

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Percepciones de la evaluación de las competencias clínicas, de alumnos y residentes, en algunas escuelas de medicina en Estados Unidos de Norteamérica, en los últimos 25 años y su evaluación por la Asociación Americana de Escuelas de Medicina

DR. ELSO SCHIAPPACASSE F.¹

En un mundo tan cambiante, en la gran mayoría de las actividades, existe gran preocupación que los estudiantes de Medicina no estén siendo suficientemente preparados para ofrecer óptimo cuidado médico en los sistemas de salud en que van a ejercer su profesión¹.

Esta percepción es sustentada por un número importante de Educadores Médicos. Así es que en enero de 1996 la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAMC) estableció el Medical School Objectives Project (MSOP), para ayudar a las Escuelas de Medicina a enfrentar esta situación.

El propósito de la primera fase de este proyecto fue establecer un consenso en la comunidad de Educación Médica de los atributos que los graduados debían poseer y establecer objetivos de aprendizaje que puedan guiar a cada Escuela a establecer sus propios objetivos².

En *Academic Medicine* (2002), el Dr. Jordan J. Cohen MD, Presidente de la AAMC³, hace una profunda revisión de la Medicina como profesión y del proceso de Educación Médica.

Dice que la publicidad aparecida en diferentes medios, de carácter negativo, ha hecho reaccionar a la Medicina Académica ante el mundo para que exponga un cuadro realista de las notables oportunidades y las gratificaciones que existen para la próxima generación de médicos.

En su artículo, el Dr. Cohen revisa las razones convencionales para explicar la disminución de las postulaciones a Medicina: bajaron los ingresos, ha habido pérdida de autonomía, los médicos han ido perdiendo influencia, habrían ido perdiendo su importante papel de ser los guardianes de la atención clínica.

Menciona que existen factores a revisar: el excesivo énfasis de la Medicina Académica y la subestimación de las cualidades personales de los postulantes.

Las habilidades clínicas: recientemente, en el año 2005, profesores de la Universidad de Washington, manifiestan que el foco de las habilidades clínicas fundamentales ha declinado en las últimas décadas; ha habido despersonalización y pérdida de atención a los estudiantes, en contraste a lo observado hace 50 años⁴.

El estudiante, hoy, interactúa con cientos de profesores sin el beneficio de un programa focal en la enseñanza y evaluación de habilidades clínicas fundamentales, hecho asociado a una disminución de la enseñanza al lado del enfermo⁵.

En un estudio publicado en *Academic Medicine* en 1995, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina hace un análisis de la evaluación de las habilidades clínicas en las Escuelas de Medicina, informando que algunos sistemas de evaluación tienen poca relación con la calidad de las historias clínicas y del examen físico, y que muchas Escuelas no usan métodos adecuados para evaluar competencias clínicas.

La responsabilidad médica debe evolucionar a raíz del desarrollo de ciencias que tratan del mejoramiento de calidad y de la base ética del profesionalismo.

En la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, en un estudio publicado en 2004⁶ acerca de la observación de las habilidades clínicas de estudiantes y residentes, concluyen que en la observación

¹ Profesor Emérito, Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

directa de los alumnos se encontraron serias deficiencias en estudiantes y residentes, recomendando diversas tecnologías para enseñar las habilidades clínicas.

El USMLE, examen de gran importancia para evaluar las competencias clínicas, traerá incorporado exigencias que necesitan de un aprendizaje más consolidado.

Se está llegando a un cierto grado de consenso que, para mejorar las competencias clínicas, se hace necesario desarrollar una mayor observación directa de los alumnos, de parte de los docentes.

Hasnain⁷, del departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Illinois, sostiene que las competencias clínicas se amplían y mejoran cuando se incorpora una mayor observación directa de parte de los docentes.

Recientemente, Whitcomb⁸, muestra en un estudio randomizado de pacientes con enfermedades comunes, que sólo un 50% de los casos recibió tratamiento apropiado, argumentando que los errores de los médicos se originan muchas veces por fallas en su formación. Plantea que se deben monitorear las experiencias usadas en aquellos casos que no se manejaron bien.

Para mejorar las competencias clínicas se requiere una mayor dedicación directa de los docentes

Se han realizado diversos estudios en los últimos años que analizan las habilidades clínicas de estudiantes y residentes. Un artículo aparecido en 2005, se refiere a un modelo teórico sobre la actuación clínica de los médicos y que revisa la literatura sobre factores que afectan a la actuación de los residentes.

En este estudio se analizan conocimientos, habilidades, actitudes, hábitos y resultados obtenidos en las salas de hospitales.

La búsqueda en la literatura comprendió desde 1967 a 2002, revisándose 52 estudios originales los que fueron categorizados en 5 dominios:

1. Estilos de aprendizaje y personalidad
2. Factores socioeconómicos
3. Salud personal
4. Referencias de práctica
5. Respuesta al medio de trabajo

Del análisis realizado por los autores, se establece un modelo con tres aspectos destacados los que ejercerían la principal influencia en la conducta clínica de los residentes:

- a) Factores individuales de los residentes
- b) La infraestructura en salud
- c) La infraestructura de la educación médica

Las habilidades no cognitivas: el Profesionalismo. Al mismo tiempo de este progresivo y creciente interés en las habilidades clínicas de los médicos, también asistimos, como reacción a críticas originadas en numerosos países acerca del descontento casi generalizado de la atención médica, a una reflexión profunda acerca de los atributos no cognitivos de los médicos: aspectos humanitarios, éticos, compasión, respeto y dignidad hacia los pacientes.

Frente a las numerosas críticas acerca del déficit observado en las competencias profesionales y en las adecuadas cualidades personales que debe tener todo médico: integridad, empatía, buenas relaciones interpersonales con los pacientes, colegas, personal de salud y público en general; condiciones de liderazgo, iniciativa, fluidez de comunicación, perseverancia, compromiso y compasión, se ha producido en la mayoría de las Escuelas de Medicina una gran demanda por cambios curriculares que incluyen en forma relevante los atributos no cognoscitivos del médico, cualidades que se conocen con el nombre de profesionalismo médico.

La incorporación de la enseñanza del profesionalismo se ha extendido a numerosos centros del mundo.

En un documento denominado Proyecto Profesionalismo Médico¹⁰, se incluyen una serie de responsabilidades con la sociedad y se consignan 3 principios fundamentales del profesionalismo.

Los principios son:

- a) Primacía del bienestar del paciente,
- b) La práctica del altruismo y
- c) De la autonomía del paciente.

Las responsabilidades son: competencia profesional de por vida, honestidad y confidencialidades en los pacientes, relaciones apropiadas con los pacientes y perfeccionar la calidad de la atención.

El Medical School objectives Project, citado anteriormente², en 1996, engloba los requerimientos cognoscitivos y los no cognoscitivos que un médico graduado debería poseer.

Los objetivos básicos establecidos, en lo referente a las competencias esenciales que un graduado debe poseer son cuatro:

1. Altruismo, se refiere a que los alumnos antes de graduarse deben demostrar compasión, respeto por privacidad y dignidad del paciente.
2. Conocimientos, se refiere a conocimiento de estructura del cuerpo y de sus funciones, y de los principales sistemas del cuerpo.
3. Habilidades, incluye las competencias para aliviar el dolor y aminorar el sufrimiento.
4. Deberes, deben conocer la epidemiología de las enfermedades comunes y deben tratar de reducir la incidencia y prevalencia de dichas enfermedades.

Cada Escuela de Medicina debe tener estos 4

objetivos principales como guías para establecer sus propios objetivos.

En 1999² se completó el propósito de la primera fase de este proyecto (MSOP), el de establecer un consenso en la comunidad de Educación Médica de los atributos cognoscitivos y no cognoscitivos que todo médico debe poseer.

Tanto las dimensiones cognitivas y no cognitivas que debe adquirir un estudiante que ingresa a estudiar medicina deben evaluarse periódicamente en extensión y profundidad, y plasmarse en el currículo, ya que la medicina reúne un gran conjunto de competencias intelectuales y manuales para proporcionar servicios y bienes a otros miembros de la comunidad, constituyendo así una profesión que descansa en un compromiso ético para su ejercicio.

Las habilidades no cognoscitivas incluidas en el profesionalismo **deben ser enseñadas** y evaluadas como parte **formal del currículo**

Existen comunicaciones¹² que mencionan que las quejas más recurrentes del público hacia los médicos no se relacionan con las competencias clínicas sino que deficiencias en las habilidades de la comunicación.

La gran importancia que ha ido adquiriendo el profesionalismo médico, se traduce en que en las entre-

vistas de admisión para las Escuelas de Medicina se investiguen los atributos no cognitivos de los postulantes.

Además, ha habido un progresivo consenso que, por la importancia del aprendizaje de las destrezas comunicacionales en Medicina, estas competencias se deben integrar aún más a los currículum de las diferentes Escuelas de Medicina.

Consecuente con todo lo anterior se ha iniciado un movimiento para introducir en el proceso de selección de estudiantes de medicina una identificación de las cualidades más importantes que tendría una estrecha relación con el profesionalismo médico y una manera adecuada y uniforme para ser evaluadas. La literatura ha identificado 87 diferentes cualidades personales relevantes a la práctica de la medicina¹².

Como una forma de mejorar la evaluación de las destrezas clínicas de los futuros médicos, y de medir los éxitos y los fracasos en las diferentes innovaciones curriculares, se tienen hoy dos métodos muy importantes de evaluación: el (USMLE) US Medical Licensing Examinations y el (OSCE) Objective Structured Clinical Examination¹³. Las Escuelas de Medicina han tomado conciencia, que la práctica de la Medicina es compleja, interviniendo procesos emocionales, cognitivos y personales, que requieren bases de conocimiento en aspectos biomédicos, epidemiológicos, psicosociales, culturales, económicos y éticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Howard K, Rabinowitz, David Balbott. Innovative approaches to educating medical students for practice in a changing health care environment. *The National Ume-21 Project. Acad Med* 2001; 76: 587-97.
- The Medical School objectives writing group. Learning objectives for medical student education. Guidelines for medical schools: report 1 of the medical school objectives project. *Acad Med* 1999; 74: 13-8.
- Cohen J D. Our compact with Tomorrow's Doctors. *Acad Med* 2002; 77: 475-80.
- Goldstein E, Mac Laren C, Smith S, et al. Promoting Fundamental Clinical Skills. A Competence-Based College Approach at the University of Washington. *Acad Med* 2005; 80: 423-33.
- Kassebaum D, Eaglen R. Shortcomings in the evaluation of students clinical skills and behaviors in medical school. Division of Medical School Standards and Assessment AAMC. *Acad Med* 1999; 74: 842-9.
- Holmboe E. Faculty and the observation of Trainees clinical Skills. Problems and opportunities. *Acad Med* 2004; 79: 16-22.
- Hasnain M. Toward Meaning full Evaluation of Clinical competence. The Role of Direct observation in clerkship ratings. *Acad Med* 2004; 79: 521-4.
- Whitcomb M. Using clinical outcomes data to reform Medical Education. *Acad Med* 2005; 80: 117.
- Mitchell M, Srinivasan M, West D, Franks P, et al. Factors affecting resident performance. Development of a Theoretical Model and a Focused Literature Review. *Acad Med* 2005; 80: 376-89.
- Rosselot E. Profesionalismo en Medicina: una actualizada expresión para el ejercicio ético de la medicina. Un compromiso ético para su ejercicio. *Bol Acad Chil Med* 2003; 40: 127-39.
- Clack GB, Allen J, Cooper D, Head JO. Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. *Medical Education* 2004; 38: 177-86.
- Albanese M, Snow K, Skochelak S, et al. Assessing Personal Qualities in Medical School admissions. *Acad Med* 2003; 78: 313-21.
- Gaur L, Skochela S. Evaluating competence in Medical Students. *JAMA* 2004; 291: 2143.