - de les opcions terapèutiques actualitzades - dels condicionants socials i de l'entorn
2. Habilitats:	- tècniques - comunicatives - per a obtenir informació
3. Actituds:	- treball en equip - autoaprenentatge - saber demanar ajuda d'altres - saber afrontar la incertesa - ètiques

Per tal que els metges del futur assoleixin els estàndards de competència pactats, caldrà que visquin en entorns que afavoreixin la formació corresponent per aconseguir-ho. Com a conseqüència immediata les estructures formatives i les institucions docents responsables de la formació mèdica hauran de fer un esforç per avançar-se als nous requeriments, atès que quedar-se endarrerits aniria en detriment de la pròpia professió. Les dificultats són evidents en una societat que canvia a gran velocitat. Ara bé, un senyal positiu de com estem afrontant el futur és l'interès creixent que s'observa entre els educadors per la recerca en educació mèdica tal com queda reflectit en les reunions científiques i publicacions en aquest respecte (IOCME, 2000; BREEDLOVE & HEDRICK, 1999).

TAULA 2. LES COMPETÈNCIES DOCENTS DEL METGE DEL FUTUR

-
- dedicació en temps a l'ensenyament i de forma eficient
 - interès per l'ensenyament
 - capacitat docent (comunicació, empatia, capacitat de síntesi)
 - actitud envers l'aprenentatge (ensenyar basant-se en l'aprenent, humilitat, curiositat)
 - reconeixement extern (opinió dels col·legues)
 - coneixement dels sistemes educatius i avaluatius (metodologia docent)
 - ús de les tècniques d'ensenyament pràctic (pacients reals, simulats, computeritzat)
 - capacitat d'innovació docent (aportació de nous mètodes educatius)
 - mentalitat oberta a nous conceptes i tendències (professionalisme, medicina basada en els resultats)
 - incorporació de la recerca a l'ensenyament (evidències, noves línies)
-

Malgrat tot, si fem una anàlisi crítica de l'adequació que mostren les nostres institucions als objectius mencionats veurem que queda molta feina a fer. En línies generals els conceptes estan ben assumits però les dificultats en aplicar-los a la pràctica superen les bones intencions (ROZMAN, 1997). Pensem, a manera d'exemple, dels tres períodes de formació d'un metge, alguns fets concrets de gran actualitat.

TAULA 3. LES COMPETÈNCIES DE RECERCA DEL METGE DEL FUTUR

-
- bones idees
 - saber desenvolupar-les
 - obtenir recursos
 - conèixer la metodologia científica
 - saber comunicar-ho
 - avaluar resultats
-

ETAPA DE PREGRAU

El nou Pla d'estudis recentment iniciat ha despertat unes expectatives més aviat pobres com a modificador de la realitat existent (IOCME, 2000). En breu temps podrem conèixer, mitjançant alguna recerca, l'impacte real que haurà tingut sobre el producte final, és a dir sobre els llicenciats. Tot i que cal esperar que millori la competència dels metges així formats estem encara lluny de poder implementar sistemes, que com és el cas de l'ensenyament basat en la pràctica, han demostrat en altres latituds una aproximació clara entre les necessitats de la societat i els mètodes formatius (ROZMAN, 1997; BREEDLOVE & HEDRICK, 1999; PALÉS, 1999).

Si el metge del futur ha de ser un servidor de la societat on està inserit, moltes més coses hauran de modificar-se en l'ensenyament, com ara:

- 1) El desenvolupament dels coneixements seguirà sent fonamental, sens dubte però l'adquisició d'habilitats i actituds i valors caldrà que s'incrementi de manera ostensible.
- 2) Els avenços tecnològics hauran d'incorporar-se a la metodologia docent per fer-la més eficient.
- 3) Caldrà centrar l'aprenentatge en qui aprèn i això comportarà una maduració en l'aprenentatge actiu i un paper tutorial dels ensenyants.
- 4) S'hauran d'adaptar el maneig de la salut i la malaltia als entorns actuals (població europea envellida, deshospitalització de l'assistència, evidència científica...).
- 5) Els mètodes d'avaluació de la competència hauran d'aplicar-se com a eines avaluadores però també formatives.
- 6) S'hauran d'incloure conceptes nous com el desenvolupament personal i professional.
- 7) Caldrà aprendre a treballar en organitzacions complexes.

Tot i que la globalització dels estàndards és controvertida (MARCHAIS, 1991), la definició de quins estàndards ja siguin bàsics, desitjables o ideals hauran de tenir les facultats de Medicina ha estat definit per la Federació Mundial d'Educació Mèdica (VAN DALEN *et al.*, 1989) i en breu començarà l'avaluació de la implementació d'aquests requeriments.

ETAPA DE POSTGRAU

Si es pretén produir els especialistes de futur que la societat requereix s'haurà de modernitzar un sistema de formació postgraduada (el MIR) que va tenir uns primers anys de gran prestigi i que actualment grinyola per la manca d'agilitat en adequar-se al nou entorn. Començant per la seva estructura centralista, en desacord amb la realitat actual de l'Estat, presenta dèficits en els seus programes, sistemes educatius i d'avaluació (COHEN *et al.*, 2000; WFME, 1998) que no fan tristament altra cosa que alimentar-ne les raons en contra per part dels seus detractors (PUJOL *et al.*, 1999).

El període de formació mèdica de postgrau ofereix en el moment present, formació en determinats aspectes que haurien d'haver estat assolits en el pregrau i, per contra, en determinades universitats es pretén oferir un nivell de coneixements que aclaparen els alumnes i que haurien de deixar-se per al període de formació com a especialista (ROZMAN, 1997). És evident que aquesta coordinació haurà de preveure's i aconseguir-se en el futur.

Un aspecte fonamental serà l'adquisició d'habilitats per treballar en equips interdisciplinaris i saber compartir àrees de coneixement entre especialitats frontereres (ORIOI, 1996; AZPIRI & CEDRÓN, 1992); això és avui en dia encara excepcional.

FORMACIÓ MÈDICA CONTINUADA

Hi ha iniciatives en els darrers anys (SEMI & SEMFYC, 1998) que pretenen posar ordre en aquesta etapa que malgrat ser el període més llarg de la vida professional dels metges és el menys regulat i més heterogeni de l'educació mèdica. Malgrat tot, cal avançar ràpidament cap a sistemes de detecció i ajuda de dèficits competencials dels metges. És en aquest període on la societat exerceix més pressió i ho farà encara amb més convicció en un futur no gaire allunyat.

ELEMENTS ESTRATÈGICS PER ACONSEGUIR METGES COMPETENTS EN EL FUTUR

Pel que veiem en aquest segle XXI caldrà avançar mantenint els aspectes positius que tenim, però modificant aquells que clarament estan obsolets (Foz *et al.*, 1995). Per tal que el canvi necessari en l'educació mèdica es produeixi eficientment s'han d'escollir els elements que estratègicament ens ho facilitin més. En la meua opinió són molts, però en destacaria tres:

- 1) Els sistemes avaluatius
- 2) La professionalització dels ensenyants
- 3) La responsabilització i participació dels aprenents

SISTEMES AVALUATIUS

En l'anterior Congrés de Metges i Biòlegs que tingué lloc a Lleida l'any 1996 i en la taula rodona en què vaig participar sobre "L'avaluació del canvi i el canvi de l'avaluació" ja vam discutir sobre la gran potència estratègica que tenen els sistemes avaluatius sobre l'aprenentatge (BRUGUERA *et al.*, 1996), i com és habitual vam recórrer a l'exemple clàssic de l'impacte negatiu que té l'examen MIR sobre l'aprenentatge de pregrau, en tant que promou la memorització per sobre del raonament.

Hem d'anar definitivament cap a sistemes avaluatius que trenquin la inèrcia existent. Si estem convençuts que el tipus de metge que volem és el que hem anat definint fins ara, hem d'exigir que la manera de mesurar la seva qualitat i, eventualment els seus punts dèbils es facin amb eines dissenyades per a aquest fi. Els metges hem de ser els primers interessats.

La visió moderna de la competència passa per acceptar que cada situació i cada moment de la vida professional poden ser avaluats de forma diferent i apropiats per a la dita situació o moment. És evident que el desenvolupament dels metges està íntimament relacionat amb els seus coneixements, però la manera com aquest coneixement s'emmagatzema, s'utilitza o es recupera estableix diferències entre els novells i els experts (CPM, 1996). A cada nivell haurem d'aplicar l'eina més correcta. De fet, ja podem dir que a casa nostra ja som capaços de fer-ho (MARTINEZ CARRETERO *et al.*, 2000).

La tasca avaluativa haurà d'anar en paral·lel a l'optimització dels canvis curriculars que s'aniran aproximant cap a models més pròxims als basats en l'estudiant, en la pràctica clínica, integrats, comunitaris, electius i sistematitzats (model SPICES de HARDEN, 2000).

PROFESSIONALITZACIÓ DELS ENSENYANTS

Per tirar endavant la modernització de l'educació mèdica calen professionals compromesos amb la tasca. Per tant, s'haurà de definir de quina manera es seleccionen, motiven i estimulen els més adequats per fer-ho. En l'etapa de postgrau la Xarxa de Comissions de Docència i Assessores ha produït un document que està en mans de tots els centres acreditats (MARTIN ZURRO, 1999). El seu objectiu és establir els criteris d'acreditació i reacreditació de tutors, de manera que es converteixi en un cos docent que realitza efectivament tasques educatives amb motivació i entrega. Si no s'implementen aquestes mesures, estarem lluny de resoldre una realitat molt millorable, com es desprèn d'un recent informe sobre la formació del personal MIR a Catalunya (SANCHEZ CANDAMIO *et al.*, 1999).

Pel que fa al pregrau cal dissenyar instruments de promoció a ensenyants, a professionals amb qualitat docent i no tan sols als millors investigadors tal com passa actualment. Aquesta estratègia dels últims anys de donar prioritat a la recerca en la universitat ha donat els seus fruits, no hi ha dubte, però ara cal reflexionar com es pot comptar també amb metges amb capacitat dinamitzadora del canvi docent necessari en aquest període; experiències d'altres llocs poden servir d'orientació (McHUGH, 1994). Els atributs citats en la taula 2 amb una puntuació atribuïda a cada un d'ells haurien de constituir quelcom semblant al factor d'impacte per a la recerca però aplicat a la docència.

Pel que respecta a la formació continuada caldrà anar assumint que la certificació i recertificació seran en el futur una exigència de la societat i és aquí on les institucions educatives començant pels col·legis professionals, les societats científiques i l'administració sanitària i educativa hauran d'arribar a un pacte per estar tècnicament preparats i políticament d'acord per posar-lo en pràctica.

RESPONSABILITZACIÓ I PARTICIPACIÓ DELS APRENENTS

Si l'ensenyament tendeix cap a sistemes basats en qui aprèn, aquest haurà de coresponsabilitzar-se més de la qualitat del procés, amb tot el que comporta. Passar d'un aprenentatge passiu a un d'actiu ha de ser fonamental.

Quan s'investiga l'opinió dels qui estan formant-se, manifesten sovint deficiències (CALBO *et al.*, 2000) la capacitat de modificar la realitat en base a les seves opinions ha de ser facilitada pel sistema i exigida per ells mateixos.

Pel que fa a la formació continuada el propi col·lectiu mèdic haurà d'exigir activitats per mantenir la seva competència. Som els propis professionals els qui hauríem de conduir la nostra pròpia formació amb totes les ajudes que facin falta.

BIBLIOGRAFIA

- AZPIRI, J.; R. CEDRÓN (1992) "El magisterio de la Medicina". *Organización Médica Colegial*. Madrid, 18: 11.
- BREEDLOVE, C.; H. HEDRICK (1999) "Reenvisioning Medical Education for the new Millenium". *JAMA*, 282: 2171.
- BRUGUERA, M.; F. FERRER; LL. GARCIA SEVILLA; H. PARDELL; R. PUJOL (1996) "El canvi de l'avaluació i l'avaluació del canvi". *Llibre de Ponències del XV Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Lleida..
- CALBÓ, E.; A. NOGUERAS; R. PUJOL; M. RUÉ; A. SOLER (2000) "La formación de los médicos residentes de MIR. Resultados de una encuesta de opinión". *Med Clin (Barc)*, (en premsa).
- CAMI, J. (1997) "Impactologia: diagnóstico y tratamiento". *Med Clin (Barc)*, 109: 515-524
- COHEN, J.; M. PRICE; R. HARDEN (2000) "¿Should Medical Education Everywhere Adhere to a Common Set of Global Standards?". Opening ceremony. 9th. *International Ottawa Conference on Medical Education*. Cape Town.
- CONSELL CATALÀ D'ESPECIALITATS EN CIÈNCIES DE LA SALUT (1999) *Les competències professionals dels metges*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. 1-54.
- VAN DER VLEUTEN, C. P. M. (1996) "The assessment of professional competence: developments, research and practical implications". *Advances in Health Sciences Education*, 41-67.
- FACULTAT DE MEDICINA (2000) *Habilitats clíniques del llicenciat en Medicina*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- FOZ, M.; R. PUJOL; S. ERILL; G. LLOVERAS; A. MARTIN ZURRO; LL. MASANA; J. M. DE MORAGAS; J. SANS-SABRAFEN; F. VILARDELL (1995) "Anàlisi comparativa de les competències professionals entre especialistes en medicina interna i en medicina de família i comunitària". *Salut Catalunya*, 9: 193-197.
- GENERAL MEDICAL COUNCIL (1993) *Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education*.
- HARDEN, R. (March 2000) "Curriculum change in developing countries". Workshop. 9th. *International Ottawa Conference on Medical Education*. Cape Town.
- MARCHAIS, J. E. des (1991) "From traditional to problem-based curriculum: how the switch was made at Sherbrooke, Canada". *The Lancet*, 338: 234-237.
- MARTIN ZURRO, A. (1999) *Document d'acreditació de tutors de la XCDA*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- MARTINEZ-CARRETERO, J. M.; C. BLAY; E. KRONFLY; M. SOLÀ; A. IRUELA; X. CLARIES; R. DESCARREGA (2000) "Professional competence assessment in Catalonia (Spain). What has been learned and some keys for the future". 9th. *International Ottawa Conference on Medical Education*. Cape Town.
- McHUGH, P. R. (1994) "El comité de promoción al rango de profesor en la Facultad de Medicina de John Hopkins, una carta de la experiencia". *Med. Clin. (Barc)*, 102: 259-266.

- MILLER, G. E. (1990) "The assessment of clinical skills/competence/performance". *Acad. Med.*, 65: S63-S67.
- ORIOL, A. (1996) "La formación médica desde la administración". *Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza*, 36: 22.
- PALÉS, J. (1999) "Análisis del proceso de implantación de los nuevos planes de estudio de la licenciatura de Medicina". *Educación Médica*, 2:,102-104.
- PEW HEALTH PROFESSIONS COMMISSION (PHPC). (1993) *The future of health care*. Report of the PHPC.
- PUJOL, R.; J. M. GÓMEZ; J. M. MARTÍNEZ CARRETERO (1999) "Reflexiones y propuestas sobre la especialización médica en España". *Educación Médica*, 2: 8-12.
- ROZMAN C. (1997) "La educación médica en el umbral del siglo XXI". *Med. Clin. (Barc.)*, 108: 582-586.
- SANCHEZ-CANDAMIO, M.; M. PLA; P. ALBERTÍN; M. RODRIGUEZ (1999) *La formació del personal mèdic intern i resident (MIR) a Catalunya*. Girona: Universitat de Girona.
- SEMI & SEMFYC. (1998) Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral. Sociedad española de Medicina Interna y Sociedad española de Medicina de familia y comunitaria. Madrid: SEMI & SEMFYC
- VAN DALEN, J.; J. ZUIDWEG; J. COLLET (1989) "The curriculum of communication skills teaching at Maastricht Medical School". *Medical Education*, 23: 55-61.
- WFME EXECUTIVE COUNCIL (1998) International Standards in Medical Education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A position paper. *Medical Education*, 32: 549-558.