revista de la
REIAL ACADÈMIA
DE MEDICINA
DE CATALUNYA

VOLUM 10 - SUPLEMENT 3 - 1995

LA COMPETÈNCIA CLÍNICA EN L'EXERCICI DE LA MEDICINA

Publicat sota els auspicis del
Departament de Sanitat i Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM 10 - SUPLEMENT 3 1995

JUNTA DIRECTIVA DE LA REIAL ACADÈMIA:

PRESIDENT:	Josep Guardiola i Salas
VICE-PRESIDENT:	Jordi Gras i Roca
SECRETARI GENERAL:	Francesc Borrós i Soriano
VICE-SECRETARI COMPTADOR:	Josep M. Salvat i Miquel
TRESORER:	Josep Secall i Bellas
BIBLIOTECARI:	Jaume Cordellat i Cordella
VOCALS:	Josep Estivill i Sallé
	Jordi Sans i Sabrafen
SECRETARI D'ACTES:	Moisès Broggi i Vallès
ARXIVER:	Josep M. Massons i Espinagas
PRESIDENT D'HONOR:	Bienvenido Rodríguez i Arias

CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA:

DIRECTOR:	Francesc Cervantes de Vallescàsas i Sentamans
SUB-DIRECTOR:	Santiago Valle i Sevilla
SECRETARI:	Francesc Cornet i Montolio
CONSELLERS:	Moisès Broggi i Vallès
	Josep M. Calbet i Camarasa
	Arturo Canalís i Riera
	Manuel Carreras i Roca
	Jaume Cordellat i Cordella
	Rafael Estevez de Magar
	Joan Gabriel i Quevalbo
	Josep M. Massons i Espinagas
	Domenech Ruano i Gil
	Jordi Sans i Sabrafen
	Joaquim Borrós i Soriano
COORDINADOR EDITORIAL:	Narcís Barnadas i Estevan

REDACCIÓ: Carme M. Grigoni, Barcelona

Col·loquis de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

LA COMPETÈNCIA CLÍNICA EN L'EXERCICI DE LA MEDICINA

Moderat pel Dr. Jordi Sans-Sabrafen

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
7 de febrer de 1995

Publicat sota els auspicis del
Departament de Sanitat i Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya

PONENTS

JORDI SANS-SABRAFEN, acadèmic numerari

CIRIL ROZMAN, acadèmic numerari, catedràtic de Medicina de la Universitat de Barcelona

RAMON PUJOL-FARRIOLS, cap de Servei de Medicina Interna de la Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge

FRANCESC XAVIER ALTARRIBA, psicòleg clínic i sociòleg de la salut, director de l'Institut d'Estudis Psicològics i Socials

GONÇAL LLOVERAS, president de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears

INTRODUCCIÓ A LA COMPETÈNCIA CLÍNICA EN L'EXERCICI DE LA MEDICINA: ADQUISICIÓ, AVALUACIÓ I TRANSCENDÈNCIA ASSISTENCIAL

Jordi Sans-Sabrafen

L'ofici compta molt en l'exercici de la professió mèdica. El metge no pot rebre una formació prioritàriament orientada a l'adquisició de coneixements i que no tingui prou en compte l'aprenentatge de les habilitats i les actituds que li permetin desenvolupar la seva missió amb l'imprescindible bagatge d'una adequada competència clínica. Ofici i competència clínica són accepcions en part sobreposades i en part complementàries, que sobrepassen l'habitual maneig de coneixements i requereixen la capacitat per solucionar un problema clínic concret. Comporten aplicar els coneixements amb suficiència pràctica, tant amb relació a la facilitat de comunicar amb el malalt, com d'explorar-lo, captar la seva confiança i donar-li clares explicacions diagnòstiques, pronòstiques i terapèutiques en el context d'un marc ètic correcte. Deia William Osler que, a vegades, pot ser més important saber quin tipus de persona pateix una malaltia, que no quina classe de malaltia sofreix una persona.

El curs passat es va desenvolupar un seminari, coordinat pel Dr. Rozman, sobre el pla d'estudis orientat als problemes (PEOP), que inclou com a objectiu l'ensenyament de l'ofici, de la competència clínica. El PEOP té en compte com a graons fonamentals l'ensenyament personalitzat per mitjà de tutor i l'anomenat laboratori d'habilitats, que volen aconseguir que el llicenciat acabi els estudis havent assolit una correcta competència clínica, és a dir l'adequat domini de l'interrogatori, de l'exploració, de la tecnologia pràctica més corrent i elemental, del raonament clínic amb la corresponent identificació dels problemes, de l'exercici concret del seny diagnòstic i terapèutic i de les actituds centrades fonamentalment en la capacitat de comunicació del metge amb el malalt. També sentenciava William Osler que "practicar amb pacients sense estudiar en els llibres és com navegar sense rumb ni cartes de navegació, però estudiar en els llibres sense exercir en pacients és com pretendre navegar sense haver anat mai al mar". L'ensenyament de la medicina a casa nostra sovint s'ha allunyat del mar durant massa anys.

El seminari que avui desenvolupem se centra precisament en la importància de l'ofici, de la competència clínica en la pràctica de la nostra professió, sobre la base fonamental de considerar què és el que espera la societat del metge, què és el que vol un ciutadà que sigui un metge i, des d'un altre vessant, reflexio-

nar sobre què és el metge i què requereix fer de metge.

La diferència conceptual entre la nostra professió i tota la resta de professions, és que el seu objecte és mantenir o retornar l'equilibri físic i psíquic a un ésser humà, acceptant que la nostra ciència no és matemàtica, sinó biològica, i que s'hi produeixen fets impredictibles que no es poden mesurar exclusivament amb una lògica aritmètica. Per això la medicina és també un art, perquè requereix sovint destresa, imaginació, improvisació i, sobretot i més encara, mestria per conduir psicològicament la persona afectada, per poder-li donar consol, per poder-li explicar amb llenguatge intel·ligible el que cal saber de la seva malaltia. Aquest art no es pot aplicar correctament solament atresorant coneixements. Requereix un aprenentatge pràctic assistencial, que és el que té en compte el PEOP.

Però és que altres conceptes, com poden ser el secret mèdic, la dignitat professional, la importància dels continguts del jurament hipocràtic, el respecte als drets del malalt (dret a la vida, a la veritat, a l'esperança, a no patir, a un clima d'amor i a morir dignament), el d'ajudar a morir o el d'assistir correctament el malalt terminal, són essencials i s'han d'incloure també quan es parla de ser metge i de fer de metge.

Actualment, a les nostres facultats de medicina no s'ensenya suficientment l'ofici de metge. S'ensenya prioritàriament una medicina tecnològica amb poc contingut d'art i d'humanitat. Tampoc no s'imprimeix al metge la consciència de la dignitat i la transcendència singulars de la seva professió, no se l'investeix dins de la solemnitat d'un jurament hipocràtic, no se'l conscienciа del fet que la seva missió es desenvolupa sobre l'ésser humà i que els coneixements i la tecnologia no ho són tot. Molta gent fuig del metge fred, vol caliu humà, vol un somriure, vol que el metge sàpiga fer de metge, a més de dominar els coneixements necessaris.

Avui s'escau la feliç avinentesa que coincideixin en aquest seminari quatre destacats professionals: el Dr. Ciril Rozman, que és un perfecte coneixedor del PEOP; el Dr. Ramon Pujol-Farriols, que s'ocupa activament de l'avaluació de la competència clínica amb gran dedicació; el Dr. Francesc Xavier Altarriba, sociòleg i psicòleg, que polsa sovint les necessitats i les voluntats dels nostres ciutadans, i el Dr. Gonçal Lloveras, que coneix àmpliament el que ha de ser un metge i com s'ha de fer de metge. A tots ells, el meu agraïment més sincer per haver acceptat participar en aquest seminari.

ASPECTES DE L'EDUCACIÓ MÈDICA PER A L'ADQUISICIÓ DE LA COMPETÈNCIA CLÍNICA

Ciril Rozman

INTRODUCCIÓ

Quan ens preguntem sobre les funcions que ha d'exercir una Reial Acadèmia de Medicina, poden sorgir nombroses contestacions. Molt probablement, la més encertada es podria formular de la manera següent: la Reial Acadèmia de Medicina ha de ser el fòrum de reflexió i debat sobre els problemes generals relacionats amb la nostra professió. És evident que en el si de la nostra institució és adient l'anàlisi dels avenços de les ciències biomèdiques, però quan la Reial Acadèmia de Medicina troba el seu lloc més precís és en reflexionar i debatre problemes com ara organització sanitària, educació mèdica, responsabilitat de l'acte mèdic, economia de la sanitat i semblants. Per aquesta raó crec que, organitzant els seminaris com el d'avui, és com la Reial Acadèmia de Medicina acompleix més la seva funció social. Definir què és l'essència de la nostra professió, com s'ha d'adquirir, avaluar i exercir la competència clínica, i què espera la societat de nosaltres són els objectius més essencials de la nostra institució.

La meva contribució s'ha de centrar en els aspectes de l'educació mèdica per a l'adquisició de la competència clínica. Constitueix per a mi una gran satisfacció tenir l'oportunitat d'expressar les idees pròpies pel que fa al cas. Quan miro uns quants anys enrere, m'adono que al llarg de la meva vida acadèmica, a més d'haver intentat acomplir les meves funcions assistencials, docents i de recerca, he parlat i escrit molt sovint sobre els problemes de l'educació mèdica. Per exemple, el meu discurs de recepció en aquesta Acadèmia s'intitulava *Reflexions sobre l'ensenyament de la Medicina*[1] i l'any passat vaig organitzar un seminari sobre el pla d'estudis orientat als problemes (PEOP)[2]. La resposta a per què he parlat i he escrit tant sobre l'educació mèdica, la vaig veure clara durant un seminari organitzat no fa gaires anys per l'Institut d'Estudis de la Salut. Després de defensar amb una certa passió la necessitat de modernitzar les facultats de medicina i implantar uns models d'ensenyament més adients als temps actuals, un dels assistents em va fer la pregunta següent: "Escolti, Dr. Rozman, si vostè creu tot això, com ha pogut resistir durant tants anys fent de catedràtic?". Li vaig contestar: "Crec que he estat capaç de fer-ho perquè he anat denunciant constantment la inadequació i la meva pròpia insatisfacció amb el model educatiu vigent".

Intentaré acomplir la meva tasca d'a-

vui definint què entenc per competència clínica i, després, exposant quins són els principis que han de regir l'adquisició de la competència clínica durant les diferents fases de l'educació mèdica.

COMPETÈNCIA CLÍNICA

El concepte de competència clínica es refereix a la qualitat de l'exercici de la nostra professió a la pràctica, és a dir, a la qualitat de fer de metge. Des de sempre s'ha insistit que la pràctica de la nostra professió és molt més que l'aplicació matemàtica d'uns coneixements teòrics i que ha de combinar les bases científiques amb grans dosis d'art clínic. Termes com ara competència, ofici i art clínic tenen límits poc delimitats i els seus continguts es comuniquen constantment. I, malgrat això, es tendeix cada vegada més a precisar al màxim quins són els trets principals de l'anomenada competència clínica, tant perquè es pugui transmetre i adquirir durant les diferents fases de l'educació mèdica, com fins i tot perquè es pugui mesurar i avaluar de forma escaient[3].

L'actuació del metge ha de ser, en primer lloc, tècnicament correcta, el que equival a dir que s'ha de basar en els coneixements científics sòlids i en el perfecte domini d'habilitats necessàries. Aquests criteris són aplicables a tots els processos de l'exercici clínic, com puguin ser reconèixer el problema d'un pacient durant una correcta anamnesi, emprar amb habilitat els sentits durant l'exploració física, utilitzar d'una forma mesurada i equilibrada els mètodes d'exploració complementària, recórrer al mètode científic en el moment d'elaborar el procés diagnòstic i seguir les bases racionals en la utilització de la terapèutica. Però tot això no és suficient perquè es pugui parlar de l'autèntica competència clínica, ja que aquesta es caracteritza, a més a més, per l'exquisida consideració dels aspectes psicològics del malalt i del seu entorn, és a dir, dels vessants psico-socials. I finalment, l'exercici del metge s'ha de caracteritzar per un gran respecte pels principis ètics, és a dir, ha de ser moralment bo.

Desitjo reproduir un paràgraf d'uns dels autors que ha treballat més en el camp de l'ètica mèdica a l'Estat espanyol, Diego Gracia, que il·lustra de forma meravellosa els dos vessants essencials de les actuacions mèdiques. I per respecte a la precisió semàntica del autor, deixo el text en la llengua original[4]: "Los actos médicos han de cumplir siempre dos condiciones básicas que son la *corrección y la bondad*. Un acto es incorrecto cuando no está técnicamente bien realizado. Si un médico no sabe utilizar de forma adecuada los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, decimos que los utiliza *incorrectamente*. La incorrección implica siempre falta de suficiencia técnica. Por eso, al médico que practica su arte de modo incorrecto, se le califica de *mal médico*. Hay malos médicos como hay malos conductores de automóviles o malos pintores. Los malos médicos no se identifican con los *médicos malos*. Mal médico es el que posee una capacidad técnica insuficiente o incorrecta, en tanto que el médico malo es aquél que la utiliza mal porque es moralmente malo. Un buen médico puede ser a su

vez un médico malo, dado que la suficiencia técnica no implica necesariamente la bondad moral, por lo que al médico se le deben exigir ambas características. Por ello, desde los tiempos de la Antigüedad romana se va definiendo al médico como *vir bonus medendi peritus*, es decir, hombre bueno perito en el arte de curar. La pericia en el arte de curar define la *corrección técnica* del ejercicio médico y convierte a quien lo realiza en *buen médico*; la bondad humana, por su parte, define la *bondad moral* del profesional y hace de él un *médico bueno*. Son dos factores imprescindibles: la falta de uno de ellos es incompatible con el ejercicio adecuado de la profesión."

En resum, les exigències de l'exercici de la nostra professió han d'implicar:

a) adquirir i mantenir coneixements científics suficients per tal que totes les activitats tinguin uns fonaments racionals;

b) adquirir i mantenir les habilitats necessàries en l'aplicació pràctica dels coneixements;

c) adquirir i mantenir les actituds necessàries per a la consideració integral del malalt i del seu entorn, és a dir, dels vessants psico-socials;

d) adquirir i mantenir les qualitats ètiques que motivin la voluntat perquè la capacitat d'actuacions tècnicament correctes es posi en pràctica i les faci moralment bones. Defenso aquesta definició maximalista de la competència clínica.

EDUCACIÓ MÈDICA I COMPETÈNCIA CLÍNICA

S'ha fet ja clàssic distingir tres nivells d'ensenyament mèdic: període de pregrau o llicenciatura, període de postgrau i d'especialització, i educació mèdica continuada, és a dir, l'actualització de la competència professional del metge en exercici de la seva professió. Pretenc analitzar els trets principals que han de caracteritzar l'educació mèdica, en cadascun d'aquests tres nivells, per a l'adquisició i el manteniment de la competència clínica.

Període de pregrau o llicenciatura

El període de pregrau o llicenciatura és la primera i més important fase de l'educació mèdica. Si es vol garantir una adquisició correcta de la competència clínica, se n'han de produir reformes en profunditat i fins i tot és recomanable modificar totalment el model d'ensenyament[5].

Malgrat que s'accepten nombroses variants, a grans trets es podrien reconèixer tres tipus principals de plans d'estudis o models educatius de l'ensenyament de la medicina: pla d'estudis per assignatures, pla d'estudis integrat i pla d'estudis orientat a problemes.

El **pla d'estudis per assignatures** és ben conegut. L'alumne va rebent una gran dosi d'informació teòrica, amb un important repte memorístic, però amb poca oportunitat de digerir les matèries escassament connectades entre si. El centre d'aquest model és el professor que, a mesura que es produeix el creixement dels coneixements, habitualment intenta ampliar el temps dedicat a

la seva matèria. L'alumne és un subjecte passiu que acumula grans dosis de fets teòrics per tal de passar els exàmens i que després oblida ràpidament. Les explicacions del professor solen tenir poca connexió amb els problemes de la pràctica mèdica, cosa que fa que aquest model sigui, a més de poc profitós, avorrit. Si a totes aquestes característiques s'afegeix la manca de pràctica i, per tant, l'absència d'aspectes educatius relatius a l'adquisició d'habilitats i actituds, resulta obvi que el llicenciat rep una formació deficient.

Respecte al **pla d'estudis integrat** se'n coneixen nombroses variants. La integració pretén evitar la desconnexió entre diverses assignatures i procura que les matèries relacionades entre si s'ensenyin simultàniament. Així, per exemple, la integració pot consistir en el fet que l'estructura i la funció d'un sistema s'estudiïn conjuntament i no l'anatomia per una banda, la histologia per una altra i la fisiologia per una altra. També pot organitzar-se en forma dels anomenats blocs mèdico-quirúrgics, que tracten, durant el mateix període de temps, els aspectes mèdics i quirúrgics d'un aparell o sistema. La integració fins i tot pot ser més ambiciosa, en tractar d'ensenyar conjuntament tot el que fa referència a un sistema (per exemple, el càrdio-vascular), des dels seus fonaments bioquímics i funcionals fins a l'estructura i la patologia, les malalties amb els mètodes d'exploració adients (per exemple, radiològics) i els tractaments corresponents. S'ha dit que hi ha tantes varietats d'integració com escoles de medicina que han assajat aquest model.

El **pla d'estudis orientat a la solució de problemes (PEOP)** trenca totalment els esquemes clàssics i presenta, teòricament, un gran atractiu: ser un sistema idoni per a l'educació mèdica del proper segle[6]. Crec que permet l'adquisició de la competència clínica amb més garanties que els sistemes tradicionals. Encara que no sigui exactament el PEOP, qualsevol model educatiu vàlid haurà de tenir algunes característiques del PEOP. Per tal d'analitzar-ne breument els trets principals, ho faré amb l'exemple de l'experiència de Maastricht (Universitat de Limburg, Holanda), on aquest model educatiu és vigent des de fa bastants anys. Els principis essencials són quatre: aprenentatge sobre la base de problemes, aprenentatge autodirigit, entrenament estructurat d'habilitats i formació d'actituds.

a) Aprenentatge sobre la base de problemes. Aquesta educació, basada en problemes, s'organitza al voltant de certs temes. Això significa que les disciplines separades estan pràcticament abandonades. El procés d'aprenentatge comença per problemes pràctics concrets, derivats del camp de l'experiència professional. Mentre treballen sobre els problemes, sigui individualment o amb un grup de companys d'estudi, els estudiants utilitzen dades que recullen de distintes disciplines i que troben per si mateixos o col·leccionen junts. I es disciplines separades estudien sobretot perquè contribueixen a la comprensió o la solució dels problemes plantejats. Els estudiants comprenen des del bon principi que treballen amb problemes mèdics que amb freqüència requerei-

xen contribucions de diferents àrees. Així, aprenen amb la seva experiència que la informació procedent de diferents disciplines està interrelacionada. L'aspecte més important d'aquest mètode sembla que és que, mentre els estudiants treballen sobre problemes i busquen informació per tal de resoldre'ls, els seus coneixements mèdics creixen progressivament sense necessitar ajuts artificials, com pugui ser aprendre de memòria matèries innecessàries. Els coneixements requerits per resoldre problemes són més fàcils de retenir que la informació emmagatzemada sense que aparentment es vegi cap necessitat d'estudiar-la.

b) Aprenentatge autodirigit. A diferència dels sistemes tradicionals, que donen el gran protagonisme al professor, el PEOP és una educació centrada en l'estudiant. Aquest tipus de model exigeix de l'estudiant que, en certa forma, dirigeixi el seu propi treball, és a dir, que entri en el procés d'aprenentatge autodirigit. En gran manera, l'estudiant organitza el propi procés d'aprenentatge, aprofitant les oportunitats que se li ofereixen i sent responsable del que n'aprèn. Els estudiants no reben classes de professors. No és el professor qui determina, amb la seva lliçó, les lectures obligades, allò que han de fer els estudiants. Ells mateixos decideixen, en gran manera i a vegades en consulta amb els membres del mateix grup, què és el més important en analitzar un problema, quines prioritats s'han d'establir i quines eleccions s'han de fer. L'objectiu final del programa està fixat. Consisteix a convertir-se en un bon metge. No obstant això, els estudiants hauran de determinar en bona part quin camí seguiran per tal d'aconseguir aquest objectiu final. En definitiva, l'alumne és tractat com un adult responsable del seu aprenentatge.

c) Entrenament estructurat d'habilitats. L'educació no pot ser dirigida només a l'adquisició de coneixements. L'estudiant ha d'aconseguir un conjunt de traces que són necessàries per a la pràctica de la seva professió. L'entrenament d'aquestes traces es realitza en un *laboratori d'habilitats (skills-lab)*[7]. Hi ha quatre tipus bàsics d'habilitats que s'entrenen en aquest laboratori. Aproximadament el 50 % d'activitats corresponen al *laboratori d'examen físic*, com puguin ser les exploracions neurològica, abdominal, toràcica, ocular, ginecològica, entre d'altres, habitualment separades més amb criteri topogràfic que sistemàtic. El 15 % d'activitats són destinades al *laboratori de maniobres terapèutiques*, com puguin ser la pràctica de la sutura, l'embenat o la immobilització amb fèrules o guixos, la intubació orotraqueal, el massatge cardíac o la respiració assistida. Un altre 15 % d'activitats està dissenyat per ensinistrar l'estudiant en les *maniobres de laboratori elemental*, com són l'obtenció de sang per venopunció, la recollida correcta d'orina o de femta o, fins i tot, la pràctica d'algunes determinacions analítiques elementals que puguin ser d'utilitat en una pràctica rural. Finalment, el *laboratori de comunicació* representa el 20 % d'activitats i ensenya l'estudiant a comunicar-se amb el pacient. Aquesta habilitat, tan necessària per a un exercici adient de la nostra professió, està totalment oblidada en els

models educatius clàssics. L'inici d'una correcta relació metge-pacient és el primer contacte verbal que ha de ser entrenat. La quantitat i la qualitat de la informació que el pacient transmet durant l'anamnesi depèn de l'habilitat del metge en la comunicació. És cabdal que l'estudiant aprengui com informar un pacient o els seus parents sobre una mala notícia, o com aconsellar-lo i persuadir-lo de seguir un determinat règim dietètic o terapèutic.

Els estudiants poden practicar totes aquestes diferents tècniques, en principi, de forma independent, fent servir manuals escrits i, si fos necessari, amb l'ajut dels tutors. S'utilitzen diapositives i cintes magnetofòniques, pel·lícules i cintes de vídeo. Amb la finalitat de facilitar la pràctica de tècniques particulars, s'han dissenyat models i maniquins. Algunes pràctiques les fan els estudiants sobre altres companys. Finalment, s'utilitzen també pacients simulats. Es tracta de persones sanes que s'han entrenat per tal de presentar símptomes de malalties concretes en forma convincent i fidedigna.

Un dels avantatges del laboratori d'habilitats sembla que rau en el fet que les traces poden practicar-se sempre que sigui requerit pel programa. D'aquesta forma avancen conjuntament l'aprenentatge de la teoria i de la pràctica. Un avantatge addicional és que els estudiants, durant el seu aprenentatge, no constitueixen una font de molèstia per als malalts.

d) Formació d'actituds. El programa és, fins a cert punt, responsable del desenvolupament de les actituds de l'estudiant. No es tracta d'imposar unes doctrines concretes, però sí de subratllar que l'exercici professional requereix una conducta ètica acceptable.

Malgrat que és tècnicament bastant difícil, s'han fet intents de comparar els resultats dels plans d'estudi tradicionals amb el PEOP. En cap cas sembla que els estudiants procedents del PEOP siguin inferiors als que provenen dels currículums tradicionals. Els pocs estudis realitzats fins ara semblen demostrar que en les tasques relacionades amb la competència clínica, els estudiants procedents del PEOP obtenen millors resultats que els altres.

És obvi que cal modificar els models d'educació mèdica que han estat vigents durant tants anys i aconseguir la seva adaptació per al futur. Això es pot fer, probablement, de dues formes. D'una banda, modificant en profunditat els plans clàssics i, de l'altra, sent introduït el PEOP a títol experimental per un petit grup d'estudiants. Això es pot fer en forma dels currículums anomenats de via paral·lela *(parallel track)*, com ho va fer, per exemple, la Universitat de Harvard. Sembla que no hi hauria impediments legals importants per fer-ho a alguna de les nostres universitats[8]. En aquest sentit ja s'han pres algunes iniciatives. Fins a quin punt les idees del PEOP es consideren importants, es pot deduir llegint les consideracions generals del *Projecte del pla d'estudis de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona*[9], on es remarca, entre altres coses, que:

1) el pla estarà essencialment estructurat segons criteris d'integració de matèries i no pas de desconnexió disciplinària;

2) el pla donarà més importància a la capacitació per a la resolució de problemes que no pas a la transmissió passiva de coneixements;

3) el pla posa en primer terme l'adquisició d'actituds i d'habilitats mitjançant les classes pràctiques, més que l'adquisició de coneixements merament teòrics;

4) el pla pretén fomentar l'aprenentatge autònom amb l'ajut de les tutories i establir les bases per a una formació continuada, i

5) es requereix un sistema tutorial que garanteixi, de forma individualitzada, el procés d'aprenentatge.

Sembla clar que l'adquisició idònia de competència clínica durant el període de pregrau serà garantida si es tenen en compte els principis esmentats i es posen en marxa les modificacions pertinents dels models d'educació mèdica.

Període de postgrau

Malgrat una relativa mala fama, el sistema MIR ha estat l'avenç més important de l'educació mèdica espanyola i els seus resultats han estat enormement positius. Quan després d'anys de perspectiva s'ha pogut analitzar la gran qualitat de nombroses generacions de professionals sortits de la via MIR, hom s'adona de la importància que ha tingut aquesta reforma per a la professió mèdica a Espanya. La mala fama del sistema MIR ha obeït més a factors extraeducatius que al mateix mètode de formació per la via MIR. Un dels factors negatius ha estat el caràcter enormement selectiu, ja que per unes 2.000-3.000 places optaven 25.000 aspirants. Un altre defecte és el procediment de selecció, és a dir, el test d'elecció múltiple de tipus únicament cognitiu i amb preguntes que amb freqüència no tenen res a veure amb la pràctica clínica. A banda de la seva inadequació intrínseca, aquest procediment condiciona massa els estudiants durant el període de pregrau i els fa estudiar només per passar l'examen MIR. Un factor negatiu més és que l'ensenyament postgrau no es consideri com una part essencial de la formació mèdica i, per tant, que no inclogui tots els llicenciats.

Entenc que aquests factors negatius són, en gran manera, solucionables o a punt de ser solucionats. La gran diferència entre el nombre d'aspirants i el nombre de places MIR s'està reduint de forma progressiva. Això és degut, d'una banda, al fet que, entre els aspirants a l'ingrés a les universitats, l'atractiu pels estudis mèdics es va perdent de forma molt evident i, de l'altra, que la quantitat de places MIR ha augmentat fins al punt que avui dia equival pràcticament al nombre d'estudiants que ingressen cada any en totes les facultats de medicina de l'Estat espanyol. També sembla que les exigències de la legislació comunitària faran obligatòria una certa formació de postgrau per a tots els llicenciats. Restarà per resoldre el problema més difícil, és a dir, la prova de selecció. La insatisfacció que produeixen els mètodes basats només en els aspectes cognitius fa que s'explorin nous camins per tal de solucionar una cosa que possiblement no tingui solució. Si es volguessin valorar altres aspectes del candidat com fóra, per exemple, patrons de conducta que suggereixen capacitat de dedicació a l'a-

tenció humanitària, es perdria l'objectivitat necessària en una prova única de caràcter estatal. Malgrat que estem a l'Estat de les autonomies, no es preveu que a curt termini les institucions hospitalàries arribin a tenir la independència per seleccionar els seus propis candidats, com succeeix, per exemple, als Estats Units. D'altra banda, quan tots els llicenciats hauran d'accedir a algun tipus de formació de postgrau, aquesta prova servirà només per determinar la preferència en el moment d'escollir el lloc de formació i perdrà el seu caràcter de cruesa. En tot cas, cal introduir dins de la prova MIR més tests que explorin la capacitat per resoldre problemes clínics, per tal de reorientar la motivació i l'estudi dels alumnes de les facultats de medicina.

Al costat de les consideracions negatives, el sistema MIR és l'ideal perque el futur professional adquireixi un alt grau de competència clínica i, fins i tot, complementi la formació necessària perquè en el futur, independentment, sigui capaç d'una contínua autoformació. Quina és l'essència del sistema MIR? El resident rep la formació en competència clínica a força de treballar pràcticament, amb responsabilitat pròpia progressivament creixent, però amb la garantia d'una supervisió idònia i constant. Aquesta és la situació equiparable a l'aprenent de qualsevol ofici que, de mica en mica, va fent feines més importants fins que es converteix en oficial. Evidentment, en el cas del metge, això es fa amb una base científica suficient. Atès que, en general, a les institucions hospitalàries autoritzades per impartir la docència MIR hi ha prou ambient científic, el resident rep nombrosos estímuls per enriquir el seu cabal cognitiu i fins i tot per entrenar-se en la recerca personal d'informació bibliogràfica a partir de fonts molt diverses. Els seus mecanismes intel·lectuals per aplicar la teoria a la pràctica s'estimulen diàriament i així la seva capacitat per resoldre problemes clínics va creixent de forma progressiva. Se li ofereixen també ocasions constants per perfeccionar les seves habilitats, tant d'exploració física com de mètodes d'exploració instrumental, de terapèutica especial i de comunicació amb els pacients i els seus parents. Així, els seus actes mèdics van adquirint progressivament una correcció tècnica cada vegada més gran. Però, simultàniament, se li donen moltes oportunitats perquè es formi també en l'adquisició de les actituds adients, per tal que la seva actuació professional sigui també moralment correcta. La responsabilitat que en aquest sentit tenen les institucions autoritzades per impartir la formació MIR, com també els caps i tots els components dels serveis que reben residents, no serà mai suficientment subratllada.

Període de la formació mèdica continuada

Rep el nom de formació mèdica continuada (FMC) la que es requereix per tal que el metge, després d'haver acabat els estudis de pregrau i postgrau, mantingui i millori la seva competència en l'exercici professional. Convé insistir que la FMC és una etapa més en la seqüència de la formació del metge i no es pot pretendre que supleixi les deficiències de les fases anteriors. Si durant els períodes de pregrau i postgrau s'ha

creat l'hàbit d'autoaprenentatge, aquest facilitarà la FMC durant la resta de la vida.

Malgrat que alguns estudis qüestionen l'eficàcia de la FMC, aquesta sembla ben establerta i la seva implantació convenient. Fins fa relativament poc temps, la FMC es basava en la iniciativa del mateix metge, que per sentit de responsabilitat emprava diferents recursos per tal de mantenir-se al dia. Durant la dècada dels anys setanta, comencen a aparèixer als EUA intents d'estructuració formal en forma del *Physician's Recognition Awards*, anomenat també *Continuing Medical Education Award*, creat per l'*American Medical Association*[10]. Es tracta de la concessió d'un certificat de reconeixement que acredita que el titular ha seguit el procés de la FMC d'una manera ben establerta. La validesa del certificat s'ha de renovar periòdicament i a alguns estats la FMC es requereix per a la renovació de la llicència professional. A Catalunya s'estan assajant les primeres iniciatives estructurades per part de diferents estaments implicats, i s'ha creat el Consell Coordinador de la Formació Mèdica Continuada[11]. Un organisme semblant, anomenat *Instituto de Formación Médica Continuada*, s'està implantant a nivell estatal, per iniciativa de l'*Organización Médica Colegial*, amb la cooperació en l'àmbit de les societats científiques i la universitat.

La FMC ha de pretendre reciclar el metge en els coneixements, les habilitats i les actituds, d'acord amb les necessitats en matèria d'atenció curativa i preventiva. Aquestes poden variar segons el lloc i el temps. Les tres àrees prioritàries a causa de la seva importància actual, serien les neoplàsies, els accidents càrdio-vasculars i els accidents de circulació. Respecte a les actituds caldria insistir, per exemple, en la necessitat de comprendre la importància de l'aspecte econòmic de l'exercici professional i també en l'obligació d'arribar al compromís personal en la defensa dels criteris preventius acceptables.

Sembla clar que, per aconseguir aquests objectius, la utilització exclusiva de llibres i revistes és insuficient. Cal assajar nous mètodes, com poden ser cursos de solució de problemes realitzats en petits grups, estades de durada variable als centres sanitaris o al costat d'altres professionals, utilització de models simulats mitjançant interacció amb un ordinador, aprenentatge a distància per mitjà del correu electrònic i d'altres.

Es poden distingir dos tipus principals de FMC: la FMC oficial, estructurada d'acord amb una normativa pel que fa als objectius, els mètodes, l'avaluació i l'obligatorietat per renovar la llicència professional, i la FMC no oficial, dependent de la iniciativa individual. Estic totalment convençut que, per molt que s'estructuri oficialment la FMC, el gran pes recaurà sempre en la iniciativa individual. Per aquesta raó tenen tanta importància les tendències actuals de l'educació mèdica que subratllen l'autoaprenentatge, l'única forma que el metge en exercici professional es pugui mantenir al dia. Això és particularment cert pel que fa al reciclatge dels aspectes cognitius, ja que les possibilitats informàtiques actuals d'accedir individualment a les fonts bibliogràfiques són immenses. Es preveu que les eines

informàtiques seran útils en el futur no molt llunyà, no solament pel que fa a l'accés a la informació sinó fins i tot en els processos de presa de decisió[12]. Per aquest motiu, algunes facultats de medicina posen un gran èmfasi durant la fase de pregrau en l'entrenament en la utilització dels ordinadors.

En canvi, l'autoadquisició de noves habilitats, si fossin necessàries, és bastant més difícil d'imaginar i seria en aquest terreny on fóra d'importància cabdal la FMC de tipus oficial i estructurat.

Però encara queda una darrera consideració respecte al manteniment de la competència clínica. Si defensem la seva definició en el sentit de comportar unes actuacions correctes des del punt de vista tècnic, però a la vegada moralment bones, ¿com es pot garantir que el metge durant la seva vida professional mantingui la competència clínica en la seva definició maximalista? D'una banda, és de gran importància que, durant les fases de pregrau i postgrau, el professional hagi rebut l'educació necessària. Però, sobretot, aquest és el problema de tota la societat. Des de molts sectors s'insisteix sobre la importància que té el rearmament moral de la societat actual. Si l'esperit ètic impregna tota la societat, això facilitarà la competència clínica dels professionals de la medicina en la seva màxima dimensió.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Rozman C. Reflexions sobre l'ensenyament de la medicina. Barcelona: Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, 1990; 21-60.
2. Rozman C, Palés J, Coca A, Sanz F, Mariné A. Pla d'Estudis Orientat als Problemes (PEOP). Rev R Acad Med Catalunya 1994; 9 Supl 1: 3-40.
3. Pujol-Farriols R. Análisis comparativo de la calidad del ejercicio médico profesional entre médicos formados o no formados mediante el sistema MIR. Tesi doctoral. Barcelona: Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, 1993.
4. Gracia D. Ética médica. En: Rozman C, editor. Farreras-Rozman Medicina Interna. 13a ed. Barcelona: Mosby-Doyma, 1995.
5. Rozman C. La enseñanza de la medicina, ¿debe cambiar de modelo?. Med Clin (Barc) 1993; 100 Supl 1: 3-5.
6. Palés J. Característiques principals del PEOP. Rev R Acad Med Catalunya 1994; 9 Supl 1: 5-12.

7. Coca A. "Skillslab" (Laboratori d'Habilitats) en el PFOP. Rev R Acad Med Catalunya 1994; 9 Supl 1: 13-19.
8. Mariné A. Estudi de la viabilitat legal per implantar el PEOP. Rev R Acad Med Catalunya 1994; 9 Supl 1: 29-38.
9. Universitat de Barcelona. Projecte del Pla d'Estudis de la Llicenciatura de Medicina. Barcelona: Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, 1993; 1-27 [Document no editat].
10. American Medical Association. The physician's recognition and supervision for residents in internal medicine programs: recommendations. Ann Intern Med 1989; 110: 657-663.
11. Creació del Consell coordinador de la formació mèdica continuada. Ordre núm 1243 del 29 de desembre de 1989. Diari Oficial de la Generalitat, 17 de gener de 1990.
12. Sanz, F. Recursos informàtics a l'educació i la pràctica mèdiques del segle XXI: una visió general i una experiència particular. Rev R Acad Med Catalunya 1994; 9 Supl 1: 21-27.

AVALUACIÓ DE LA COMPETÈNCIA CLÍNICA

Ramon Pujol-Farriols

EL MARC ON ELS METGES DESENVOLUPEM LA PROFESSIÓ

Els temps canvien vertiginosament i en aquest context el món sanitari cerca fórmules de coordinació entre l'educació mèdica, els sistemes sanitaris i la pràctica professional. El mes de juny del 1994, en una reunió a Rockford (EUA) propiciada per l'OMS, s'afirmava en una de les seves conclusions: "Les universitats i les administracions sanitàries tenen un paper crucial en assegurar les competències dels professionals i també el nombre apropiat, les categories i distribucions d'aquests per assolir les necessitats de la societat corresponent"[1].

També el metge com a individu no pot donar l'esquena a les modificacions del seu entorn (taula 1), per poder aixi

TAULA 1. CANVIS EN LA PRÀCTICA MÈDICA A EUROPA*

AHIR	AVUI
Diagnòstica	Preventiva
Terapèutica	Tecnològica
Més pacients aguts	Més pacients crònics
Curativa	Cuidativa
De "llit"	Ambulatòria
Patrons	Gestors
	Retorn dels humanistes
Mestres	Tècnics
	Tutors
Clínics	Equips interdisciplinaris
Cirurgians	
Empirisme	Recerca

* A cada apartat s'inclou la característica que es considera dominant, i això no vol dir que l'anterior desaparegui.

reposicionar-se. L'exercici de la medicina porta implícit un aprenentatge permanent i ja es va discutir en un altre col·loqui de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya algunes alternatives modernes a l'ensenyament clàssic del nostre ofici (PEOP). Jo voldria recordar només una frase que vaig aprendre no fa gaire temps i que atorga l'autèntica importància a l'ensenyament basat en la pràctica: "La vertadera comprensió i el més alt nivell d'aprenentatge es donen quan els aprenents participen activament en el desenvolupament del seu propi aprenentatge"[2]. Ara bé, sigui quin sigui el model escollit per ensenyar, cal mesurar els resultats del procés.

L'AVALUACIÓ I LA COMPETÈNCIA PROFESSIONAL DELS METGES

Avaluar vol dir determinar la vàlua o valor d'una persona o cosa[3]. **Avaluar la competència clínica d'un metge** vol dir definir la seva qualitat professional basada en un coneixement bàsic necessari i, sobretot, en l'habilitat d'utilitzarlo en forma d'una atenció mèdica eficaç[4]. Si faig èmfasi en la segona part d'aquesta definició és perquè considero que en els darrers anys s'ha aconseguit un bon nivell en l'adquisició de coneixements per part dels metges joves –vull fugir del terme en *formació* perquè en aquesta situació ens trobem permanentment , més que no pas en la capacitat d'aplicar aquestes savieses.

El terme *avaluació de la competència clínica* neix a cultures anglosaxones *(Clinical Competence Assessment)* i, darrerament, per raons judicials nordamericanes, s'ha anat substituint pel de *Clinical Skills Assessment*, que manifesta l'avaluació de les habilitats d'un professional en un moment concret[5].

Els que s'interessen per l'educació mèdica estan d'acord en un dels principis bàsics promulgats l'any 1988 a la Declaració d'Edimburg[6], on es deia explícitament: "Els coneixements són fonamentals, però també ho han de ser les capacitats, les actituds i els valors del metge perquè d'aquesta manera traslladi la competència a la pràctica". En el mateix sentit s'han pronunciat també col·lectius d'educadors mèdics, tant en l'àmbit europeu[7] com estatal[8] i una bona prova de l'entusiasme que desperta el tema és l'exit de les darreres conferències mundials sobre educació mèdica[9,10].

Els experts demanen repetidament que els metges utilitzin el mateix pensament científic quan ensenyen que quan exerceixen com a clínics o com a investigadors, i fins i tot s'estableixen comparacions entre cadascuna de les característiques d'aquestes tres àrees[11,12]; tan sols d'aquesta manera es podrà evitar el que deia Neufeld l'any 1985[13]: "La competència clínica és com un nen maltractat, nen perquè és una àrea d'interès relativament nova i maltractat perquè és poc considerada pels investigadors".

Una idea que em sembla que ha de quedar clara abans de continuar és la relació existent entre dos conceptes relativament nous, la **competència clínica (CC)** i la **qualitat assistencial** (QA). El primer, que és del que tractarem avui, té a veure amb la capacitat professional per donar una atenció satisfactòria i el segon és el resultat final d'un conjunt

d'accions encaminades cap al mateix fi: oferir un bon nivell de resposta a les demandes dels pacients. En altres paraules, la CC és una condició necessària però no suficient perquè hi hagi QA.

A qui ha de beneficiar una bona avaluació de les competències dels professionals, metges en el nostre cas?

En primer lloc, als ciutadans receptors de l'atenció mèdica, que, cada cop més, són protagonistes en les decisions de tot allò que volen rebre en termes de salut.

En segon lloc, als mateixos metges, que tenim així l'oportunitat de demostrar la nostra capacitat d'adaptació als canvis de la societat i, per tant, de la medicina (taula 1); i, d'altra banda, podem oferir una garantia de qualitat en la nostra pràctica que, sens dubte, ens ha de prestigiar. Hi ha nombrosos exemples d'aquesta capacitat d'adaptació segons les necessitats reals de la societat, però jo en voldria destacar una que em pertoca directament i és la que en els darrers anys han fet els internistes al nostre país; aquests, després de molt de temps de parlar de crisi i de sentir-se desplaçats per altres especialistes, han canviat el discurs i cerquen noves fórmules per adaptar-se al que se'ns demana des de la societat, no tan sols des del vessant biomèdic sino també psicosocial[14,15].

En tercer lloc, l'avaluació de la competència ha d'interessar als responsables de l'educació mèdica, que la situa amb vista al futur com una potent branca de les tecnologies sanitàries *soft* i que té l'ocasió d'implementar sistemes de formació-avaluació de millor nivell i més d'acord amb els requeriments actuals i futurs de la societat, i de desenvolupar noves experiències en la mateixa línia.

En quart lloc, el gran valor que pot tenir en el món de la certificació i recertificació de títols o d'acreditacions per aconseguir definitivament que darrere d'un diploma o títol existeixi realment un nivell de competència correcte del seu titular.

En darrer lloc, i no per això menys important, a les administracions sanitàries que han de vetllar perquè l'atenció mèdica prestada als ciutadans sigui de qualitat i adaptada a cada moment històric.

L'AVALUACIÓ DE LA COMPETÈNCIA DELS METGES A CATALUNYA

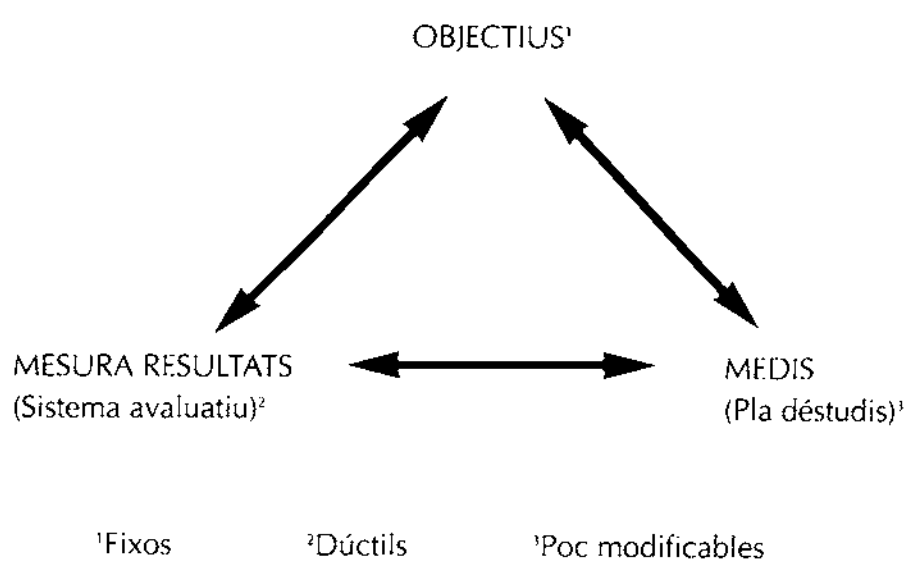
Situant-nos en l'àmbit de l'aprenentatge de la medicina des de l'etapa de pregrau fins a la de formació contínua, i tot i deixant ben clar que no han de ser fases inconnexes d'un mateix procés sinó un itinerari lineal d'un metge que va assolint diverses fites, sembla oportú que repassem en aquest moment quina ha estat la història recent de l'avaluació de la CC al nostre país.

D'entrada, cal dir que no s'ha valorat suficientment l'importantíssim paper que pot tenir el sistema d'avaluació sobre l'aprenentatge i, en conseqüència, sobre l'ensenyament. Dos exemples clars. En la formació de pregrau hi ha una dicotomia entre els mètodes d'ensenyament i les avaluacions finals. Mirem la influència cabdal que té l'examen **MIR** sobre la formació de pregrau; tothom es queixa, però encara no hem

estat capaços de modificar la realitat. En la formació de postgrau, com que no hi ha avaluació final i les avaluacions continuades no son homogènies, tots els residents assoleixen el títol d'especialista sense que hi hagi una acurada anàlisi individual de la CC. Però el que per a mi és encara més important, s'ha perdut fins ara l'oportunitat d'introduir, mitjançant els sistemes d'avaluació, els elements que considerem imprescindibles perquè un metge o un especialista sigui realment competent en la concepció àmplia del terme. Si fem cas del que diu Stillman (fig. 1), la manera més senzilla que tenim de modificar l'aprenentatge dels alumnes no serà canviant els objectius formatius ni els plans d'estudi, sinó els sistemes d'avaluació. Per tant, una primera conclusió bàsica que podem treure és que, si estem d'acord que un bon nivell de CC **no tan sols** vol dir molts coneixements sinó altres característiques fonamentals (taula 2), hem de desenvolupar mètodes d'avaluació que explorin aquestes àrees.

La conseqüència immediata de la nostra situació ha estat que el desenvolupament de nous mètodes de mesura de la CC s'ha incorporat molt recentment al nostre medi, quan alguns països porten molts anys treballant-hi. Tot i

FIGURA 1. COMPONENTS D'UN PROGRAMA*



*Adaptat de Stillman

TAULA 2. COMPONENTS DE LA COMPETÈNCIA CLÍNICA*

- Coneixements
  - Ciències bàsiques
  - Ciències clíniques
- Habilitats
  - Recollida de dades (anamnesi i exploració física)
  - Utilització d'exploracions complementàries
  - Judici clínic i presa de decisions
  - Pràctica en situacions d'emergència
  - Emissió d'informes i presentació de casos
  - Pràctica de tècniques especials
- Actituds
  - Relació amb pacients
  - Relació amb l'equip
  - Sentit de responsabilitat
  - Interès per mesures preventives
  - Interès per l'autoaprenentatge
  - Interès per impartir ensenyament

* Adaptat del *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*

així, val a dir que en aquests moments assistim a un interès notable per part de totes les institucions amb responsabilitat formativa. Aquest seminari n'és un bon exemple. Una de les experiències més recents en què hem tingut l'oportunitat de participar il·lustra clarament aquestes afirmacions. Dins d'un projecte més ampli de recerca en educació mèdica, on hi han participat entitats de tant prestigi com ara l'ECFMG *(Educational Commission for Foreign Medical Graduates)*, l'IES (Institut d'Estudis de la Salut) i l'ACEM (Associació Catalana d'Educació Mèdica), el nostre hospital (Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge) ha avaluat, al principi de l'any 1994, tots els residents (83 en total) de nova incorporació mitjançant unes proves d'avaluació de CC, dissenyades per les entitats investigadores i assajades prèviament a diferents universitats nordamericanes i israelianes. Aquest estudi s'ha denominat projecte COMBELL. Aquestes proves no exploraven exclusivament coneixements, sinó també habi-

litats i actituds. Doncs bé, els resultats finals del COMBELL no han mostrat correlació amb els resultats de la prova MIR, que tots els metges residents participants havien superat pocs mesos abans de sotmetre's al COMBELL, cosa que indica clarament que COMBELL i MIR exploraven diferents característiques de la CC d'aquest grup.

Un darrer apunt de la nostra realitat s'ha de fer en la formació mèdica continuada, el període generalment més llarg de la vida professional d'un metge, i el més dificultós d'organitzar, fins i tot als països que tenen tradició[16]. Diverses institucions se'n preocupen, però encara cal trobar la solució definitiva a aquest embolicat tema, un dels principals problemes del qual és com mesurar efectivament l'evolució de la CC dels metges al llarg del temps; en definitiva també un problema d'avaluació.

Seria adient comentar en aquest moment que, en un grau ideal de maduresa, l'autoavaluació hauria de ser l'instrument més potent a l'hora de mesurar el manteniment de la CC, igual que l'aprenentatge autònom a l'hora d'adquirir-la; tot i estar lluny d'aquesta realitat, no és convenient negligir-la a causa del seu alt valor en el terreny de l'educació mèdica, especialment en la formació mèdica continuada.

COM DESENVOLUPAR POLÍTIQUES D'AVALUACIÓ

El que s'ha dit fins ara ens justifica el QUÈ i el PERQUÈ de l'avaluació; ara bé, no hi ha tant d'acord sobre COM ho hem de fer i QUAN s'ha de fer. No entraré en detalls sobre QUI ho ha de fer perquè crec que no sóc la persona més adequada per desenvolupar aquest punt.

Per anar del més fàcil al més difícil, intentarem contestar primer el QUAN. La resposta és clara: sempre que vulgui validar la situació de la CC d'un metge. Aquí es podria incloure la llicenciatura en els seus diferents moments; el període d'especialització ja sigui a l'entrada, en el seu decurs o a la sortida; i en el transcurs de la vida professional posterior, quan es consideri indicat. Un indicador de com està fent impacte aquest interès per la CC és que, cada cop més, en les ofertes de treball se sol·liciten persones amb experiència acreditada en tal o tal altra àrea més que no pas posseïdores d'aquest o aquell títol, i que sovint es fan entrevistes o proves tendents a objectivar al màxim les capacitats d'un metge. Un altre moment en què l'avaluació pot jugar un paper decisiu és per desenvolupar proves que mesurin no els mínims acceptables, que és el que diu qualsevol títol o diploma, sinó que generin avaluacions voluntàries dificultoses que donin l'opció als candidats a optar a graus d'excel·lència, i que òbviament això tingui una repercussió decisiva en el currículum. Un projecte d'aquestes característiques s'està ultimant entre l'IES i la Societat Catalana de Medicina Interna.

Cal tenir en compte que una de les dificultats en comparar la CC en el pregrau amb la d'anys posteriors deriva dels diferents objectius de l'entrenament[17]. Per això a l'hora de dissenyar mètodes d'avaluació, cal considerar en cada moment què es preten. Així, una cosa és avaluar estudiants de medicina

on la decisió final serà passar/no passar d'acord amb el compliment dels objectius formatius del seu nivell, i una altra diferent serà donar, per exemple, crèdits de formació continuada d'acord amb una mesura objectiva de l'aprofitament d'un curs. De fet, si ens hi fixem, els mètodes emprats clàssicament s'han adaptat amb una certa inèrcia a aquesta situació. En el primer dels exemples esmentats, els exàmens tipus preguntes d'elecció múltiple (MCQ) s'han consolidat, i en el segon cas podria ser més variable, però sovint seria un informe de l'alumne. Tots dos mètodes són evidentment millorables a l'hora de valorar si el nivell de CC és el que pertoca en aquell moment.

Si entrem de ple en la pregunta COM hem d'avaluar, la primera resposta és important, tot i semblar ambigua: DEPÈN DE PER A QUÈ. Aquesta ambigüitat té dues explicacions fàcilment comprensibles. Primera, cal adaptar el mètode avaluatiu a les característiques professionals desitjades de la persona avaluada. Així, no és el mateix fer un disseny per avaluar la CC d'un metge general que per a un cirurgià cardíac i, fins i tot, no és el mateix avaluar la CC d'un especialista qualsevol per treballar en un hospital d'alta tecnologia que per fer-ho en un medi rural. Segona, no hi ha cap mètode que, per si sol, pugui avaluar totalment la CC d'un metge, i aquest és un principi fonamental[18]. Cal, doncs, dissenyar proves que prevegin mètodes complementaris per explorar cadascuna de les característiques de la CC, si no perdrem informació que pot ser d'utilitat.

Una altra consideració que cal fer-se abans d'escollir com avaluar és si estem segurs que la mesura que nosaltres determinarem es correspondrà amb la realitat de la pràctica diària d'aquell metge; en altres paraules: és el mateix el que una persona és capaç d'oferir del que realment ofereix? Aquesta important qüestió ha estat motiu de nombroses investigacions en educació mèdica[19], i ja fa anys Miller[20] ho va explicar de forma molt gràfica en la seva piràmide (fig. 2).

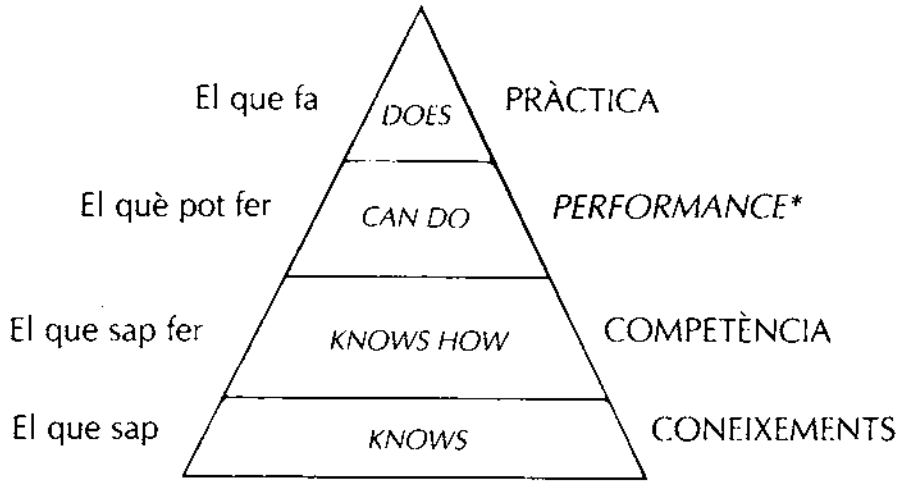
Com es pot veure, la base està constituïda pel **coneixement**, el primer pis per la **capacitat teòrica d'aplicar-lo**, i en els dos últims pisos estarien **la capacitat pràctica i l'acció clínica directa**. Segons aquest autor, a mesura que anem pujant de pis es fa més dificultosa i costosa l'anàlisi de la CC.

Per això s'han anat desenvolupant nombrosos mètodes indirectes de mesura (taula 3) i s'ha fet necessària la seva combinació. A continuació analitzarem diferents possibilitats.

ELS MÈTODES D'AVALUACIÓ DE LA COMPETÈNCIA CLÍNICA

Abans d'escollir qualsevol mètode, cal que compleixi tres característiques imprescindibles, que són, per ordre d'importància, les següents: 1) que sigui **vàlid**, és a dir, que mesuri realment el que vol mesurar; 2) que sigui **reproduïble**, és a dir, que es pugui fer repetidament en diferents circumstàncies, i 3) que sigui **practicable**, és a dir, que sigui possible fer-lo. Hi ha altres característiques que cal tenir en compte però que no són tan transcendentals com les tres exposades (taula 4).

FIGURA 2. PIRÀMIDE DE MILLER



TAULA 3. ALGUNS MÈTODES INDIRECTES D'ANÀLISI DE LA COMPETÈNCIA CLÍNICA

- Exàmens orals
- Exàmens escrits
  - Respostes obertes
  - Respostes d'elecció múltiple (MCQ)
  - Qüestionari de proves modificades
- Escales globals d'avaluació
- Anàlisi d'històries clíniques
- Anàlisi de *curriculum vitae*
- Satisfacció de pacients
- Opinió d'altres col·lectius
- Simulacions (escrites, amb pacients estandarditzats, computeritzades)

TAULA 4. CARACTERÍSTIQUES D'UN MÈTODE D'ANÀLISI DE LA COMPETÈNCIA CLÍNICA

Validesa
Reproductibilitat
Practicabilitat
Objectivitat
Fiabilitat
Rellevància
Equilibri
Poder de discriminació

També cal considerar la capacitat d'ensenyament d'un mètode d'avaluació, vull dir que hi ha mètodes en què el *feed-back* és molt difícil i, en canvi, d'altres que poden ser utilitzats com a elements formatius en si mateixos, cosa que els confereix un valor addicional gens menyspreable.

Seguint l'esquema de la piràmide de Miller i anant de baix cap a dalt, tenim: els coneixements, les competències, l'actuació professional i la pràctica professional.

Mètodes que analitzen coneixements

El ***curriculum vitae*** d'un metge s'ha fet servir durant molts anys com a element bàsic de judici de la seva suposada CC, però hi ha una sensació generalitzada que, si bé amb una lectura acurada es pot deduir la trajectòria investigadora, no té obligatòriament un paral·lelisme amb la CC. En tot cas, es fan esforços per efectuar modificacions perquè millori aquesta correspondència[21].

Les **preguntes escrites amb resposta oberta** amb les seves múltiples possibilitats també s'han anat superant per les **preguntes d'elecció múltiple**, que en els darrers vint anys han ocupat el primer lloc al nostre país. Exàmens tan importants com la majoria dels que es fan a la llicenciatura o l'examen MIR tenen aquest format. Són preguntes vàlides, molt reproduïbles, practicables i poc costoses. Dins de la validesa, cal tenir en compte que exploren bàsicament coneixements i, en conseqüència, premien molt les capacitats cognitives enfront d'altres aspectes de la CC. Com diu Hart[18], fan una exploració en gran extensió, però en poca profunditat. S'allunyen també de la realitat pràctica posada de manifest per l'efecte *cueing*, és a dir, suggeriment que es fa en enunciar les possibles respostes, situació irreal a la pràctica clínica. Tot i així, tenen i continuaran tenint un paper important combinades amb altres tipus d'avaluacions.

Mètodes que analitzen competències

Els clàssics **exàmens orals**, dels quals tots hem tingut experiència com a ava-

luadors i com a avaluats, han deixat lloc a altres mètodes, per dificultats en reproductibilitat i per alguns efectes negatius com l'anomenat efecte halo, que vol dir la generalització en l'avaluació per una resposta extrema, o molt bona o molt dolenta. Són proves subjectives i en què l'estat anímic de l'avaluat té massa influència.

La **motivació i l'autosatisfacció dels professionals** no s'utilitzan com a mètodes habituals per a l'anàlisi de la CC; però, basat en teories de la motivació, habituals en el món empresarial[26], i en l'altre extrem, la desmotivació, com és el cas paradigmàtic de la denominada malaltia de Tomás[27] que comporta la pèrdua de l'autoestima, desànim, tedi en el treball diari i absència d'expectatives, vaig utilitzar-les amb bons resultats en el meu estudi sobre la competència professional dels metges formats pel sistema MIR[28].

Mètodes que analitzen la pràctica professional

Les **escales globals d'avaluació** són qüestionaris omplerts pels tutors docents que inclouen característiques de la CC de l'avaluat en el camp dels coneixements, però també de les habilitats i les actituds. Són les que se segueixen actualment en l'avaluació dels metges residents al nostre país. Tot i que el format s'ha anat millorant, no deixen de ser instruments excessivament burocratitzats i omplerts amb poc esperit crític i, sobretot, poc homogenis, ja que són a les mans de centenars d'avaluadors. Aquesta dificultat és un dels motius pels quals una de les conclusions d'un grup d'experts que ha elaborat un informe sobre la formació postgraduada[22] suggereix la possibilitat d'avaluacions externes i homogènies.

Les **anàlisis d'històries clíniques**, mètode molt utilitzat com a indicador de la QA, té la dificultat de ser difícilment reproduïble en l'anàlisi de la CC i que actualment és un document que pertany a un pacient però on treballen diferents metges. El que sí que sembla molt suggeridor és el denominat CSR *(Chart Stimulated Recall)*[23], en què un tutor discuteix les decisions preses per l'avaluat i expressades en la història clínica amb el mateix interessat.

La **satisfacció dels pacients** és un mètode encara poc explorat en l'anàlisi de la CC, però en canvi més desenvolupat pel que fa a l'anàlisi de la QA. En aquest sentit s'ha definit com "la mesura en què l'atenció sanitària i l'estat de salut resultant compleixen amb les expectatives del receptor"[24]. Algunes experiències en l'avaluació de la CC donen millors resultats quan els pacients han estat preparats per a aquesta funció[25].

La **qualitat de la prescripció farmacèutica** també pot ajudar a diferenciar grups de professionals amb millor CC. No s'entendria com un metge que fos capaç d'analitzar, diagnosticar i informar un pacient no el tractés correctament[29]. També en el meu estudi[28] va existir una bona relació entre qualitat de la prescripció i CC.

L'opinió d'altres grups s'ha fet servir com a indicador de la CC d'un metge. És obvi que qui pot conèixer les capacitats d'un professional és qui treballa diàriament al costat seu, tot i que no deixa de haver-hi un component subjectiu i és

difícil la reproductibilitat del mètode. Tot i així, hi ha bones experiències en avaluacions de metges fetes per altres metges i per altres membres de l'equip assistencial[30,31]. En l'estudi de la CC dels residents MIR va ser utilitzat, tot i que no va servir per discriminar entre un i altre grup[28].

Mètodes que analitzen l'actuació professional

Finalment entrarem en les metodologies que més s'han desenvolupat en els darrers anys arreu del món i que podem denominar globalment **les simulacions**. Poden dividir-se en escrites, amb pacients estandarditzats i computeritzades.

Simulacions escrites: consisteixen a intentar reproduir una situació clínica real en un format escrit amb diferents possibilitats en la resposta, en què l'avaluat ha d'anar prenent decisions sobre la marxa d'acord amb les dades que se li van donant. Hi ha diversos tipus que han anat perfeccionant-se progressivament: el PMP *(Patient Management Problems)*[32] és un dels clàssics que s'ha fet servir en importants avaluacions als EUA[33,34], i el SIMP *(Simulated Initial Medical Problems)* s'ha utilitzat als països europeus[35]. En l'estudi que vam fer de la CC dels residents MIR va ser la prova que millor va discriminar entre un i altre grup[28].

Simulacions amb pacients estandarditzats: amb gran experiència en països anglosaxons, s'han incorporat recentment al nostre país. Van ser utilitzades en el projecte COMBELL amb bons resultats. Es tracta de simular situacions clíniques de la pràctica diària fetes per persones ensinistrades específicament per efectuar un determinat paper, algunes provinents del món artístic i d'altres no. Tenen uns valors difícilment substituïbles: d'una banda, són totalment vàlides i reproduïbles, atès que cada pacient representa el mateix cas i té un entrenament que li permet repetir una i mil vegades la mateixa informació, per la qual cosa es diuen estandarditzats; d'altra banda, estan també instruïts per ser avaluadors de les habilitats de comunicació dels avaluats[36]. Per aquestes dues virtuts tenen avantatges sobre els malalts reals, que han estat efectivament valuosos en proves pràctiques, sobretot d'exploració física.

Hi ha diversos projectes d'ampli abast, que s'estan dissenyant en aquests moments, que preveuen l'ús de pacients estandarditzats en una part de la seva metodologia, com és el cas dels impulsats per l'ECFMG[37]. Alguns d'aquests projectes ja formen part d'exàmens formals a algunes facultats dels EUA[38] o de la llicenciatura al Canadà[39].

En definitiva, aquest tipus de simulacions, adreçades a valorar aspectes més actitudinals i d'habilitats, poden combinar-se molt bé amb altres tècniques d'anàlisi de la CC que exploren aspectes més cognitius.

Simulacions computeritzades: són les tècniques que darrerament s'han incorporat. Ho han fet amb força i consisteixen en un canvi de l'escenari de l'avaluació: el simplifiquen en introduir en un programa d'ordinador interactiu una gran quantitat de possibilitats que permeten avaluar la correcció de les decisions que va prenent la persona que s'enfronta amb cada cas clínic. Un dels

programes més desenvolupats als EUA és el conegut com a CBEX *(Computer Based Examination)*[40], i al nostre país, el construït per investigadors de l'IMIM, conegut com a Hipersimulador[41]. Aquestes simulacions poden oferir un *feed-back* immediat, es combinen també satisfactòriament amb altres proves i cal tenir en compte que exploren fonamentalment l'esfera dels coneixements.

Fins aquí els mètodes més destacats, encara que potser que n'hi hagin altres que no he esmentat; pel caire que porten les coses, uns i altres es veuran probablement superats a curt termini per noves modificacions del que tenim o per l'aparició de noves tècniques.

La variació actual que més èxit està tenint arreu del món és la que es va batejar ja fa quinze anys com a OSCE *(Objective Structured Clinical Examination)*[42], anomenada per alguns OSCA *(Objective Structured Clinical Assessment)*[17]. Més de 29 països l'han incorporat en l'avaluació d'algun període de formació mèdica. No es tracta d'un mètode d'examen, sinó que és un format que inclou en la seva estructura diferents mètodes combinats. Els avaluats van rotant per les diverses estacions que formen l'OSCE, amb un límit de temps, i en cadascuna de les estacions es poden trobar amb proves variades de les que ja hem comentat, algunes de les quals analitzaran coneixements, altres habilitats i altres actituds. Té, a més, els avantatges que es fa servir el mateix material per a tots i que els resultats poden ser jutjats per diversos observadors. Com diu Hart, la limitació del que es pot posar a una estació és tan sols la pròpia imaginació[18]. L'OSCE és un format totalment vàlid i reproduïble. Les dificultats de la seva factibilitat depenen de la infrastructura de què pugui disposar la institució que hagi d'aplicar-lo en un moment concret. Convertir l'actual examen MIR, per posar un exemple punyent, d'una prova escrita d'elecció múltiple a un OSCE suposaria un enrenou; però, si s'aconseguís, permetria sens dubte orientar d'una forma més adient la formació dels metges cap a un model de CC més d'acord amb les línies més avançades, i tindria un efecte positiu sobre un sistema que té un alt prestigi com a mètode de formació de postgrau però amb una via d'accés criticada, fins i tot pels mateixos responsables[43]. Aquestes crítiques inclouen el format i la influència negativa que té sobre el pregrau.

ENSENYAR I AVALUAR: UN PROCÉS NECESSÀRIAMENT UNITARI

Existeix actualment un discurs que s'escolta en tots els ambients d'educadors preocupats per la formació mèdica en qualsevol de les seves etapes i que tindria, esquemàticament, l'estructura següent. Primer, ens hem de plantejar quins metges necessita la societat. Un cop tinguem això clar, hem de decidir com avaluarem les seves capacitats, cosa que ens modularà com els facilitarem l'aprenentatge. Si això fos així, ja no hi hauria la dicotomia tan ben expressada per Harden[44], que diu que mentre els professors es preocupen de com han d'ensenyar (plans d'estudi) els alumnes aprenen el que saben que se'ls preguntarà (tipus d'exàmens). Seria una

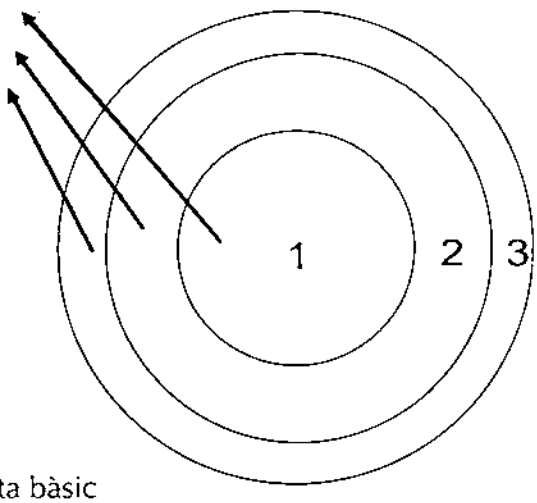
ingenuïtat pensar que només amb el desenvolupament d'excel·lents tècniques d'avaluació s'aproximarien totalment ensenyament i aprenentatge. Calen, evidentment, altres mesures, però tot i així no s'han de deixar perdre aquestes eines tan valuoses amb les quals ja estem començant a oferir alguns resultats interessants.

Podem analitzar, doncs, què més caldria afegir-hi per donar tot el seu potencial a l'avaluació de la CC. Una estratègia important és dotar els continguts de les avaluacions del que pensem què és crucial dominar per a una prova determinada. Com diu Hart[18]: "Si vostè sap el que vol que els seus estudiants siguin capaços de fer, busqui en la seva capsa d'eines d'avaluació i esculli la barreja més apropiada a cada cas". Aquest principi fonamental ja es té en compte en algunes avaluacions nostres. Així, la incorporació progressiva de preguntes d'epidemiologia, salut pública i estadística en l'examen MIR, juntament amb les preguntes clíniques clàssiques, indica que es considera important el domini d'aquestes àrees per un metge que aspira a començar qualsevol especialització.

Si avancem una mica més, podem reflexionar sobre el que serà, amb quasi

FIGURA 3. ESPECIALIZACIÓ MÈDICA

Les tres fases no es poden separar



1. Ser metge
2. Especialista bàsic
3. Superespecialista

tota seguretat, el futur de la formació mèdica postgraduada a Europa. Seguirà criteris de troncalitat i, com va dir recentment Oriol-Bosch en una Jornada del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut[45], primer caldrà ser metge, després especialista bàsic i alguns podran ser superespecialistes. Ara bé, quan valorem a qualsevol nivell d'aquest currículum, haurem de tenir en consideració les fases prèvies. Per exemple, en l'avaluació de la superespecialitat seria com si talléssim una porció d'un pastís o un tronc d'arbre transversalment, on no podem oblidar els components de la CC de les fases prèvies, més nuclears (fig. 3). Òbviament, com més central és el contingut, més haurem de tenir en compte les habilitats i les actituds, atès que aquestes han de ser ensenyades i avaluades ja en les fases inicials de currículum d'un metge.

Per finalitzar, voldria esmentar un exemple molt gràfic que m'ha ensenyat Martínez-Carretero[46]. Imaginem-nos que volem saber si un avi és capaç de cordar-se unes sabates per determinar les seves facultats psicomotrius. Una possibilitat seria demanar-li els avantatges o els inconvenients de portar aquell tipus de calçat, fer-li diferents preguntes sobre els tipus, les mides i altres característiques dels cordons. Ens podríem trobar una persona molt ben instruïda sobre el tema. Ens asseguraria això que seria capaç de cordar-se'ls eficaçment? L'altra possibilitat seria demanar-li que d'entrada es cordés les sabates. L'observació d'aquesta habilitat ja ens donaria una informació molt valuosa que, si ho desitgéssim, podríem complementar amb unes quantes preguntes senzilles.

L'aplicació a la CC d'un metge és obvia. La millor manera de conèixer les capacitats dels nostres alumnes, companys o mestres ha estat sempre veure'ls actuar en la pràctica. Les dificultats metodològiques han obligat a desenvolupar mètodes que cada cop s'aproximen més a la realitat diària. Si, a més, som capaços d'entendre la influència cabdal que això pot tenir sobre el mateix ensenyament, estarem contribuint al que demanava Rozman en el seu discurs d'ingrés a aquesta Reial Acadèmia de Medicina, l'any 1990[47], per tal de capgirar la crisi existent en l'ensenyament de la medicina.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. University of Illinois, College of Medicine at Rockford and World Health Organization. First Global Conference: International Collaboration on Medical Education and Practice. 12-15 de juny de 1994.
2. Cleave-Hogg D. Manual for PBL tutors. Toronto: Faculty Development Committee, University of Toronto, 1991; 1-24.
3. Fabra P. Diccionari general de la llengua catalana. Revisat i ampliat per J Miracle. 23a ed. Barcelona: Edhasa, 1988.
4. Payne BC. The medical record as a basis for assessing medical competence. Ann Intern Med 1979; 91: 623-629.
5. Sutnick AI, Stillman P, Norcini JJ, Friedman M, Regan MB, Williams RG, *et al.* FCFMG assessment of clinical competence of graduates of foreign medical schools. JAMA 1993; 270: 1041-1045.
6. Anònim. Conclusiones de la Conferencia Mundial para la Enseñanza de la Medicina. Edimburgo 1988. El Médico (Madrid) 1988; nº623 (6): 2.
7. Manousos ON. Statement on Medical Education in Europe. First Mediterranean Medical Meeting. Med Educ 1990; 24: 78-80.
8. Sociedad Española de Educación Médica. Ponencias sobre formación médica continuada y planes de estudio. XI Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica. Reus: SEEM, 1992; 1-2.
9. Harden RM, Hart IR, Mulholland H. Approaches to the assessment of clinical competence. Proceedings of the Five Ottawa Conference on Medical Education. Dundee: OCME, 1992.
10. Proceedings of the Sixth Ottawa Conference on Medical Education. Toronto: OCME, 1994.
11. Van Der Vleuten C. Assessment of clinical competence. Proceedings of the Five Ottawa Conference on Medical Education. Dundee: OCME, 1992.
12. Hansen PA. Transforming research and clinical expertise to improve teaching. Proceedings of the Sixth Ottawa Conference on Medical Education. Toronto: OCME, 1994; 75.
13. Neufeld VR. Historical perspectives on clinical competence. En: Neufeld VR, Norman GR, editors. Assessing clinical competence. Nova York: Springer, 1985: 3-14.
14. Editorial. La ética de aprender de los pacientes. Lancet 1994 (ed esp); 344: 71-72.
15. Jefes de Servicio de Medicina Interna de los hospitales comarcales de Cataluña. El futuro de los servicios de Medicina Interna de los hospitales comarcales de Cataluña: lineas estratégicas en el contexto del cambio de la Sanidad. Med Clin (Barc) 1993; 100: 587-590.
16. Sherman CD, Lambiase P. Continuing medical education in the United States:a critique. Eur J Cancer 1993; 29B:184-187.
17. Marshall J. Assessment during postgraduate training. Acad Med 1993; 68 Supl: S23-S26.
18. Hart IR. Seminari sobre l'avaluació de la competència clínica. Institut d'Estudis de la Salut. Barcelona: IES, 1993.
19. Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, Van Der Vleuten C. Does competence of general practitioners predict their performance?: comparison between examination setting and actual practice. BMJ 1991; 303: 1377-1380.

20. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1992; 65 Supl: S63-S67.
21. Mc Hugh PR. El comité de promoción al rango de profesor en la Facultad de Medicina de John Hopkins. Med Clin (Barc) 1994; 102: 259-266.
22. Grup de Treball de Postgrau. Associació Catalana d'Educació Mèdica. Avaluació de la formació postgraduada. Monografies de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona: ACMCB, 1994; 1-57.
23. Jennett PA, Tambay JM, Atkinson MA, Baumber JS, Crutcher RA, Hogan DB, *et al.* Chart stimulated recall. A method for assessing factors which influence physicians practice performance: approaches to the assessment of clinical competence. Proceedings of the Five Ottawa Conference on Medical Education. Dundee: OCME, 1992; 511-517.
24. Otero A, Saturno P, Marquet R. Garantía y mejora de la calidad. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Manual de Atención Primaria. Barcelona: Mosby-Doyma, 1994; 273-288.
25. Eisenberg JM. Evaluating internists clinical competence. J Gen Intern Med 1989; 4: 139-143.
26. Pérez López JA. Las motivaciones humanas. Barcelona: Instituto de Estudios Superiores de la Empresa, 1987; 1-16.
27. Gervas JJ, Monsalve LM. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. Med Clin (Barc) 1989; 93: 572-575.
28. Pujol Farriols R. Análisis comparativo de la calidad del ejercicio médico profesional entre médicos formados o no formados mediante el sistema MIR. Tesi doctoral. Barcelona: Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, 1993.
29. Laporte JR, Saballs P, Campillo M, Marcos JM, Bruguera E, Dróbnic L. Prescripció i ús dels medicaments. Col·legi de Metges de Barcelona. Barcelona: Laia, 1986; 141-142.
30. Tintinalli JE. Evaluation of Emergency Medicine residents by nurses. Acad Med 1989; 64: 49-50.
31. McDougall GM, Jennett PA, Hunter KE, Schachar NS, Lockyer JM, Van Rosendaal GMA. A predictive and comparative study of resident assessment: teaching and assessing clinical competence. Groningen: Boekwerk, 1989; 379-381.
32. Page G. Orientation booklet for new formats of examinations: questions. Medical Council of Canada. Qualifying examination. Montreal: MCC, 1989; 1-7.
33. Norcini JJ, Webster GD, Grosso LJ, Blank LL, Benson JA. Ratings of residents clinical competence and performance on certification examination. Med Educ 1987; 62: 457-462.
34. Norcini JJ, Grosso LJ, Shea JA, Webster GD. The relationship between features of residency training and ABIM certifying examination performance. J Gen Intern Med 1987; 2: 330-336.
35. De Graaf E, Post GJ, Drop MJ. Validation of a new measure of clinical problem solving. Med Educ 1987; 21: 213-218.
36. Stillman PL, Regan MB, Haley HLA, Norcini JJ, Friedman M, Sutnick AL. Validity studies using standardized patient examinations: standardized patients potpourri. Acad Med 1992; 67: 557-559.

37. Educational Commission for Foreign Medical Graduates. Workshop on management policies and procedures for the ECFMG clinical skills assessment program as aplied to ECFMG certification and the proposed ECFMG international standards. Barcelona: Institut d'Fstudis de la Salut, 1994.
38. Stillman P, Regan MB, Swanson DB, Case S, McCahan J, Feinblat J, *et al.* An assessment of the clinical skills of fourth year students of four New England Medical Schools. Acad Med 1990; 65: 320-325.
39. Blackmore DE. A criterion-referenced approach to making pass/fail decisions with results obtained from objective structured clinical examinations. Proceedings of the Sixth Ottawa Conference on Medical Education. Toronto: OCME, 1994; 96.
40. Sutnick AL, Melnick DE, Nungester RJ. Seminar on clinical competence assessment. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, 1992.
41 Patack A. Hipersimulador. Tesi doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, 1994.
42. Harden RM, Gleeson F. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination. Med Educ 1979; 13: 41-44.
43. Ministerio de Sanidad y Consumo. Validez estructural del examen MIR: pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación de médicos especialistas. Madrid: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993; 19-22.
44. Harden RM. Assessment in Medical Education. Barcelona: Facultat de Medicina; Universitat de Barcelona, 1994.
45. Jornada Plenària del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, 1994.
46. Martínez Carretero JM. Les competències professionals i la seva avaluació: un repte de futur. [Programa de comiat de residents de l'Hospital de Reus]. Reus: Facultat de Medicina, Universitat Rovira i Virgili,.1994.
47. Rozman C. Reflexions sobre l'ensenyament de la medicina. Barcelona: Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, 1990; 21-60.

DEMANDA SOCIAL DE LA COMPETÈNCIA CLÍNICA: UN PROCÉS OBJECTIU I SUBJECTIU

Francesc Xavier Altarriba

Gaudir de la salut és un dels drets fonamentals de cada ésser humà.
Carta de les Nacions Unides i Declaració de principis de l'OMS[1]

En medicina, creiem que la competència clínica no solament implica el correcte coneixement del bagatge tècnic necessari, d'acord amb els avenços històricament determinats per poder realitzar amb eficàcia, eficiència i efectivitat les tasques de promoció de la salut, prevenció i diagnòstic correcte; pensem que comporta també pronosticar amb fiabilitat i aplicar tècniques terapèutiques adequades, rehabilitar convenientment i poder aplicar cures pal·liatives i de confort al pacient quan les possibilitats de recuperació de la salut tècnicament ja no siguin possibles.

La competència clínica també ha de tenir en compte dues facetes del concepte de salut. La primera és el seu caràcter dimensional; la segona, els efectes objectius i subjectius.

Cada època, segons el coneixement adquirit i els valors assumits, redefineix el concepte de salut. A partir dels suggeriments de diferents textos actuals[1-5], ens podríem atrevir a definir el concepte de salut com aquell estat en el qual l'ésser humà obté la màxima capacitat funcional, orientada al benestar, portadora de sentit, dins d'un marc històric, geogràfic i sòcio-antropològic concret.

San Martín[4] ens recorda que, tradicionalment, la medicina s'ha definit com l'art i la ciència de prevenir i curar la malaltia. Per assolir els seus objectius, la medicina ha d'avançar alhora en amplitud i profunditat, és a dir, en especialitzacions, però sense perdre mai de vista el sentit holístic de l'ésser humà, el qual només es pot entendre i, per tant, curar en relació íntima amb el seu context, situacions, condicions i característiques, les quals l'afecten com a condicionaments o determinismes.

En destaca en relació amb la salut, el caràcter dimensional, és a dir, oscil·lant dins d'uns determinats paràmetres que actuen com un sistema. També la seva essència és bio-psico-sòcio-antropològica, la qual interactua entre si, de manera interdisciplinària i multidisciplinària.

Cal recordar que l'ésser humà és una seqüència dinàmica i complexa, i per descriure'l no s'ha de confondre la capacitat didàctica amb el reduccionisme fàcil. Tanmateix, en relació amb la salut, s'han de tenir presents els seus dos grans eixos: l'objectiu-descriptiu i el subjectiu-interpretatiu.

L'eix objectiu-descriptiu fa referència al reconeixement de tots els paràmetres, i també als seus nivells òptims, que pos-

sibiliten que un ésser humà pugui ser descrit com a *sa*, és a dir, *capaç per a la funció*.

L'eix subjectiu-interpretatiu implicaria el concepte de *trobar-se bé*; és a dir, conduir la capacitat de funció al grau de satisfacció. No obstant això, el tema es fa més complex en poder-se produir situacions mixtes: un individu que estigui sa i que no es trobi bé (trastorns, efectes psico-somàtics, manifestacions hipocondríaques, etc.), o bé un subjecte que es trobi bé sense estar sa (fases pre-clíniques de la malaltia, malalties sense simptomatologia aparent, etc.).

Aquests dos eixos, objectius i subjectius, bàsics i aplicats, del concepte de salut ens fan pensar que la salut, malgrat ser una finalitat en ella mateixa, no té sentit si no s'orienta al benestar i, com diria Goi, "a una dimensió solidària i joiosa de l'ésser humà".

També hem de destacar el binomi estructura-funció en relació amb la salut. Canvis en l'estructura, per exemple, dels sistemes corporals per raó de l'envelliment, comporten variacions de la funció. I a l'inrevés: alteracions de la funció, per exemple, problemes posturals, poden comportar conseqüències en l'estructura (escoliosi, cifolordosi, etc.).

La competència clínica ha d'abraçar, sens dubte, en l'actualitat, aspectes de ciència bàsica i de ciència aplicada, principalment de la física, la química, la biologia, la psicologia, la sociologia i, bàsicament, de la mateixa medicina en una concepció àmplia.

En el mateix sentit, creiem que la competència clínica ha d'entendre l'existència de l'ésser humà com un equilibri dinàmic entre salut i malaltia, el qual es fonamenta en el potencial genètic de l'individu, en la seva capacitat d'adaptació i en els factors de risc ubicats en el seu ambient i que incideixen en el seu estil de vida.

Però la medicina no és solament biologia, la qual es pot interessar purament per fenòmens descriptius, sinó que s'ha d'orientar necessàriament a possibilitar o a mantenir la salut i a retardar al màxim la malaltia o la disfunció.

També hem insistit anteriorment que la salut, en relació amb l'ésser humà, ha d'implicar una visió global de la persona, tant en els aspectes més genèrics d'espècie com en els més específics i individuals que té com a persona.

Els coneixements propis de la competència clínica s'han d'aplicar en una determinada predisposició, fruit de la pròpia vocació, personalitat, valors i experiència: és el que anomenaríem actitud. Tot ofici o professió es basa en uns coneixements aptitudinals i en unes aplicacions actitudinals.

En general, unes bones qualitats, si no van associades a un interès clar de prioritats i objectius, que determinin una forma de fer, no produeixen l'efecte que teòricament i potencialment fóra d'esperar.

Les actituds en medicina són molt importants, ja que estem treballant amb un ésser humà, el qual és una unitat estructural que interactua com un sistema integral i dinàmic.

La confiança del pacient, la comprensió tranquil·litzadora d'una informació pertinent utilitzada en el moment oportú, els llenguatges pre-verbals (proxèmica, kinèsia, paralingüística,

etc.) són elements imprescindibles per dur a terme l'ofici de metge.

Hi ha malalties moleculars, però en aquest cas la que està malalta no és la molècula en el sentit holístic, sinó la persona, la qual incorpora aspectes racionals i irracionals, conscients i inconscients.

Són aquests aspectes els que es troben *desprotegits* per part del pacient, en una relació estrictament aptitudinal, entre un professional (el metge) i l'objecte del seu treball (el malalt-malaltia o la malaltia-malalt).

En un pla estrictament de sociologia de la salut, seria interessant preguntar a la societat catalana: què espera d'un metge?, com voldria que fos?, com creu que és, en realitat?

Ben segur que algunes respostes serien utòpiques en la demanda, però d'altres potser serien massa tímides en relació amb l'oferta. Cal recordar que la medicina no és una ciència matemàtica, sinó biològica; això implica la impossibilitat de preveure i repetir, en les mateixes condicions, idèntiques variables, fet que sí que és possible de realitzar en un laboratori.

Nosaltres afegiríem que el metge en la seva competència clínica, a més de les aptituds necessàries i de les actituds convenients, ha de posseir un cert art en el desenvolupament de la seva tasca, per la qual cosa es necessita destresa, imaginació, intuïció i, en algunes circumstàncies, improvisació.

El metge ha d'intentar resoldre la malaltia amb la cooperació del malalt, ja que només així la medicina es personalitza i alhora es fa humana, sense deixar de ser científica. Però el metge ha d'assumir que, a més de *curar-rehabilitar* com a activitat emblemàtica de la seva professió, existeixen dues funcions que no solament no li poden ser alienes, sinó que configuren l'essència de l'activitat mèdica.

Ens referim, en primer lloc, a la funció de *prevenció i promoció de la salut*, que evita o retarda la instauració de la malaltia, per afavorir el bé salut. L'altra funció que també és constituent de l'activitat mèdica és la revalorització de *l'atenció i de les cures paliatives*, que exigeixen la bona praxi mèdica i sanitària en tots els pacients terminals.

Són aquests dos àmbits –atenció i cures paliatives i promoció de la salut– els que creiem que haurien de revitalitzar-se a totes les facultats relacionades amb les ciències de la salut, a fi i efecte d'equilibrar amb simetria la formació de l'oferta amb la necessitat de la demanda en el camp sòcio-sanitari.

A més de la reducció de la despesa sanitària, si afavorim els dos àmbits esmentats, milloraria notablement la sensació i la percepció de confort i d'acolliment que rebrien els pacients.

Cal recordar, com ens va dir Freidson[6], que "la posició privilegiada d'una professió la concedeix la mateixa societat que la incorpora i això no es pot forçar ni mantenir en el temps d'una manera artificial".

Tal com ja hem apuntat anteriorment, per fer que el pas d'estar sa –per part del pacient– estigui acompanyat de trobar-se bé, caldrà que la medicina incorpori estratègies psico-socials i, fins i tot, sociològiques. En aquesta direcció, ens caldria prèviament diferenciar tres conceptes: medicina social, sociologia de

la medicina i sociologia mèdica.

Per **medicina social** entendríem la part de la medicina preventiva orientada al tractament i la diagnosi de malalties reals, però ignorades pels mateixos pacients, que abraça la totalitat de les estructures socials sobre la base de les seves condicions i situacions.

La **sociologia de la medicina** estudia les relacions entre actituds, valors, rols i ideologies en el camp sanitari, utilitzant una metodologia social.

La **sociologia mèdica** s'interessa pels problemes concrets de l'àmbit mèdic i sanitari.

Lògicament podem afirmar que, segons la definició de salut per part de l'OMS[1], "estat de total benestar físic, psíquic i social, i no solament absència de malaltia", tot acte mèdic que intenti prevenir o guarir l'ésser humà és un acte social.

La història de la medicina social implica tant un procés de sensibilització social, principalment dels professionals sanitaris, com una acció polítco-social, pel que fa a priorització i prevalències.

En resum, doncs, en tota aplicació social de la medicina, hauríem de tenir presents tres conceptes: estar sa, trobar-se bé i característiques de la malaltia. Els dos primers conceptes en relació amb el malalt (subjecte) i el tercer en relació amb l'objecte.

En un sentit estricte, tota malaltia es manifesta mitjançant un procés de desviació de la norma (salut = equilibri). Aquesta desviació pot ser: 1) + biològica i - social, p. e. malalt; 2) - biològica i + social, p. e. delinqüent; 3) + biològica i + social, p. e. malalt psíquic i delinqüent, i 4) - biològica i - social (absència de desviació), p. e. subjecte normal.

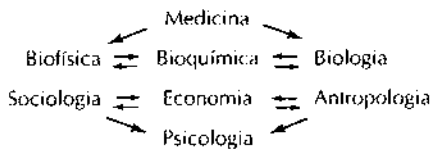
Goffman[7] ens parla del concepte d'anar al metge com un procés unidireccional, des del punt de vista clàssic (persona – metge): persona sana / persona malalta - capacitat del metge d'assignar l'estatus de malalt.

Cal tenir en compte els aspectes objectius i subjectius d'aquest estatus, i també les característiques d'estigma-valor que comporta individualment o col·lectivament.

Certament, en la relació metge-malalt, s'ha viscut un cert caràcter d'autoritat per part del metge, que va més enllà del respecte a la seva competència clínica, ja que pren característiques de poder. Aquest fet inhibeix el diàleg i la confiança per part del pacient (el qual no sempre obeeix a aquest adjectiu: *pacient* és tal com el vol veure el metge; sovint, però, el malalt està *impacient* per trobar-se bé i per poder retornar així al seu estat personal de viure).

Tanmateix, trobem a la literatura mèdica nombroses proves que demostren que molts actes iatrogènics s'han desencadenat per una falta de comunicació entre el metge i el malalt. Henderson[8] aconsella: "Quan parlis amb el pacient, has de tenir en compte, en primer lloc, el que et diu; en segon lloc, el que no et vol dir i, en tercer lloc, el que no et pot dir".

Ja el 1954, Simmons i Wolf[9] opinaven que la ciència mèdica, basada fermament en la ciència biològica, no ha desenvolupat tot el seu potencial en col·laboració amb la ciència social. L'esquema podria ser el següent:



Stern[10] opina, ja des dels anys quaranta, que la ciència mèdica és plenament, i en ella mateixa, una ciència social, i que, com a tal, ha d'incorporar les metodologies que li són pròpies.

Cal recordar també que des del punt de vista d'història de la medicina, a partir dels anys trenta, es desenvolupa l'interès concret per l'estudi dels factors sòcio-culturals en la salut humana. D'aquest fet, en són mostra els treballs inicials de Faris i Dunham[11] a Nova York, ambdós pertanyents a l'escola de Chicago sobre sociologia mèdica, i els estudis antropològics i epidemiològics de la Universitat de Yale, aplicats a la comunitat de New Haven.

També cal remarcar la importància de la psicologia clínica comunitària en la consecució de l'objectiu genèric de salut pública. És sabut que el fet públic i el fet comunitari, a la pràctica, s'han d'ajustar en l'àmbit de serveis personalitzats i, per tant, han de tenir en compte les especificitats, característiques i biografies de cada persona, tant en els seus objectius preventius com terapèutics-rehabilitadors, pal·liatius i docents.

Aquesta és la línia assumida per aquell Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana que, reunits a Perpinyà (1976), van definir, potser utòpicament, però en legítima intenció, la salut com "aquella manera de viure autònoma, solidària i joiosa".

Identificar-se amb aquesta definició implica, per part del metge, un canvi profund en les actituds i donar prioritat al malalt com a subjecte, sense excloure la importància que la malaltia té com a objecte. Aquest posicionament comporta alhora una redefinició del rol del metge des d'una perspectiva més social.

Hem de tenir en compte que *les malalties mai no van a visitar-se al metge*. Hi van individus i s'ha de visitar, doncs, persones que hi van per un problema concret, dimensionat pel marc de les seves circumstàncies, situacions i biografies.

També voldríem incorporar l'esperit d'aquell Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, que hem esmentat anteriorment, principalment pels plantejaments que feia en observar la salut com un concepte positiu, que permet desenvolupar al màxim les capacitats naturals i potencials de l'ésser humà, i fer-les tendir cap a la plenitud de la seva originalitat, individualitat i respecte per la seva autonomia, com a identitat personal i, per tant, com a entitat social.

Tanmateix, es reconeix que la salut és un bé dimensional, però gens estàtic ni alhora definible d'una vegada per sempre, ni solament descrit des dels paràmetres de la ciència o de la professió mèdica.

El concepte de competència clínica ha d'incloure necessàriament, doncs, oferir una assistència integral, personalitzada i permanent a l'individu i a la comunitat en situació de necessitat. Aquesta assistència tant pot anar adreçada a promoure, millorar i conservar la salut, com a recuperar-la o a pal·liar la malaltia.

Cal evitar les temptadores, per sim-

plificadores, teories i també els plantejaments parcials reduccionistes en l'aproximació a la persona, ja que les persones són una entitat psico-somàtica i és vers aquesta totalitat cap on s'ha d'adreçar el que de millor té l'ofici de metge.

El metge competent no ha de comportar-se com un científic asèptic en la seva relació amb el malalt. En tot moment, ha de tenir en compte el fet de corresponsabilitzar el pacient del seu procés de cercar la salut, mitjançant una relació personal directa.

Pensem que, en tot acte mèdic, cal que s'articulin quatre fases bàsiques:

1) *Recollir la informació objectiva i subjectiva* del pacient i el seu entorn, que permeti la major aproximació a la manera en què el malalt pateix i viu la malaltia.

2) *Elaborar un diagnòstic inicial.* Aquest fet exigeix, a més d'actualitzar els coneixements tècnics, elaborar els protocols de diagnòstic normalitzats i amb rigor.

3) *Assumir decisions* en la direcció de *verificar les hipòtesis diagnòstiques inicials* (proves complementàries, aportació de noves informacions, canvis en el curs de la malaltia, noves exploracions, etc.) i d'*iniciar, mantenir o equilibrar la informació* al pacient, tant a escala de demanda com d'oferta. (Cal tenir en compte que la forma, l'amplitud i la situació en què es dóna la informació han d'estar d'acord amb la capacitat receptiva del pacient). És ben cert que aquesta dimensió informativa, i fins pedagògica, de l'ofici de metge és una de les més importants que du a terme, encara que sigui una de les més oblidades. Un tercer aspecte de l'assumpció de decisions serien les *mesures correctores del procés d'interacció metge-malalt.*

4) *Avaluació i constitució de la idoneïtat i l'adequació de les mesures adoptades.*

És ben notable que quan el malalt sintonitza amb el seu metge, en un codi comunicatiu fàcil i amb la màxima confiança, es torna menys dependent de la seva malaltia. Alhora pot participar activament en el seu tractament com a subjecte (no solament com a *receptacle* de la malaltia). Aquest fet li permet prendre decisions fonamentades i amb coneixement, superar fantasies i pors arbitràries, reduir la seva dependència vers l'equip sanitari i esdevenir més suficient, responsable i crític. Lògicament, això ajuda a una reducció del consumisme (que no al consum de bon ús) sanitari i alhora afavoreix, en la població en general, conductes més responsables, madures i participatives, fet que en si mateix ja comporta un major grau de benestar i, per tant, de salut.

En aquest sentit, seria recomanable que en la formació dels futurs metges s'introduís didàcticament el coneixement global i unitari de l'ésser humà, i se superessin les falses diferències entre medicina humanística i medicina científico-tecnològica o de laboratori, o entre medicina curativa, pal·liativa i preventiva. Això comportaria integrar en una visió sistèmica i unitària l'aspecte somàtic i el psíquic, l'individual i el social.

Tanmateix, en la seva formació i preparació, els futurs metges, a més d'incorporar tots els nous coneixements de

les noves ciències bàsiques de la medicina, com ara la bioestadística, la psicologia mèdica, la sociologia sanitària, etc., haurien d'incloure criteris sobre l'assistència contínua al malalt, com ara verificacions, revisions, característiques de l'atenció al malalt terminal, etc.

Tampoc no s'hauria de prescindir dels coneixements sobre gènesi, efectes i condicionaments socials de les malalties, ni de la repercussió que tenen en l'àmbit familiar, laboral i del propi i particular estil de vida. Tota la formació rebuda hauria de centrar-se entorn de la idea del metge com un dels agents que, amb interdependència d'altres de l'àmbit sanitari i social, rep l'encàrrec de protegir tant l'individu com la mateixa societat en la salut, sota el control, la participació i la integració activa i responsable de la comunitat.

Caldria necessàriament potenciar la imatge i la funció tradicional del metge de capçalera com a tècnic, conseller i amic. La pràctica mèdica i la seva competència clínica no són reduïbles a l'estudi únic de les malalties; és necessari, a més, fixar l'atenció en la realitat vivencial i social del malalt. Per aconseguir-ho s'ha d'anar superant el divorci existent entre la formació acadèmica de l'estudiant de medicina, la realitat professional del metge i les necessitats i els requeriments de les persones i de la societat en general.

Voldríem recordar també dos aspectes de gran interès en relació amb la percepció social de la competència clínica. Un és el de les especialitzacions i subespecialitzacions mèdiques; l'altre fa referència a la cultura hospitalària en si mateixa en un sentit ampli.

A mesura que la ciència mèdica es desenvolupa i apareixen nous reptes en relació amb el seu coneixement, és necessari reduir l'amplitud per aconseguir més profunditat en l'objecte d'estudi concret de la medicina. Com a intenció, el protagonista de l'acció del metge especialista és el pacient; però, si analitzem l'execució, el protagonista es converteix en realitat en aquella àrea del cos del malalt en què el professional exerceix el seu domini i el seu treball específic. Aquest fet, d'altra banda del màxim interès per avançar en el procés curatiu, comporta, però, un risc: atomitzar el pacient i substituir el malalt per la malaltia.

Quan són diversos els especialistes que han d'incidir en un mateix malalt, seran del tot punt necessaris esforços comuns de coordinació, comunicació i harmonització. En el límit, cada cop podrien haver-hi més tipus d'especialistes per poder tractar la *persona sencera*; en aquesta situació, cada vegada s'estaria fraccionant més i més la unitat indivisible de l'ésser humà. No hem de confondre, doncs, la metodologia com a especialització operativa amb l'objectiu final com a síntesi de resultat: el benestar social de l'ésser humà.

Paradoxalment, podria succeir el fet que, en millorar tècnicament l'assistència mèdica, aquesta es fes alhora més impersonal i menys satisfactòria per al pacient i per a la societat en general.

Qualsevol solució davant d'aquestes dificultats passa necessàriament per reflexionar sobre els continguts formatius, tant a escala d'aptituds com d'actituds, dels programes impartits per les facultats de medicina, els quals ente-

nem que no han de ser rígids, sinó que han de tenir prou capacitat d'adaptació d'acord amb les necessitats socials detectades.

Cal recordar també el fet que la socialització professional, segons quina orientació i tendència tingui, crearà en els estudiants de medicina unes actituds, uns valors, unes creences i uns comportaments, o bé uns altres.

Hem de subratllar també el fet que els coneixements tècnics confereixen capacitat, autoritat i poder; però el tracte humà és el que permet la confiança, la sinceritat i la predisposició participativa. Ambdós, coneixements tècnics i tracte humà, possibiliten, conjuntament amb una pràctica reflexiva de la professió, la competència clínica, la qual es manifesta mitjançant la capacitat per desenvolupar l'ofici de metge.

Pel que fa a la cultura hospitalària, hauríem de dir que, popularment, l'hospital és la casa del metge, en la seva categoria màxima. El malalt, quan hi ingressa, ha de canviar els seus ritmes personals i es veu obligat a adaptar-se a una normativa rígida, sovint més feta a mida de l'equip sanitari que dels mateixos pacients.

Freqüentment, hem observat les situacions en què donen bones i males notícies, pel que fa al diagnòstic i l'evolució d'un pacient: en corredors, a peu dret, apressadament, amb llenguatges ambivalents i distants, amb to despersonalitzat, etc., en definitiva, d'una manera poc humana.

Recordar la importància dels valors sinceritat, veritat i autenticitat amb què el metge expressa els diagnòstics i pronòstics al pacient i a la família és també un eix de la competència clínica. El resultat de l'experiència comunicativa es fonamenta en el contingut i en la forma com es transmeten diagnòstics i pronòstics. En aquest sentit, voldríem insistir en la importància de la forma per poder preservar el contingut.

Cal professionalitzar més encara l'ofici de metge també en aquest vessant, el qual, com veiem, ha d'estar incorporat, de totes totes i per definició, a l'anomenada competència clínica. Un metge que tingui competència clínica ha de saber donar bones i males notícies, perquè aquest fet forma part de la seva *competència*.

La medicina com a ciència es fa professió per mitjà de qui l'exerceix: el metge. En un futur proper, altament tecnològic, l'asèpsia instrumental produirà l'efecte secundari de por i distanciament en la relació metge-malalt. Aquest efecte caldrà neutralitzar-lo dotant el metge del recursos psicològics i sociològics suficients.

Hem de tenir en compte que els estudiants que escullen la medicina com a carrera no estan distribuïts a l'atzar entre el conjunt de la població, sinó que posseeixen certes característiques i segueixen uns models determinats. Aquests models haurien de canalitzar-se ja en les proves d'admissió, ponderant mesures objectives de vocació i predisposició actitudinal amb altres de caire més tecnològic i aptitudinal.

Un altre aspecte que cal tenir en consideració pel que fa a la competència clínica dels metges fa referència a la falta d'implicació emocional o al distanciament afectiu; d'aquesta manera es creu que s'obté un major grau d'objec-

tivitat en la valoració i en la interacció amb el pacient.

Sense desmerèixer els aspectes parcials que realment obeeixen a aquest plantejament, cal dir que, si es portés al límit, renunciaríem als processos de contratransferència i de intuïció sensitiva, que solament la interacció emocional entrenada pot aportar.

De cap manera es pot confondre sensibilitat receptiva amb bloqueig per implicació. Caldrà diferenciar-los i entrenar els professionals perquè els reconeguin i puguin donar una resposta diferencial pertinent en cada cas.

A tall de resum, pensem que una assistència integral al pacient i a la comunitat s'ha de realitzar des d'una òptica bio-psico-social, ja que l'ésser humà és una unitat indivisible i, per tant, no s'ha de confondre la part amb el tot. El cos humà, en un sentit ampli, actua i respon com un sistema, el qual pot ser afectat per inputs biològics, psicològics i socials. A tall d'exemple, podríem citar el fenomen de l'estrès[12].

Aquests *inputs* han de ser presents també des dels protocols en el diagnòstic, el pronòstic, la prevenció, la promoció, la terapèutica, la pal·liació i la docència de la salut[13]. Donar prioritat a un d'ells segons la urgència, necessitat o conveniència no vol dir ni excloure ni reduir, des d'un punt de vista de la bioètica mèdica[14].

Marañón[15] deia que "tot l'organisme pateix per cada causa, per allunyada i local que sigui, en una admirable i indestructible unitat, que es fa encara més patent en la malaltia que en la salut. L'art del metge es manifesta en la reconstrucció etiològica de tota la realitat del pacient".

Algunes persones som o serem metges, però ben segur que tots serem pacients. Voldríem que, quan nosaltres, com a pacients, necessitéssim el metge, aquest fos simètric del metge que veuen en nosaltres els nostres pacients? Si la resposta és no, el fet d'aconseguir ser els metges que els nostres pacients necessiten pot estimular un projecte personal de canvi. Però si la resposta és sí, és que ja hem fet de la salut la nostra professió-vocació. Entesa així, en l'exercici de la nostra competència clínica, preservem, justifiquem i alhora dignifiquem el concepte de salut, mitjançant el senzill, honorable, penós, ingrat, joiós, dubitatiu i humà ofici de metge.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. OMS. Els objectius de la salut per a tothom. Barcelona: Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, 1985.
2. Banco Mundial. Indicadores del Desarrollo Mundial. Washington DC: Publicaciones del Banco Mundial, 1991.
3. CIRES. La realidad social en España. Barcelona: Ediciones BSA, 1993.
4. San Martín H. Salud y enfermedad. Mèxic DF: Prensa Médica Mexicana, 1984.
5. Gol J, Jaén J, Marcos JA, Casares R, Foz M, Moll J, *et al.* El metge de capçalera, en un nou sistema sanitari. Col·lecció Salut i Sanitat del Col·legi de Metges de Barcelona. Barcelona: Laia, 1979.
6. Freidson E. La profesión médica. Barcelona: Ediciones Península, 1978.
7. Goffman E. Estigma. Buenos Aires: Amorrortu, 1963.
8. Henderson LJ. Physician and patient as a social system. N Engl J Med 1935.
9. Simmons LW, Wolf HG. Social Science in Medicine. Nova York: Russell Sage, 1954.
10. Sigerist, Stern, Sydenstriker. Civilization and disease. Chicago: University of Chicago Press, 1943.
11. Faris RE, Dunham HW. Mental Disorders in Urban Areas. Chicago: University of Chicago Press, 1939.
12. Altarriba FX. El estrés. Barcelona: Editorial Tisa, 1991.
13. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria. Barcelona: Mosby-Doyma, 1994.
14. Institut Borja de Bioètica. Aspectos éticos del progreso biomédico. Sant Cugat: IBB, 1987.
15. Marañón G. Manual de Diagnóstico Etiológico. Madrid: Espasa-Calpe, 1946.

QUÈ ÉS FER DE METGE

Gonçal Lloveras

Sense intenció de fer un repàs històric, val la pena, potser, intentar contestar la pregunta *què és fer de metge?* tot referint-nos a les característiques d'aquesta feina —avui professió— al llarg de l'evolució cultural de la medicina, des de mitjan segle XIX fins als nostres dies; és a dir, des de l'època en què el positivisme naturalista sembla confirmar i acreditar les bases científiques d'una teoria de l'organisme humà que permeti interpretar racionalment la malaltia i les possibilitats de curar-la o de millorar-la. La física, la química i la biologia proporcionen, amb els seus progressos, una interpretació optimista i confiada sobre el coneixement de la naturalesa humana. Les teories de Darwin, per exemple, fan creure que l'origen de l'home ha passat definitivament del misteri al coneixement científic. El pas de la suposició a l'evidència, de la creença a la lògica és un repte que els metges amb vocació científica van acceptar amb entusiasme. Sols caldrà donar temps al temps o, si volem dir-ho d'una altra manera, compartir la paciència amb l'experimentació facilitada per la tècnica com a instrument de progrés segur. No entendre-ho així començava a ser, al final del segle passat, símptoma clar d'irracionalitat. Aquesta mala imatge persisteix en l'actualitat.

Recordem que el positivisme de Compte (1798 -1857) defineix l'evolució històrica de la humanitat com un successiu pas per l'*etapa teològica*, de fe en éssers sobrenaturals, per l'*etapa metafísica*, filosòfica, basada en grans abstraccions, i per l'*etapa científica*, basada en fets concretables, matemàtics.

Però heus aquí que alguns grans pensadors de l'època, com ara Nietzsche (1844-1900) en la seva *Gaia Ciència*, comencen a queixar-se amb contundència d'una interpretació del món basada en "comptar, calcular i pesar" que, segons aquest filòsof, és una interpretació ingènua i obtusa.

Certament, aquestes referències no pretenen més que mostrar que molts debats actuals són antics i que, en contemplar l'evolució recent de la ciència mèdica, els benvinguts entusiasmes que ha despertat --i cal que continuï despertant– i també les lamentacions no sols persistents sinó progressives, hem de mantenir una actitud crítica sobre el que sabem i el que fem.

Dins d'aquest camp bipolar (que un bon amic defineix com a "química *versus* política") el metge ha estat, ja en la medicina contemporània i de manera alternativament successiva o complementària, coses força diferents. Avui diem que ha tingut "perfils professionals" molt diversos:

a) Ha estat un bon coneixedor de

l'organisme com a estructura, complexa però analitzable anatòmicament. Els òrgans són, d'acord amb aquesta mentalitat, separables i la seva lesió és la responsable de la malaltia.

L'estructura és prioritària sobre la funció. *El mètode anatomoclínic* és el que dóna prestigi i eficàcia.

L'exploració va dirigida a descobrir lesions (més macroscòpiques que microscòpiques).

L'instrumental –fins i tot el radiològic– és una prolongació de les mans i de la mirada o la capacitat per escoltar va més dirigida als òrgans concrets que a l'organisme com a totalitat o que a la persona.

b) El metge s'ha interessat més per la funció. De l'exploració dels òrgans possiblement lesionats ha passat a explorar sistemes. La prova funcional comença a ser una necessitat. I, en aquest canvi cultural, el sistema nerviós (Goldstein) i el sistema endocrí (Selye, Marañón) esdevenen paradigmes d'una visió de l'organisme com a totalitat. La lesió es busca menys que la seva causa fisiopatològica. La història clínica es fa més complexa. L'instrument diagnòstic és cada vegada més bioquímic. Conceptes de difícil percepció des del mètode anatomoclínic, com la permeabilitat o la immunitat, defineixen el metge més avançat científicament.

c) Al servei d'aquestes percepcions es desenvolupa la *tecnologia* moderna. Per mitjà d'ella, la capacitat d'admiració dels pacients i dels mateixos professionals torna a créixer espectacularment. Apareixen especialitats basades en una sofisticació tècnica, sobretot diagnòstica. El progressisme a ultrança reapareix.

d) I la persona, què? Dins dels supòsits culturals que hem ressenyat i que, per insuficients, esdevindran viciosos, les alteracions de la conducta social o el sofriments derivats d'alteracions emocionals passen a tenir un tractament intel·lectual (comprensió) i assistencial (teràpia) al marge de la ciència i de la tecnologia: dels trastorns de la ment s'ocupa la psiquiatria i aquesta assignatura esdevé atípica en els currículums de les facultats de medicina. Diverses classificacions de psicopatologies (la tipificació en neurosi, psicosi i conductes psicopàtiques constitueix ja un avenç cultural sobre el tema), etiopatogènies obscurantistes amb referència al pecat, a la sanció social o a lesions misterioses (que la "cerebròpolis", que deia Sarró, no aclareix), al manicomi com a defensa de la família i de la societat davant del boig, les cures de Sakel o l'electroxoc com a intents tecnificats des d'una perspectiva somàtica a ultrança, no faciliten la integració científica del cos i l'ànima, el soma i la psique. Serà Freud qui, amb unes quantes reflexions sobre la realitat viscuda (sobretot relatives a la histèria), unes bones intuïcions interpretatives i una nova manera d'interrogar el malalt, provocarà un salt qualitatiu que afectarà no sols la psicopatologia, sinó tota la medicina en general. Conceptes com la dinàmica de l'inconscient, l'empresonament del jo conscient, la visió biogràfica de la malaltia, la tensió entre passat impulsiu, present poc clar i projecte idealitzat suggereixen, revolucionàriament, una nova manera d'entendre patogènies en què el biologisme i el psicologisme comencen a donar-se

la mà. La medicina psico-somàtica, que no aconsegueix desenvolupar-se amb eficàcia, significa, no obstant això, un salt qualitatiu cap a la modernitat. *D'aquest canvi cultural es deriva*, per exemple, *la necessitat d'aprendre a interrogar la subjectivitat del malalt*, d'analitzar la relació metge-malalt (amb més malícia, amb menys ingenuïtat) i de fer de l'anamnesi una cosa més que un breu prefaci de la història clínica.

Però "les ciències avancen tant que sembla mentida" i aquestes maneres d'entendre la medicina i de fer de metge no s'integren, més aviat cristal·litzen en forma de vicis metodològics, pedagògics i professionals. Les facultats de medicina no donen suficient resposta a qüestions greus.

Quins són aquests vicis?

– Per part dels devots de la ciència positiva, considerar que *si no s'objectiva la lesió no es pot definir la malaltia* (la paraula *funcional* esdevé encara una trampa tranquil·litzadora).

– Els que s'interessen per la funció més que per l'anatomia, els *fisiopatòlegs*, milloren la perspectiva científica, però són encara "poc eficients", excepte quan la farmacologia comença a corregir símptomes importants (record i homenatge al professor García-Valdecasas, autor d'un llibre i d'una manera d'ensenyar l'actuació dels fàrmacs des de la fisiopatologia).

Quedi clar, doncs, que la permanència d'una limitació conceptual no impedeix un progrés en certs àmbits. Menys èxit ha tingut la "cirurgia funcional".

– Els enamorats de la tècnica com a instrument diagnòstic i/o terapèutic no resisteixen la temptació d'afiliar-se a un *tecnicisme com a filosofia*. L'optimisme positivista es modernitza d'aquesta manera.

– Els psiquiatres es divideixen dogmàticament en: classificadors de casos clínics, psicoanalistes més o menys heterodoxos, conductivistes que saben explotar la coacció social com a explicació causal i com a terapèutica, i psicofarmacòlegs molt valuosos, però que perden interès per una visió personalitzada de la psicopatologia. L'intent de Binswanger de separar la neurosi de la psicosi, segons una "comprensibilitat" o "incomprensibilitat" de la biografia del malalt, no és suficientment aprofitada. Per què? Perquè l'esforç cultural que exigeix no és fàcil d'assolir.

Com s'explicita el problema actualment?

Població sana, malalts, professionals de ciències de la salut, administradors sanitaris expliciten una certa frustració; un cert desencís general que no sempre resulta confirmat per les actuacions mèdiques concretes, moltes, moltíssimes vegades viscudes amb satisfacció, sobretot per part dels anomenats usuaris, és a dir, pels que demanen assistència perquè es consideren malalts necessitats d'ajut mèdic. Ara bé:

– *La població general, sana, no acaba d'entendre les actuacions educatives en nom de la prevenció*. Es diu, per part de crítics de la cultura sanitària actual, que s'està medicalitzant massa el concepte de felicitat i que l'ètica del consell promotor de salut, més o menys coactiu, és discutible.

– Els pacients, malgrat múltiples satis-

faccions, es queixen que la *relació metge-malalt és deficient*, sobretot quant a informació verídica, comprensible i cordial.

– *Els professionals* viuen com a desproporció inacceptable la relació temps/llista de malalts atesos *i demanen millor valoració qualitativa del treball assistencial.* En els grans hospitals es queixen també d'una *poca capacitat d'incidir en les decisions relatives a la gestió.*

– *Els administradors sanitaris es queixen de la poca sensibilitat tècnica i ètica dels professionals en relació amb l'equació cost/benefici* i d'una comprensió deficient del tema de les prioritats en la gestió pressupostària. D'altra banda, també es queixen que el consum sanitari de la població sigui abusiu i fomentat per una certa demagògia en relació amb el mal anomenat "dret a la salut".

En aquesta situació ha estat subratllada de nou la paraula *humanisme*: necessitat de fomentar el retorn a un humanisme mèdic, el retorn a una medicina de persones, com deia Gol.

Tinc pressa a corregir la paraula *retorn* i substituir-la, com a mínim, per una altra: la *recreació* d'una medicina personalitzada. El problema, l'hem descobert; la solució, l'hem d'inventar. Memòria, sí; però també imaginació. Cal superar les nostàlgies.

No és la primera vegada que intento separar clarament l'humanisme mèdic del "pseudo-humanisme", molt perillós al meu entendre.

Que qualsevol professional de ciències de la salut tingui en compte *la necessitat de considerar la subjectivitat de l'individu i l'inconscient col·lectiu de la població no és una qüestió psicològica, estètica ni ideològica.* Vull dir que no és una qüestió de cordialitat, de cortesia o de filantropia. *És una qüestió d'eficiència*, que va des de les hipòtesis de recerca aplicable a la salut humana fins a saber què i com se li ha de comunicar a un malalt les dramàtiques característiques de l'afecció que el condemna. I, entretant, la feina de cada dia, educativa, preventiva, assistencial. *La pregunta continua sent: el fet que el possible malalt sigui una persona i no un simple (o complicat) organisme obliga a introduir en la ciència mèdica unes peculiaritats fonamentals per comprendre les causes i l'evolució de la malaltia? O no?* Educar correctament un diabètic perquè autogestioni la seva malaltia és un problema de bondat o de veritat? És apostolat o coneixement científic de l'home?

Unes evidències:

– Fer-se càrrec de com viu la malaltia o la por de sofrir-la una persona, interrogar sobre temes ineludibles, com són la família, la sexualitat, el projecte personal, etc., saber **preguntar**, saber **escoltar**, saber **interpretar** el subjecte, topa amb greus dificultats.

– Una socialització massa simplista ha facilitat la **massificació**, entesa no com a problema numèric, sinó com a poca exigència de qualitat relacional.

– El progrés científic passa unes vegades per una parcel·lació de l'organisme humà i converteix el malalt en objecte d'estudi i afirmació consecutiva del prestigi professional. Es un ***cientifisme acrític***.

– La **tècnica és viscuda com a filosofia** en comptes de limitar-la a instru-

mentació.

La salut es polititza.

Doncs bé, cal denunciar intel·lectualment que *un humanisme viscut com a nostalgia pel metge i pel malalt corre el risc d'esdevenir cultura reaccionària frenadora* del progrés científic, l'avenç tècnic i l'equitat en la distribució de recursos; i estimuladora del cultiu de certa psicoteràpia banalitzada (medicines alternatives incloses) i de la defensa de privilegis; ser tractat com a persona és un luxe.

El canvi cultural que exigeix l'actual concepte de salut –òbviament, no sols manca de malaltia, sinó de qualitats de la vida relacionades amb la joia, l'autonomia i la solidaritat– obliga a reflexionar en tots els àmbits –sobretot en l'àmbit universitari– sobre quina metodologia pot inventar-se perquè el metge no se senti còmode tan sols en una parcel·la de la seva feina. Cal que:

1. Sigui enamorat de la recerca i autocrític amb els resultats d'aquesta recerca.

2. Sigui conscient que la ciència mèdica és una ciència aplicada i que pot tenir la temptació de conformar-se amb teories i filosofies obsoletes (com, per exemple, manejar relacions de causa-efecte ingènues).

3. Biològicament estudiï la part i no oblidi el tot.

4. No deixi la consideració dels factors psico-socials de la malaltia (patogènia i terapèutica) a les mans dels "espiritualistes" o que els consideri tema exclusiu dels especialistes de la psicopatologia.

5. Cada decisió estigui precedida d'una interrogació a la subjectivitat, havent superat mètodes intuïtius o actituds de bona intenció sense esforç crític al llarg de la seva formació.

6. Aquestes mateixes decisions siguin valorades tècnicament i èticament i el metge s'interessi seriosament per aquest procés avaluatiu, lligat a la moral de la distribució de recursos inevitablement escassos, sigui quina sigui la conjuntura econòmica i/o política.

Vist el problema des d'aquesta perspectiva, penso que fer de metge no és una barreja de ciència, amabilitat i artesania. És el resultat d'haver pogut integrar valors permanentment propis de l'ésser humà a l'estudi i a l'exercici de la medicina, des del de capçalera fins al gestor, des de l'investigador bàsic que demana una beca fins al psiquiatre que maneja la farmacologia, des de l'educador sanitari fins al traumatòleg d'urgències.

Perquè els nostres progressos en relació amb aquests objectius no siguin qualificats de fracassos reiterats, en diem reptes comprometedors, però atractius. És en aquest sentit que té interès i oportunitat l'estudi que l'IES, en col·laboració amb un grup d'experts, està duent a terme sobre "tendències i escenaris que actuen sobre les competències professionals en ciències de la salut".

TAULA 1. FORMES VICIADES DE LA RELACIÓ AFECTIVA METGE-MALALT*

1. Per excés o per defecte en l'afectivitat
   1.1 Intensificació abusiva de la transferència (o de la contratransferència), sobretot si és inconscient = no controlada.
   1.2 Excessiva fredor sentimental del metge: funcionarial-cientifista.
   1.3 Actitud apostòlica: imposició de criteris de felicitat (psicològics) o de "sentit de la vida" (ideològics).
   1.4 Imatge professional seductora:
      1.4.1 Abús del prestigi social.
      1.4.2 Anul·lació del sentit crític del pacient.

2. Afectivitat no amistosa.
   2.1 Excessiu afany de lucre.
   2.2 Derivacions: pacient-client, simpatia-somriure estratègic, estètica-publicitat.

3. "Dret a la salut": demagògia política.

* Adaptat de Balint

El tema de la relació cos-ànima no està aclarit. Deixeu-me recordar, com a anècdota i categoria a la vegada, el consell que fa molts anys en donà Pedro Laín, tot parlant de psico-somàtica, de llegir Maragall que, en un article titulat "La Panacea" (16.11.1911), deia: "Tractem de fer servir el cos com a ànima i l'ànima com a cos".

DISCUSSIÓ DE LES PONÈNCIES

Dr. Moisès Broggi, acadèmic numerari

– El Dr. Rozman s'ha referit a la necessitat d'incrementar l'ensenyament pràctic i crec que aquest és el camí. Fins fa ben poc l'ensenyament es feia d'una forma gairebé exclusivament deductiva, a força d'estudiar unes entitats ja establertes, per aplicar-les després als casos pràctics. El sistema preconitzat i que es va imposant és l'invers, aquell que va de l'observació dels casos concrets que ens presenta la realitat a l'enunciat de les lleis generals, amb la qual cosa es promou l'esperit d'observació i l'esforç intel·lectual, més que el simplement memorístic.

A més voldria remarcar la discrepància existent en la formació del metge, entre els coneixements tècnics i la formació humanística: dissociació que no és exclusiva de la medicina, sinó que també es produeix en les altres ciències aplicades. El metge, a més de ser un bon coneixedor de la tècnica, ha de tenir humanitat, en el sentit d'amor a la condició humana. És a dir, ha de sentir compassió pel malalt, cosa que no s'aprèn si no es porta a dins. S'ha de tenir en compte que, com més perfecta és la tècnica, més humanitat necessita tenir el metge.

Dr. Miquel Torner, acadèmic numerari

– Jo crec que aquesta mesa és molt interessant. S'han dit grans veritats i aleshores els comentaris que se'n poden fer són molts. En relació amb els estudis de pregrau, he de dir que he seguit amb molt d'interès la ponència del Dr. Rozman i he de concloure amb molta pena que, malgrat els seus continuats esforços, els estudis de pregrau segueixen gairebé igual que quan em vaig graduar. Es continuen donant uns coneixements excessivament teòrics, millors o pitjors segons la capacitat docent de cada professor, però l'ofici de fer de metge no s'ensenya adequadament. S'aconsegueix el títol que permet exercir, però no la capacitat per fer una medicina de qualitat.

Com deia el Dr. Rozman, ahir i avui, el metge es fa al costat d'un bon mestre que t'ensenya a fer de metge davant del malalt. De la mateixa manera que un fuster no es forma en una aula sinó en el taller, i el tennis s'aprèn a la pista, jugant amb l'entrenador.

Es pot dir: això ja ho fa el programa MIR; però, quants dels que acaben el pregrau se'n queden fora? La medicina és cada vegada més científica i tecnològica, però fer de metge és encara també art i ofici.

El Dr. Lloveras ens ha descrit de forma magistral com ha de ser la figura del metge. A la competència clínica i al grau de precisió en el diagnòstic, s'hi ha d'afegir un gran component d'humanitat i també d'ètica professional, i ha de considerar el malalt com a persona que, a més d'una afecció orgànica, té una ànima i que d'acord amb la seva personalitat matisa la malaltia.

El Dr. Lloveras diu també que la medicina és molt complexa, que no és

una ciència exacta. Això planteja molts problemes. Quan diem, per exemple, hipertensió arterial essencial o primària, és que estem enfront d'un problema multifactorial. La gent que surt de l'hospital amb el diagnòstic de fibril·lació auricular idiopàtica pot ser que pensi que no s'ha fet un diagnòstic causal, però el que ha fet el metge és descartar una cardiopatia associada, i és tot el que calia fer per orientar el tractament.

Què vol la societat actual del metge? És possible que la socialització de la medicina amb el deteriorament de la relació metge-malalt, juntament amb la supertecnificació de la medicina, tendeixi a canviar aquella imatge de bon metge caracteritzada per la seva precisió diagnòstica basada en un bon interrogatori, una bona exploració clínica, completada amb el bon ús i jerarquització dels nostres extraordinaris mitjans d'exploració. Tot això acompanyat d'una gran dosi d'humanitat.

Tot el que aquí s'ha dit ha de servir per millorar la competència en l'exercici de la medicina. L'experiència dels ponents demostra que no és un problema fàcil, però hem de fer tots plegats un gran esforç per millorar-ho.

Dr. Josep Maria Massons, acadèmic numerari

– Jo només voldria fer una petita aportació. Crec que és molt important convèncer el malalt que el metge està disposat a fer per ell tot el que podrà, que posarà tota la seva ànima per curar-lo i alleujar-lo. I això es molt difícil, perquè no es tracta de enganyar-lo, es tracta de convèncer-lo. I això vol dir temps, vol dir escoltar-lo i vol dir estimar-lo. Amb penso que m'enteneu tots perfectament.

Anònim

– En primer lloc, volia felicitar la mesa. Realment, m'ha semblat un tema molt interessant i per això hi he vingut. És la primera vegada que vinc a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Volia fer uns comentaris sobre la ponència feta pel Dr. Rozman, en el sentit que actualment les facultats de medicina reben uns alumnes que són d'alta qualificació, ja que per accedir al *numerus clausus* d'aquestes facultats han de posseir una elevada preparació des del punt de vista de la competència per estudiar o per adquirir coneixements nous. Crec que realment són molt bons.

El fet és que, amb els plans d'estudi actuals de les facultats de medicina, els estudiants no aconsegueixen adquirir, en acabar els sis anys, la competència professional en el sentit ampli que aquí s'ha exposat. En els darrers cursos de la carrera, els alumnes tenen com a meta superar l'examen MIR i, encara que el professor intenti promoure la competència clínica, el treball amb els pacients, la relació amb aquests pacients, fer seminaris clínics o intensificar la pràctica clínica, el cert és que els alumnes hi responen malament. En canvi, responen molt bé a agafar apunts i prendre notes que els facilitin l'accés a l'examen MIR. Actualment, la competència professional s'adquireix, òbviament, quan l'alumne es troba dins d'un centre hospitalari amb professionals molt bons i fent de metge; inicialment, fent la seva feina de manera tutelada per un professional amb experièn-

cia i, finalment, ja en solitari. Intentar aconseguir una bona competència professional abans d'acabar els sis anys de la carrera és extraordinàriament difícil.

Dr. Emili Sala-Patau, acadèmic numerari

– Com a persona que fa anys que vaig intentar fer metges competents, crec que s'hauria de matisar què és el concepte de competència i diferenciar-ho de comportament. He intentat fer metges competents, que sàpiguen fer de metges; el que han fet després quan han sortit de la facultat ja és una altra cosa. Jo ho trobo semblant al que passa en una casa. Per exemple, si un pare de família té sis fills, com jo, els pot educar, ensenyar com han de menjar, com s'han de comportar, però quan surtin al carrer faran el que voldran. Aleshores, per avaluar i mantenir comportament i competència, faria falta una tutoria gairebé permanent.

Dr. Francesc Solé-Balcells

– Demano a la mesa d'experts que una de les conclusions sigui que, igual que en el sistema universitari, el qui fa el MIR tingui l'obligació de demostrar, al final del seu període de formació, els ensenyaments que ha rebut, és a dir, que s'imposi un sistema d'avaluació de coneixements. L'actual apte o no apte que es demana a la Unitat Docent no és suficient. Fa dos anys que existeix en Urologia l'examen per obtenir el *Board* europeu i, des que aquesta prova existeix, ha augmentat la qualitat en la formació. Ara que s'està parlant de modificar a Catalunya alguns aspectes en la formació MIR, crec que s'hauria de tenir en compte el meu suggeriment.

Dr. Ciril Rozman, acadèmic numerari

– Quan es va muntar el sistema MIR a Espanya estava previst l'examen amb una avaluació final, però a causa d'una vaga dels MIR es va eliminar. Quan fa dos anys hi va haver un intent de vaga dels residents, jo els vaig dir: "Escolteu, hauríeu de fer una vaga per aconseguir l'avaluació al final del MIR". Un d'ells em va respondre: "Te raó". Però no s'ha fet.

Dr. Francesc Solé-Balcells

– A la Fundació Puigvert, i com a responsable de l'Escola de Postgraduats, sempre hem exigit una prova de coneixements sobre els ensenyaments donats al final de cada any de formació. I n'estem satisfets.

Dr. Agustí Pérez-Soler

– A l'esquema del tronc d'arbre tallat transversalment, que ens ha mostrat el Dr. Pujol-Farriols, hi queden molt ben exposats els períodes de formació professional del metge amb els seus tres components: intern o nucli bàsic del saber, estrat intermedi d'especialització i coberta o formació continuada.

Em referiré a la porció més interna o nucli bàsic. Parteixo d'una premissa capital: tot home d'estudis continua sent un escolar. I a aquest escolar he dedicat dos llibres: *La labor propedagógica del médico* i *El escolar, medicina y pedagogía*. Considero que els estudis de llicenciatura o pregrau han de seguir dues directrius: 1) un ensenyament teòric amb lliçons senzilles, esquemàtiques i actualitzades, ofertes a l'alumne en forma de guió-resum, mitjancançant diapositives i de manera que se satisfa-

cin tot seguit les preguntes que pugui tenir, i 2) un ensenyament pràctic de la patologia amb més prevalença, la qual s'aprèn amb els ulls, les mans i les orelles, sobretot en la consulta externa. L'instructor ha de presentar cada cas a un nombre reduït d'alumnes, no superior a quatre.

Tinc proves abundants sobre la validesa i l'acceptació de la metodologia pedagògica que propugno. Així, per exemple, els estudiants de medicina de la unitat docent de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1973-1977) van escriure: "L'ensenyament idoni es dóna a Pediatria, el qual ha de ser assumit i seguit pels altres serveis. I això per dues raons: per intel·ligible i fàcilment assimilable, i perquè és ofert sobretot en l'àmbit de policlínica i abraça la patologia que es viu a la pràctica diària". Es va escoltar o es va complir la recomanació dels alumnes? Potser excepcionalment. Allí, com en altres centres docents, es continuen arrossegant els periclitats mètodes d'antany.

Dr. Joaquim Tornos, acadèmic numerari

Vull felicitar tots els components de la mesa per les seves excel·lents intervencions, totes dedicades a la millora de la competència clínica i, per tant, de la qualitat assistencial.

El Dr. Rozman ens acaba de dir que l'actuació del metge ha de ser tècnicament correcta, ha de tenir en compte els aspectes psico-socials del malalt i ha de ser èticament irreprotxable. Completament d'acord.

Estic també d'acord amb el Dr. G. Lloveras quan alerta sobre la perillositat del "pseudo-humanisme".

El metge, sens dubte, ha d'impregnar tots els seus actes d'un humanisme sincer, ja que sense un sentit humà profund difícilment serà un bon metge i menys encara un metge bo; però aquest humanisme ha de ser útil al malalt. Amb això vull dir que la cordialitat, la cortesia i el clima de confiança han de presidir sempre la relació metge-malalt, però aquesta relació s'ha de completar amb el coneixement científic de l'ésser humà en la seva totalitat psicològica i psico-social, cosa que s'aconsegueix amb l'estudi de les disciplines que integren el veritable humanisme mèdico-científic: l'antropologia, la psicologia, la sociologia mèdica, la història de la medicina i la bioètica.

En aquest sentit, caldria que es dediqués més atenció a l'estudi d'aquestes disciplines durant l'ensenyament de la carrera de medicina.

Col·loquis de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

LA COMPETÈNCIA CLÍNICA EN L'EXERCICI DE LA MEDICINA

Moderat pel Dr. Jordi Sans-Sabrafen

RESUMS I CONCLUSIONS

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
7 de febrer de 1995

Publicat sota els auspicis del
Departament de Sanitat i Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya

ASPECTES DE L'EDUCACIÓ MÈDICA PER A L'ADQUISICIÓ DE LA COMPETÈNCIA CLÍNICA

Ciril Rozman

RESUM. El concepte de competència clínica es refereix a la qualitat de l'exercici de la nostra professió a la pràctica, és a dir, a la qualitat de fer de metge. Des de sempre s'ha insistit que la nostra professió és molt més que l'aplicació matemàtica d'uns coneixements teòrics i que ha de combinar les bases científiques amb grans dosis d'art clínic. No hi ha un acord general sobre què s'entén per competència clínica. Per definir-la l'autor defensa una visió integral que comporti unes actuacions tècnicament correctes i alhora moralment bones. En concret, la competència clínica implica: 1) adquirir i mantenir prou coneixements científics perquè totes les activitats tinguin uns fonaments racionals; 2) adquirir i mantenir les habilitats necessàries en l'aplicació pràctica dels coneixements; 3) adquirir i mantenir les actituds necessàries per a la consideració integral del malalt i el seu entorn, és a dir, de les branques psicosocials, i 4) adquirir i mantenir les qualitats ètiques que motivin la voluntat perquè la capacitat d'actuacions tècnicament correctes es posi en pràctica i les faci moralment bones.

S'analitzen diferents fases i aspectes de l'educació necessaris per garantir l'adquisició de la competència clínica. El període de pregrau ha de canviar de model educatiu per tal de tenir en compte criteris d'integració entre diverses matèries, capacitació per resoldre problemes, adquisició d'habilitats i actituds, i també l'autoaprenentatge. El període de postgrau constitueix un gran instrument per a l'adquisició de la competència clínica, ja que el metge en formació exerceix pràcticament amb responsabilitat creixent però amb la supervisió adequada. Les modificacions més importants que cal introduir en aquesta fase de l'educació mèdica són el mètode de selecció del sistema MIR i garantir l'accés per a tots els llicenciats. Finalment, l'autor discuteix alguns aspectes de la formació mèdica continuada que facilitin el manteniment de la competència clínica durant l'exercici professional. Aquesta tercera fase de l'educació mèdica només podrà ser plenament eficaç quan el període de pregrau sigui idoni per a les circumstàncies actuals i futures.

AVALUACIÓ DE LA COMPETÈNCIA CLÍNICA

Ramon Pujol-Farriols

RESUM. Avaluar vol dir determinar el valor d'una persona o cosa. Avaluar la competència clínica (CC) d'un metge significa definir-ne la qualitat professional basada en un coneixement bàsic necessari i, sobretot, en l'habilitat d'aplicar-lo en forma d'una atenció mèdica eficaç. L'any 1988 es va proclamar la Declaració d'Edimburg, base de l'educació mèdica moderna. Una de les seves conclusions deia: "Els coneixements són fonamentals, però també ho han de ser les habilitats, les actituds i els valors del metge perquè d'aquesta manera traslladi la competència a la pràctica". Avaluar la CC ha de ser un procés ininterromput que afecti tant el període de pregrau com el de postgrau i la formació continuada.

Els beneficis obtinguts de l'aplicació de sistemes d'avaluació de la CC incideixen sobre els ciutadans, receptors de l'atenció mèdica, sobre els mateixos professionals, sobre els responsables de l'educació mèdica, sobre la certificació i la recertificació, ja que dóna contingut a la dispensació de títols i diplomes, i sobre l'Administració sanitària. La influència de l'avaluació sobre l'ensenyament és capital, ja que s'aprèn allò que se sap que s'avaluarà.

Molts són els mètodes d'avaluació de la CC de què disposem, deixant de banda els clàssics exàmens orals, les respostes d'elecció múltiple, les escales globals d'avaluació, les anàlisis d'històries clíniques, la satisfacció dels pacients o l'opinió dels companys, entre d'altres. Durant els darrers anys s'han desenvolupat les simulacions, tant amb pacients estandarditzats com computeritzats, que aporten un gran realisme i són cada vegada més emprades. Una de les proves que s'està imposant és l'anomenat OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*), que ja té gairebé vint anys d'història i s'aplica en més de quaranta països. Aquesta prova combina de forma concatenada diversos mètodes avaluatius. Les tres condicions imprescindibles que ha de reunir qualsevol bon mètode són: validesa (que mesuri allò que realment vol mesurar), reproductibilitat (que es pugui aplicar en diferents condicions) i practicabilitat (que sigui realment possible dur-lo a terme).

Encara que la millor manera de conèixer la CC de qualsevol metge és veure'l actuar a la pràctica, la impossibilitat d'universalitzar i homogeneïtzar aquesta mena d'anàlisi ha afavorit tota aquesta expansió de noves metodologies. Si, a més, s'aconsegueix que influeixin d'una manera directa sobre la formació, els metges podran assolir un nivell més elevat de CC.

DEMANDA SOCIAL DE LA COMPETÈNCIA CLÍNICA: UN PROCÉS OBJECTIU I SUBJECTIU

Francesc Xavier Altarriba

RESUM. En medicina, la competència clínica no tan sols implica el coneixement correcte del bagatge tècnic necessari, pronosticar amb fiabilitat i aplicar tècniques terapèutiques adequades, rehabilitar convenientment i poder aplicar cures pal.liatives i de confort al pacient quan les possibilitats de recuperació de la salut ja no siguin possibles tècnicament, sinó també un seguit de característiques, que a continuació detallem, que tenen en compte dues facetes del concepte de salut: el caràcter dimensional i els efectes objectius i subjectius.

Tenint en compte que cada època, d'acord amb els coneixements adquirits i els valors assumits, redefineix el concepte de salut, ens podríem atrevir a definir la salut com "aquell estat en què l'ésser humà obté la màxima capacitat funcional, orientada al benestar, portadora de sentit, dins d'un marc històric, geogràfic i socioantropològic concret".

Cal destacar el caràcter dimensional de la salut i també la seva essència, que és bio-psico-socioantropològica, la qual interactua entre si de manera interdisciplinària i multiprofessional. Així mateix, cal tenir present els dos grans eixos de la salut: l'objectiu-descriptiu i el subjectiu-interpretatiu. L'eix objectiu-descriptiu fa referència al reconeixement de tots els paràmetres que possibiliten que un ésser humà pugui ser descrit com a sa, és a dir, capaç per a la funció. L'eix subjectiu-interpretatiu implicaria el concepte de trobar-se bé.

La competència clínica, en l'actualitat, ha d'assolir i combinar aspectes de ciència bàsica amb els de ciència aplicada. En el mateix sentit, creiem que la competència clínica ha d'entendre funcionalment l'existència de l'ésser humà com un equilibri dinàmic entre salut i malaltia, el qual es fonamenta en el potencial genètic de l'individu, en la seva capacitat d'adaptació i en els factors de risc ubicats en el seu ambient i que incideixen en el seu estil de vida.

Creiem que els coneixements propis de la competència clínica s'han d'aplicar amb una determinada predisposició, fruit de la vocació, la personalitat, els valors i l'experiència propis: és allò que anomenaríem actitud. Tot ofici o tota professió es basa en uns coneixements aptitudinals i en unes aplicacions actitudinals. Les actituds en medicina són molt importants, ja que estem treballant amb un ésser humà, el qual és una unitat estructural i funcional que interactua com un sistema

integral i dinàmic amb el seu entorn.

El metge en la seva competència clínica, a més de les aptituds necessàries i de les actituds convenients, ha de posseir un cert art en el desenvolupament de la seva tasca, per la qual cosa es necessita destresa, imaginació, intuïció i, en algunes circumstàncies, improvisació. A més de curar o rehabilitar, el metge ha de tenir en compte que també li pertoca assumir la promoció de la salut i les cures pal.liatives. Si afavorim els dos àmbits esmentats, a més d'aconseguir la reducció de la despesa sanitària, milloraria notablement la sensació i la percepció de confort i d'acolliment que rebrien els pacients. Tal com hem indicat anteriorment, per fer que el procés d'estar sa —per part del pacient— estigui unit a la sensació de trobar-se bé, caldrà que la medicina incorpori estratègies psicosocials i, fins i tot, sociològiques. En aquesta direcció hauríem d'incloure tres conceptes: medicina social (part de la medicina preventiva orientada al diagnòstic i al tractament de malalties reals però freqüentment ignorades pels pacients), sociologia de la medicina (estudia les relacions entre actituds, rols, valors i ideologies en el camp sanitari utilitzant una metodologia social) i sociologia mèdica (s'interessa pels problemes concrets de l'àmbit mèdic i sanitari en relació amb el context en què es produeixen).

El concepte de competència clínica ha d'incloure necessàriament, doncs, el fet d'oferir una assistència integral, personalitzada i permanent a l'individu i a la comunitat en situació de necessitat. En aquest sentit, fóra recomanable que en la formació dels futurs metges s'introduís d'una manera didàctica i completa el coneixement global i unitari de l'ésser humà.

Cal subratllar el fet que els coneixements tècnics donen capacitat, autoritat i poder; però el tracte humà és el que permet la confiança, la sinceritat i la predisposició participativa entre metge i pacient. Valors com ara sinceritat, veritat i autenticitat amb què el metge expressa els diagnòstics i els pronòstics al pacient i a la família configuren també un eix de la competència clínica.

En un futur proper, altament tecnològic, l'asèpsia instrumental produirà l'efecte secundari de por i distanciament en la relació metge-malalt. Aquest efecte s'haurà de neutralitzar dotant el metge de prou recursos psicològics i sociològics que permetin complementar la seva intervenció.

A tall de resum, pensem que una assistència integral al pacient i a la comunitat s'ha de realitzar des d'una òptica bio-psicosocial, ja que l'ésser humà és una unitat indivisible i, per tant, no s'ha de confondre la part amb el tot. El cos humà, en un sentit ampli, actua i respon com un sistema, el qual pot ser afectat per *inputs* biològics, psicològics i socials, tant des del punt de vista d'estímuls i de respostes com de causes i d'efectes en relació amb el complex dinàmic del concepte salut.

QUÈ ÉS FER DE METGE?

Gonçal Lloveras

RESUM. Tal com Pedro Laín explica a les seves obres, l'evolució cultural de la medicina des de mitjan segle XIX ha significat un esforç progressiu per aconseguir que, a partir del positivisme naturalista, la malaltia, les seves causes i els possibles tractaments tinguessin una explicació estrictament racional. Recordem que el positivisme de Compte considera l'evolució històrica de la humanitat com un pas successiu d'una etapa teològica a una etapa metafísico-filosòfica i a una etapa científica. No obstant això, ja Nietzsche es queixava d'una interpretació del món basada a "comptar, calcular i pesar".

És un debat antic. El metge, dins d'una bipolaritat intel·lectual, successivament i complementàriament ha estat: *a*) un bon coneixedor de l'estructura analitzable anatòmicament (ha buscat en la lesió l'explicació de la malaltia; la part és més important que el tot); *b*) un estudiós interessat per la funció (la lesió es busca menys que l'explicació fisiopatològica), i *c*) un inventor i un utilitzador de la tecnologia.

I, sobre la persona, què? Les alteracions emocionals com a causa de sofriment i/o les conductes socialment aberrants passen a tenir un tractament intel·lectual al marge de la ciència i de la tecnologia. Serà Freud, amb les seves experiències i reflexions, qui suggerirà una nova manera d'interrogar la persona i no tan sols l'organisme. No és la psicopatologia, sinó tota la medicina, la que exigeix un canvi cultural fins ara no assumit amb claredat i contundència, com s'adverteix en la renovada crítica a la manera d'ensenyar medicina.

La pregunta continua sent aquesta: el fet que el malalt sigui una persona i no un simple (o complicat) organisme obliga a introduir en les ciències de la salut unes peculiaritats fonamentals per comprendre les causes i l'evolució de la malaltia? O no?

Però un nou humanisme, a més de saber preguntar, escoltar i interpretar el subjecte, ha de saber evitar la massificació, sense oblidar l'equitat; ha de ser fidel a la vocació científica, sense convertir acríticament el pacient en objecte d'estudi per millorar el prestigi professional; ha de conèixer i fomentar l'ús de la tècnica, sense tecnicisme com a filosofia; ha de viure el canvi cultural com a desafiament intel·lectual i no com a simple nostàlgia d'antigues relacions metge-malalt. Perquè, tal com assenyala Balint, també la relació afectiva metge-malalt pot tenir vicis: 1) per excés o per defecte d'afectivitat (intensificació abusiva de la

transferència, no controlada; fredor sentimental del metge: funcionari o cientifista; actitud apostòlica que imposa criteris de felicitat; imatge professional seductora amb abús del prestigi social i anul·lació del sentit crític del malalt o de la societat), i 2) per afectivitat no amistosa (afany excessiu de lucre; derivacions: somriure estratègic, esteticisme, publicitat).

Fer de metge significa: estar enamorat de la recerca, sense una ingenuïtat excessiva; biològicament, estudiar la part i no oblidar el tot; no deixar els factors psicosocials de la malaltia humana a les mans dels espiritualistes a ultrança, i adaptar la deontologia a la renovació ètica. El 1911, el poeta Joan Maragall ja aconsellava: "Tractem de for servir el cos com a ànima i l'ànima com a cos."

LA COMPETÈNCIA CLÍNICA EN L'EXERCICI DE LA MEDICINA: RESUM I CONCLUSIONS

Jordi Sans-Sabrafen

Com a responsable de l'organització d'aquest col·loqui, em plau expressar el meu agraïment més sincer a tots els participants per les seves brillants intervencions. Crec que avui hem satisfet plenament l'objectiu de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya de crear un estat d'opinió sobre els temes bàsics de l'exercici de la nostra professió.

Com esmentàvem a la introducció, durant molts anys l'ensenyament de la medicina a casa nostra no ha tingut prou en compte la importància d'aconseguir que l'estudiant de pregrau assoleixi, al llarg del període de la seva formació, una competència clínica correcta. A les nostres facultats s'ha impartit un ensenyament prioritàriament teòric i, el que és més greu, durant molt de temps ha semblat que potser no hi havia prou preocupació per la necessitat que el llicenciat acabés els seus estudis sabent "fer de metge", havent après, per exemple, entre altres nombroses matèries, l'aplicació del seny en l'exercici de la seva professió.

En aquest col·loqui s'ha pogut comprovar que, mentre es produïen aquestes greus mancances, ja hi havia professionals metges que no solament les detectaven, sinó que al mateix temps anaven treballant per posar les bases sòlides que permetessin, en el futur, una profunda reforma de l'ensenyament de la medicina. És obvi deduir, en escoltar les diferents intervencions produïdes en aquest seminari, que aquest canvi certament conceptual s'està gestant eficaçment. És també evident que d'aquí a uns quants anys disposarem d'un nou model d'ensenyament de pregrau. Però, perquè això sigui factible, el mètode d'avaluació MIR haurà de modificar-se. Perquè, com deia el Dr. Rozman, si bé aquest sistema MIR ha representat l'aportació docent més important introduïda a la medicina espanyola durant aquests darrers vint anys, la prova que cal superar per accedir-hi no té en compte la globalitat de formació que requereix un metge. L'estudiant es prepara pensant obsessivament a superar un examen que valora solament coneixements i que exigeix, a més, una erudició certament desmesurada. Això deforma la seva motivació, que polaritza aleshores preferentment cap a l'emmagatzemament de coneixements i deixa fàcilment en segon terme el més important, que és senzillament ser, per damunt de tot, un bon metge general, amb l'adequat domini de l'anomenada competència clínica.

El Dr. Ramon Pujol-Farriols ens ha instruït sobre l'existència de mètodes vàlids, reproduïbles i aplicables per avaluar aquesta mena de formació i que permetran, sens dubte, canviar substancialment el contingut de l'actual prova de selecció MIR. És també evident que el nou tipus d'ensenyament condicionarà que el metge, educat en l'autoaprenentatge, sigui més apte per assumir un programa de formació continuada que mantingui el seu nivell al llarg dels anys.

Amb la nova orientació de l'ensenyament de la medicina, el professional que en resultarà s'adaptarà millor a les exigències de la nostra societat, la qual, com diu el Dr. Altarriba, desitja un model de metge que, posseint tots els coneixements necessaris i l'adequat domini de la tecnologia, respecti a la vegada la unitat indivisible de l'ésser humà amb totes les seves realitats vivencials i socials; un metge que, com afirma el Dr. Gonçal Lloveras, estudii la part sense oblidar el tot; el metge de persones del Dr. Jordi Gol, que, en el marc de la més estricta ètica, entengui que la medicina és alhora ciència i art i que el seu exercici requereix un grau important d'humanitat.

Per acabar, i dins de l'ampli camp del que significa l'ofici mèdic, voldria també invitar a la reflexió sobre la importància que els actes simbòlics poden tenir en la conscienciació de l'elevada missió que els nous llicenciats assumeixen dins de la societat. Em refereixo al restabliment del jurament hipocràtic, no solament com a cerimònia testimonial, sinó també com a acte de compromís que els recorda les seves obligacions morals, la responsabilitat ètica que els exigeix la mateixa dignitat de la seva noble condició.

Coloquios de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

LA COMPETENCIA CLÍNICA EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA

Moderado por el Dr. Jordi Sans-Sabrafen

RESUMENES Y CONCLUSIONES

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
7 de febrero de 1995

Publicado bajo el patrocinio del
Departament de Sanitat i Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya

ASPECTOS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA PARA LA ADQUISICIÓN DE LA COMPETENCIA CLÍNICA

Ciril Rozman

RESUMEN. El concepto de competencia clínica se refiere a la calidad del ejercicio de nuestra profesión en la práctica, es decir, a la calidad de hacer de médico. Desde siempre se ha insistido que nuestra profesión es mucho más que la aplicación matemática de unos conocimientos teóricos y que debe combinar las bases científicas con grandes dosis de arte clínico. No hay un acuerdo general acerca de que se entiende por competencia clínica. Para su definición, el autor defiende una visión integral que comporte unas actuaciones técnicamente correctas y a la vez moralmente buenas. En concreto, la competencia clínica implica: a) adquirir y mantener suficientes conocimientos científicos para que todas las actividades tengan unos fundamentos racionales; b) adquirir y mantener las habilidades necesarias en la aplicación práctica de los conocimientos; c) adquirir y mantener las actitudes necesarias para la consideración integral del enfermo y su entorno, es decir, de las ramas psico-sociales; d) adquirir y mantener las cualidades éticas que motiven la voluntad para que la capacidad de actuaciones técnicamente correctas se ponga en práctica y las haga moralmente buenas.

Se analizan diferentes fases y aspectos de la educación necesarios para garantizar la adquisición de la competencia clínica. El período de pregrado debe cambiar de modelo educativo, para que tenga en cuenta criterios de integración entre diversas materias, capacitación para resolver problemas, adquisición de habilidades y actitudes, así como el autoaprendizaje. El período de postgrado constituye un gran instrumento para la adquisición de la competencia clínica, ya que el médico en formación ejerce prácticamente con responsabilidad creciente, pero con debida supervisión. Las modificaciones más importantes que hay que introducir en esta fase de educación médica son el método de selección del sistema MIR y garantizar el acceso para todos los licenciados. Finalmente, el autor discute algunos aspectos de la formación médica continuada que faciliten el mantenimiento de la competencia clínica durante el ejercicio profesional. Esta tercera fase de educación médica, sólo podrá ser plenamente eficaz cuando el período de pregrado sea idóneo para las circunstancias actuales y futuras.

EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA CLÍNICA

Ramon Pujol-Farriols

RESUMEN. Evaluar quiere decir determinar el valor de una persona o cosa. Evaluar la competencia clínica (CC) de un médico significa definir su calidad profesional basada en un conocimiento básico necesario y, sobre todo, en la habilidad de aplicarlo en forma de una atención médica eficaz. En el año 1988 se proclamó la Declaración de Edimburgo, base de la Educación Médica moderna, una de sus conclusiones decía: "Los conocimientos son fundamentales, pero también lo han de ser las habilidades, las actitudes y los valores del médico para que de esta manera traslade la competencia a la práctica". Evaluar la CC ha de ser un proceso ininterrumpido que afecte tanto al período de pregrado, como al de posgrado y a la formación continuada.

Los beneficios obtenidos de la aplicación de sistemas de evaluación de la CC inciden sobre los ciudadanos, receptores de la atención médica; sobre los propios profesionales; sobre los responsables de la Educación Médica; sobre la certificación y recertificación, dando contenido a la dispensación de títulos y diplomas y sobre la administración sanitaria. La influencia de la evaluación sobre la enseñanza es capital ya que se aprende lo que se sabe que se va a evaluar.

Muchos son los métodos de evaluación de la CC de que disponemos, y dejando aparte los clásicos examenes orales, respuestas de elección múltiple, escalas globales de evaluación, análisis de historias clínicas, satisfacción de los pacientes u opinión de compañeros, entre otros, en los últimos años se han desarrollado las simulaciones tanto con pacientes estandarizados como computerizadas que aportan gran realismo y son cada vez de mayor uso. Una de las pruebas que se está imponiendo es el denominado OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*), que ya tiene casi 20 años de historia y se aplica en más de 40 países, en él se combinan de forma concatenada diversos métodos evaluativos. Las tres condiciones imprescindibles que debe reunir cualquier buen método han de ser: 1) validez, es decir que mida aquello que realmente quiere medir, 2) reproductibilidad, es decir que pueda aplicarse en distintas condiciones, y 3) practicabilidad, es decir que sea realmente posible llevarlo a término.

Aunque la mejor manera de conocer la CC de cualquier médico es verlo actuar en la práctica, la imposibilidad de universalizar y homogeneizar este tipo de análisis ha favorecido todo este auge de nuevas metodologías, que si además se logra que influyan de manera directa sobre la formación, podrá conseguirse un mayor nivel de CC de los médicos.

DEMANDA SOCIAL DE LA COMPETENCIA CLÍNICA: UN PROCESO OBJETIVO Y SUBJETIVO

Francesc Xavier Altarriba

RESUMEN. En medicina, la competencia clínica implica no solamente el correcto conocimiento del bagaje técnico necesario, pronosticar con fiabilidad y aplicar técnicas terapéuticas adecuadas, rehabilitar convenientemente y poder aplicar curas paliativas y de confort al paciente cuando las posibilidades de recuperación de la salud técnicamente ya no sean posibles, sino también una serie de características, que seguidamente detallamos que tienen en cuenta dos facetas del concepto de salud: su carácter dimensional y los efectos objetivos y subjetivos.

Teniendo en cuenta que cada época, en función del conocimiento adquirido y de los valores asumidos, redefinen el concepto de salud nos podríamos atrever a definir el concepto de salud como "aquel estado en el cual el ser humano obtiene la máxima capacidad funcional, orientada al bienestar, portadora de sentido, dentro de un marco histórico, geográfico y socio-antropológico concreto".

Destaca en relación a la salud su carácter dimensional y también su esencia que es bio-psico-socio-antropológica, la cual interactúa entre sí, de manera interdisciplinar y multiprofesional. Asimismo, en relación a la salud, hay que tener presente sus dos grandes ejes: el objetivo-descriptivo y el subjetivo-interpretativo. El eje objetivo-descriptivo hace referencia al reconocimiento de todos aquellos parámetros que posibilitan que un ser humano pueda ser descrito como sano, es decir, capaz para la función. El eje subjetivo-interpretativo implicaría el concepto de encontrarse bien.

La competencia clínica tiene que alcanzar, y combinar, en la actualidad, aspectos de ciencia básica con los de ciencia aplicada. En el mismo sentido, creemos que la competencia clínica tiene que entender funcionalmente la existencia del ser humano como un equilibrio dinámico entre salud y enfermedad; el cual se fundamenta en el potencial genético del individuo, en su capacidad de adaptación y en los factores de riesgo ubicados en su ambiente y que inciden en su estilo de vida.

Los conocimientos propios de la competencia clínica creemos han de aplicarse con una determinada predisposición, fruto de la propia vocación, personalidad, valores y experiencia: es lo que denominaríamos actitud. Todo oficio o profesión se basa en unos co-

nocimientos aptitudinales y en unas aplicaciones actitudinales. Las actitudes en medicina son muy importantes, pues estamos trabajando con un ser humano, el cual es una unidad estructural y funcional que interactúa como un sistema integral y dinámico con su entorno.

El médico en su competencia clínica, además de las aptitudes necesarias y de las actitudes convenientes, tiene que poseer un cierto arte en el desarrollo de su tarea, por lo cual se necesita destreza, imaginación, intuición y, en algunas circunstancia, improvisación. Además de curar-rehabilitar, el médico debe tener en cuenta que también le pertoca asumir la promoción de la salud y las curas paliativas. Si favorecemos a los dos ámbitos mencionados, además de conseguir la reducción del gasto sanitario, mejoraría notablemente la sensación y percepción de confort y acogida que recibirían los pacientes. Tal como hemos apuntado anteriormente, para hacer que el proceso de estar sano -por parte del paciente- esté acompañado de la sensación de encontrarse bien, será necesario que la medicina incorpore estrategias psico-sociales e, incluso, sociológicas. En esta dirección tendríamos que incluir tres conceptos: medicina social (parte de la medicina preventiva, orientada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades reales pero frecuentemente ignoradas por los pacientes), sociologia de la medicina (estudia las relaciones entre actitudes, roles, valores e ideologias en el campo sanitario utilizando una metodologia social), y la sociologia médica (se interesa por los problemas concretos del ámbito médico y sanitario en relación al contexto en que se producen).

El concepto de competencia clínica tiene que incluir, pues, necesariamente el ofrecer una asistencia integral, personalizada y permanente al individuo y a la comunidad en situación de necesidad. En este sentido, sería recomendable que en la formación de los futuros médicos, se introdujera de forma didáctica y completa el conocimiento global y unitario del ser humano.

Tenemos que subrayar el hecho de que los conocimientos técnicos confieren capacidad, autoridad y poder; pero el trato humano es el que permite la confianza, la sinceridad y la predisposición participativa entre médico y paciente. Valores como sinceridad, verdad y autenticidad en que el médico expresa los diagnósticos y pronósticos al paciente y a la familia, configuran también un eje de la competencia clínica.

En un futuro próximo, altamente tecnológico, la asepsia instrumental producirá el efecto secundario de miedo y distanciamiento en la relación médico-enfermo. Este efecto se tendrá que neutralizar dotando al médico de los recursos suficientes psicológicos y sociológicos que permitan complementar su intervención.

A modo de resumen, pensemos que una asistencia integral al paciente y a la comunidad se tiene que realizar

desde una óptica bio-psico-social, ya que el ser humano es una unidad indivisible y, por tanto, no hay que confundir la parte con el todo. El cuerpo humano, en un sentido amplio, actúa y responde como un sistema, el cual puede afectarse por *inputs* biológicos, psicológicos y sociales, tanto a nivel de estímulos y de respuestas como de causas y efectos en relación al complejo dinámico del concepto salud.

¿QUE ES HACER DE MÉDICO?

Gonçal Lloveras

RESUMEN. Como Pedro Laín explica en sus obras, la evolución cultural de la Medicina desde la mitad del siglo XIX ha significado un progresivo esfuerzo para conseguir que, a partir del positivismo naturalista, la enfermedad, sus causas, sus posibles curaciones tuvieran una explicación estrictamente racional. Recordemos que el positivismo de Compte considera la evolución histórica de la humanidad como un sucesivo paso de una etapa teológica a una etapa metafísico-filosófica y a una etapa científica. No obstante, ya Nietzsche se quejaba de una interpretación del mundo basada en "contar, calcular y pesar".

Antiguo debate. El médico, dentro de una bipolaridad intelectual ha sido sucesiva y complementariamente: *a*) buen conocedor de la estructura, analizable anatomicamente (ha buscado en la lesión la explicación de la enfermedad; la parte más importante que el todo); *b*) un estudioso interesado por la función (la lesión se busca menos que la explicación fisiopatológica), y *c*) un inventor y utilizador de la tecnología.

¿Y acerca de la persona, qué? Las alteraciones emocionales como causa de sufrimiento y/o las conductas socialmente aberrantes pasan a tener un tratamiento intelectual al margen de la ciencia y de la tecnología. Será Freud, con sus experiencias y sus reflexiones, quién sugerirá una nueva manera de interrogar a la persona y no sólo al organismo. No es la psicopatología, sino toda la medicina que exige un cambio cultural hasta ahora no asumido con claridad y contundencia, como se advierte en la renovada crítica a la manera de enseñar medicina.

La pregunta continua siendo ¿El hecho de que el enfermo sea una persona y no un simple (o complicado) organismo obliga a introducir en las Ciencias de la Salud unas peculiaridades fundamentales para comprender las causas y la evolución de la enfermedad? ¿O no?

Pero, un nuevo humanismo, además de saber preguntar, escuchar e interpretar al sujeto, debe saber evitar la masificación sin olvidar la equidad; debe ser fiel a la vocación científica sin convertir, acriticamente, al paciente en objeto de estudio para mejorar el prestigio profesional; debe conocer y fomentar el uso de la técnica, sin tecnicismo como filosofía. Debe vivir el cambio cultural como desafío intelectual y no como simple nostalgia de antiguas relaciones médico-enfermo. Porque como señala Balint, también la relación afectiva médico-enfermo puede tener sus vicios: 1) por exceso o

por defecto de afectividad (intensificación abusiva de la transferencia, no controlada; frialdad sentimental del médico: funcionario o cientifista; actitud apostólica imponiendo criterios de felicidad; imagen profesional seductora con abuso del prestigio social y anulación del sentido crítico del enfermo o de la sociedad), y 2) afectividad no amistosa (excesivo afán de lucro; derivaciones: sonrisa estratégica, esteticismo, publicidad)

Hacer de médico, significa: estar enamorado de la investigación, sin ingenuidad excesiva; biologicamente, estudiar la parte y no olvidar el todo; no dejar los factores psicosociales de la enfermedad humana en manos de los espiritualistas a ultranza, y adaptar su deontología a la renovación ética. En 1911, el poeta Joan Maragall aconsejaba ya: "Tratemos de usar el cuerpo como alma y el alma como cuerpo".

LA COMPETENCIA CLÍNICA EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA: RESUMEN Y CONCLUSIONES

Jordi Sans-Sabrafen

Como responsable de la organización de este coloquio me complace expresar mi más sincero agradecimiento a todos los participantes por sus brillantes intervenciones. Creo que hoy hemos satisfecho plenamente el objetivo de nuestra *Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, de crear un estado de opinión sobre los temas básicos del ejercicio de nuestra profesión.

Como mencionábamos en la introducción, durante muchos años la enseñanza de la medicina en nuestro país apenas ha contemplado la importancia de conseguir que el estudiante de pregrado alcance un nivel correcto de competencia clínica. En nuestras facultades se ha impartido una enseñanza prioritariamente teórica y, lo que es aun más grave, durante mucho tiempo ha parecido que tal vez no existía la debida preocupación para que el licenciado terminase sus estudios sabiendo "hacer de médico", habiendo aprendido, por ejemplo, entre otras numerosas materias, la aplicación del sentido común al ejercicio de su profesión.

En este coloquio se ha podido comprobar que, mientras se producían estas graves insuficiencias, existían profesionales médicos que no sólo las detectaban, sino que al mismo tiempo iban trabajando para construir las bases sólidas que permitiesen, en el futuro, una profunda reforma en la enseñanza de la medicina. Al escuchar las distintas intervenciones habidas en este seminario se deduce que es obvio que este cambio, ciertamente conceptual, se está gestando eficazmente. Es también evidente que, de aquí pocos años, dispondremos de un nuevo modelo de la enseñanza de pregrado. Pero, para que ello sea factible, el método de evaluación MIR tendrá que modificarse. Porqué, como decía el Dr. Rozman, si bien este sistema MIR ha representado la aportación docente más importante introducida en la medicina española durante los últimos 20 años, la prueba que debe superarse para acceder al mismo no contempla la globalidad de formación que requiere un médico. El estudiante se prepara pensando obsesivamente en superar un examen que valora solo conocimientos y que exige, además, una erudición verdaderamente desmesurada. Esto deforma su motivación, que polariza entonces, preferentemente, hacia un prioritario almacenamiento de tales conocimientos, dejando fácilmente en segundo lugar lo más importante, que es, sencillamente, ser, por encima de todo, un buen médico general con el adecuado dominio de la llamada competencia clínica.

El Dr. Pujol Farriols nos ha instruido sobre la existencia de métodos válidos, reproducibles y aplicables, para evaluar este tipo de formación y que permitirán, sin duda, cambiar sustancialmente el contenido de la actual prueba de selección MIR. Es tambien evidente que el nuevo tipo de enseñanza condicionará que el médico educado en el autoaprendizaje sea más apto para asumir un programa de formación continuada, que le permita mantener un correcto nivel en el curso de los años.

El profesional que resultará de la nueva orientación de la enseñanza de la medicina se adaptará mejor a las exigencias de nuestra sociedad, que, como dice el Dr. Altarriba, desea un modelo de médico, que poseyendo todos los conocimientos necesarios y el adecuado dominio de la tecnología, respete, a la vez, la unidad indivisible del ser humano con todas sus realidades vivenciales y sociales. Un médico que, como afirma el Dr. Lloveras, estudie la parte sin olvidar el todo, el médico de personas del Dr. Gol, que, en el marco de la más estricta ética, entienda que la medicina es, a la vez, ciencia y arte y que su ejercicio requiere un grado importante de humanidad.

Para terminar, y dentro del amplio campo de lo que significa el oficio médico, querría también invitar a la reflexión sobre la importancia que los actos simbólicos pueden tener en la concienzación de la elevada misión que los nuevos licenciados asumen frente a la sociedad. Me refiero al restablecimiento del juramento hipocrático, no solo como ceremonia testimonial sino como solemne acto de compromiso que les recuerda sus obligaciones morales, la responsabilidad ética que les exige la misma dignidad de su noble condición.

Symposium of the Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

CLINICAL COMPETENCE IN MEDICAL PRACTICE

Chaired by Dr. Jordi Sans-Sabrafen

ABSTRACTS AND CONCLUSIONS

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
7 February, 1995

Published with the support of the
Departament de Sanitat i Seguretat Social
of the Generalitat de Catalunya

SOME FEATURES OF MEDICAL TRAINING IN THE ACQUISITION OF CLINICAL COMPETENCE

Ciril Rozman

SUMMARY. The concept of clinical competence refers to the quality of professional practice, that is, the quality of being a doctor. Since time immemorial our profession, it is insisted, has meant considerably more than the mathematical application of theoretical knowledge, and should combine the scientific bases with large proportions of the clinical art. Yet, there is no general agreement as to a definition of clinical competence. Here, the author propounds an integrated vision which combines technically correct behaviour with a morally accepted behaviour. Specifically, clinical competence means the acquisition and maintenance of a) sufficient scientific knowledge so that all activities have a rational foundation; b) the necessary skills for the practical application of this knowledge; c) the necessary attitudes for an integrated vision of the patient and their milieu, that is, within the psycho-social branches; d) the ethical qualities which motivate the will so that the capacity for technically correct behaviour is put into practice from a morally correct standpoint.

Various stages and features of medical training, necessary in guaranteeing the acquisition of clinical competence, are analysed. Undergraduate training needs to be restructured so as to take into account the interdisciplinary nature of the subject, furnish a problem-solving ability, and facilitate the acquisition of a range of skills and attitudes, such as active learning. Postgraduate training provides an opportunity for the acquisition of clinical competence, given that the student doctor is given an ever-increasing range of responsibilities, albeit under due supervision. Within this postgraduate stage of training it is necessary to introduce changes in the method of selection, the MIR (entrance exam for state health system), and guarantee entry into the profession to all graduates. Finally, the author examines certain features of continuing medical training which serve to up-date the clinical competence of the professional practitioner. This third stage of medical training, though, will only be entirely effective if and when undergraduate training meets both present and future needs.

EVALUATING CLINICAL COMPETENCE

Ramon Pujol-Farriols

SUMMARY. Evaluating the clinical competence (CC) of a doctor requires the definition of her professional quality on the basis of a fundamental body of knowledge and, in particular, her ability to utilise this knowledge in an efficient medical practice. In 1988, the Edinburgh Declaration, the basis for modern Medical Education, concluded: "Knowledge is fundamental, but so too should be the doctor's skills, attitudes and ethics so that in this way competence might pervade practice". Evaluation of CC should be an uninterrupted process beginning in the undergraduate years continued through postgraduate training and on into continuing education.

The benefits to be obtained from the application of CC evaluation systems are to be felt among the general public, in their role as receivers of medical care; among the profession; among those responsible for Medical Education; in the awarding of degrees and postgraduate certificates with real merit and among the administration of the health services. The influence of evaluation in education is paramount given that what is learnt is what is known to be evaluated.

There are many methods of CC evaluation available, leaving aside traditional oral examinations, multiple-choice tests, global evaluation scales, clinical history analyses, patient satisfaction and colleague assessments, among others, in recent years simulations have been developed with standardised as well as computerised patients which have contributed a high degree of realism and are becoming more and more useful. One such test is the OSCE (Objective Structured Clinical Examination), which is now more than 20 years old and is used in more than 40 countries, and in which various methods of evaluation are combined. There are three conditions which a suitable test must fulfil: 1) validity, i.e. that it measures what it sets out to measure, 2) applicability, i.e. that it can be applied under a variety of conditions, and 3) practicality, i.e. that its application is feasible.

While the most suitable way to determine a doctor's CC is to observe her in practice, the fact that it is impossible to universalise and standardise this type of analysis has given rise to an influx of new techniques, which if in addition to having a direct influence on training, might bring about a higher level of CC.

SOCIAL DEMANDS OF CLINICAL COMPETENCE: AN OBJECTIVE AND SUBJECTIVE PROCESS

Francesc Xavier Altarriba

SUMMARY. In medicine, clinical competence not only implies a mastering of the stock of technical requisites, offering reliable prognoses and administering suitable therapeutic techniques, providing proper rehabilitation and palliative treatment and bringing succour to the sick when recovery is no longer technically possible, but a whole series of features, outlined below, which take into account two facets of the concept of health: the magnitude of its nature and those effects which are both objective and subjective.

Bearing in mind that each age, on the basis of knowledge acquired and prevailing values, redefines the concept of health, then we might venture to define health as: That state in which man obtains maximum functional capacity, directed towards well-being, bearer of meaning, within a specific historical, geographical and socio-anthropological setting.

The magnitudinal nature of health and its bio-, psycho-, socio-anthropological essence, which interacts in an interdisciplinary and multiprofessional manner is significant, as is the existence of two major approaches: an objective-descriptive method and a subjective-interpretive method. The objective-descriptive method recognises those parameters which enable man to be described as healthy, that is, able to function. The subjective-interpretive method, on the other hand, refers to the concept of feeling well.

Clinical competence now needs to catch up with, and incorporate, aspects of basic science with those of applied science. Similarly, we feel that clinical competence needs a functional understanding of the existence of man as a dynamic equilibrium between health and sickness; founded on the genetic potential of the individual, on his capacity for adaptation and on the risk factors in his environment which influence his life style.

The knowledge underlying clinical competence has to be applied with a resolute predisposition, the fruit of one's vocation, personality, values and experience: what we would call attitude. Every trade or profession is based on the mastering of certain aptitudes and the application of certain attitudes. Attitudes in medicine are of great importance, we are after all working with human beings - structural and functional units which interact as integrated and dynamic systems with their environment.

In addition to the necessary apti-

tudes and suitable attitudes, the clinical competence of a doctor needs to incorporate a degree of skill in performing the job, which requires deftness, imagination, intuition and, on occasions, improvisation. As well as curing and rehabilitating, the doctor should be aware of his role in promoting health and palliative treatment. If we encourage the work in these two areas, in addition to reducing health care costs, we would considerably improve patient perception of comfort. As mentioned earlier, in order that the process of being healthy - experienced by the patient - is accompanied by a sense of feeling well, medicine will need to incorporate psycho-social and even sociological strategies. The achievement of such will require the inclusion of three concepts: social medicine (a part of preventive medicine, oriented towards the diagnosis and treatment of real illnesses, but which are frequently ignored by the patient), sociology of medicine (the study of the relationship between attitudes, roles, values and ideologies in the health field using a social methodology), and medical sociology (a concern for the specific problems in the medical and health environment in relation to the context in which they occur).

Clinical competence needs therefore, as a matter of course, to offer integrated, personalised and resolute health care to the individual and community in need. To achieve this, a global and unitarian knowledge of man needs to be incorporated in the training of would-be doctors, in an instructive and consummate manner.

Technical knowledge confers on the holder know-how, authority and power; but it is human contact which fosters trust, sincerity and a cooperative predisposition between the doctor and his patient. Values such as sincerity, truth and genuineness in the manner in which the doctor expresses diagnoses and prognoses to the patient or to the family, also form an important part of clinical competence.

In a near future of high technology, instrumental asepsis will produce the side-effect of fear and a growing detachment in the relationship between doctor and patient. This effect will need to be neutralised by bestowing on the doctor sufficient psychological and sociological resources in order that he might fulfil his treatment.

To conclude, integrated health care for the patient and the community needs to be provided from a bio-psycho-social perspective, given that man is an indivisible unit and that the parts should not be mistaken for the whole. The human body, in its widest sense, acts and responds as a system, open to the affects of biological, psychological and social inputs, as stimuli and responses as well as causes and effects in relation to the dynamic complex of the concept of health.

WHAT IT MEANS TO BE A DOCTOR

Gonçal Lloveras

SUMMARY. Pedro Laín explains that the cultural evolution of Medicine since the mid-nineteenth century has been a continuous attempt at offering a purely rational explanation of disease (causes and possible cures) from the perspective of naturalist positivism. Similarly, Comtian positivism considers the historical evolution of man as a process which develops through various stages: beginning at the theological, progressing through the metaphysical-philosophical, before entering the scientific stage. However, Nietzsche objected to such an interpretation of the world based as it was on "counting, measuring and weighing".

The debate is centuries old and in this time the role of the doctor has swung between the two extremes of the intellectual spectrum, so that the doctor has been considered successively: *a*) an expert in anatomical structure (who has sought an understanding of disease in external manifestations; the parts being more important than the whole); *b*) a scholar who has focused on functions (whereby external manifestations of disease have been considered secondary to physiopathological explanations), and *c*) an inventor and user of technology.

An explorer of the mind, whereby emotional alterations resulting in suffering or socially aberrant behaviour obtained intellectual respectability albeit on the periphery of science and technology. It was Freud's work which presented a new way of exploring the mind as a separate entity from the organism. Yet, it was not psychopathology, but medicine as a whole which was to demand for itself a cultural change, which has still to be fully assimilated as has been witnessed in the renewed debate as to how medicine might be best taught.

The fact remains though that as the patient is a human being and not a simple (complex) organism we are duty-bound to seek the introduction of certain fundamental characteristics within the Health Sciences so that we might gain a better understanding of the causes and evolution of disease.

Yet, such neo-humanism, as well as knowing how to ask questions, listen to and interpret the patient's replies, should know how to avoid excesses without overlooking equality; should remain faithful to the scientific vocation without unwittingly converting the patient into a mere object for study in order to enhance professional standing; and should be familiar with and

promote the use of technology, without letting this very technology dictate the philosophy. The cultural change should be seen as an intellectual challenge and not as a nostalgic hankering for the erstwhile doctor-patient relationship. For as Balint has pointed out, this relationship can be laden with profligacy: 1) either through an excess or lack of affectivity (uncontrolled and abusive intensification of transference; doctor's emotional indifference: adoption of attitude of public sector worker or one of scientific detachment; apostolic attitude imposing criteria of happiness; seductive professional image abusing social standing and abrogation of the patient's (or society's) critical sense), and 2) ill-disposed affectivity (excessive greed; by-products: strategic smiling, aesthetics, advertising).

Being a doctor means: having a love of research, without excessive ingenuousness; biologically, studying the parts without overlooking the whole; not leaving psychosocial factors of human disease in the hands of radical spiritualists, and adapting its deontology to a renewed ethic. In 1911, the poet Joan Maragall forewarned: "We should strive to use the body as soul and the soul as body".

CLINICAL COMPETENCE IN MEDICAL PRACTICE: SUMMARY AND CONCLUSIONS

Jordi Sans-Sabrafen

It gives me great pleasure, as organiser of this symposium, to express my sincerest thanks to all participants for their highly stimulating contributions. I believe that today we have fully complied with the objectives of *Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya* to provide a forum in which basic issues of professional practice can be debated.

As was mentioned in the introduction, for many years the teaching of Medicine in our country has given scant regard to the importance of providing the undergraduate student with an adequate level of clinical competence. Our faculties have given priority to a theoretical education; though, what might be deemed more reprehensible is the fact that it would seem insufficient attention has been given to ensuring the medical student graduates knowing how to "be a doctor", having learnt, for example, the application of common sense, among many other subjects, to professional practice.

In this symposium we have been able to confirm that, while these inadequacies persisted, there were professional practitioners who had not only identified them, but who at the same time were working to construct the sound foundations on which radical reform in the future teaching of Medicine might be constructed. Having listened to the papers presented within this symposium, it appears obvious that this fundamentally conceptual change is being carried out effectively. It is also clear that within the next few years, we will have a new model of undergraduate teaching. But, in order for that to be feasible, the MIR (entrance into state health system) evaluation method will have to be modified. Since, as Dr. Rozman says, while the MIR system has been the most important educational contribution to Spanish medicine in the last twenty years, the entrance examination does not consider the global training needed by a doctor. The student becomes obsessed with passing an exam which solely evaluates knowledge and which, moreover, demands a disproportionate erudition. This distorts his motivation, which becomes focused on the primacy of storing knowledge, relegating to second place what is, quite simply, of greatest importance - being, first and foremost, a good general practitioner

with an adequate command of the so-called clinical competence.

Dr. Pujol Farriols has informed us of the existence of valid, applicable and practical methods for evaluating this type of training and which will, undoubtedly, enable us to make substantial changes in the content of the present MIR examination. It is further evident that this new form of education will mean that the doctor trained in active learning will be better prepared to follow a programme of continuing education, enabling him to maintain the required level of clinical competence throughout his career.

The professional, trained in accordance with these new methods, will be better adapted to the needs of our society, which, as Dr. Altarriba points out, requires a doctor, who while possessing the necessary knowledge and adequate control of technology, also respects the man as an indivisible unit in all his experiential and social complexity. A doctor who, according to Dr. Lloveras, studies the parts without overlooking the whole - the "human" doctor described by Dr. Gol, who, within the confines of a strict code of practice, realises that medicine is, both a science and an art form and that its practice requires an important degree of humanity.

To conclude, I would like to reflect on the importance that symbolic acts might have in raising the awareness of recent graduates to the noble mission they must undertake in society. I refer to the taking of the Hippocratic oath, not only as a simple ceremony but as a solemn, binding act which should remind them of their moral obligations - the ethical responsibility which requires of them the same degree of dignity as their august calling.

ALFREDO-PUBLICIDAD GRAFICA Tordera (Barcelona) D.L. . B-3338-86

ISSN. 1133-3286 Rev R.Acad.Med.Catalunya

ÍNDEX

INTRODUCCIÓ A LA COMPETÈNCIA CLÍNICA EN L'EXERCICI DE LA MEDICINA: ADQUISICIÓ, AVALUACIÓ I TRANSCENDÈNCIA ASSISTENCIAL. J. Sans-Sabrafen 3

ASPECTES DE L'EDUCACIÓ MÈDICA PER A L'ADQUISICIÓ DE LA COMPETÈNCIA CLÍNICA. C. Rozman 5

AVALUACIÓ DE LA COMPETÈNCIA CLÍNICA. R. Pujol-Farriols 17

DEMANDA SOCIAL DE LA COMPETÈNCIA CLÍNICA: UN PROCÉS OBJECTIU I SUBJECTIU. F. X. Altarriba 35

QUÈ ÉS FER DE METGE. G. Lloveras 45

DISCUSSIÓ DE LES PONÈNCIES 51

RESUMS I CONCLUSIONS 55

RESUMENES Y CONCLUSIONES 65

ABSTRACTS AND CONCLUSIONS 77