

EDUCACION MEDICA

Nuevas metodologías de evaluación de pre y postgrado

*"El tipo de evaluación que se haga determina,
no solo la forma en que se estudia
y se adquieren diferentes destrezas,
sino que establece incluso la calidad
de la vida académica del docente
y del estudiante por igual!
La evaluación no debe frustrar
ni destruir a quien la reciba".*
Jose Venturelli,
Universidad de McMaster, Canada ¹.

Los médicos, desde muy temprano en nuestra carrera, **"escuchamos sin que nadie nos dijera nada"** que, además de ser doctores, también éramos profesores. Y aprendimos. No porque nos enseñaran, sino porque se **"nos practicó con el ejemplo"**...así de simple.

Los docentes que provenimos de un esquema tradicional de evaluación/enseñanza/aprendizaje, con énfasis en la memorización y el conocimiento teórico-científico, fuimos formados en una especie de *orfandad*, y pasamos de ser "hermanos menores o mayores", según el entorno humano contingente que nos rodea; alumno de V año, Internos de medicina, residente en formación, especialista etc. El que está primero en la "cadena sanitaria", ES EL QUE MÁS SABE... de modo que enseña a los otros.

La mayoría de quienes formamos parte de un cuerpo docente en las carreras de salud de la U. de Chile, estamos insertos dentro del contexto de un convenio docente-asistencial, en el que prima la "solidaridad y el agradecimiento". La solidaridad de parte de los médicos del Servicio de Salud y, de parte de los médicos universitarios, la retribución en forma de trabajo asistencial y agradecimiento.

Si bien el nuevo paradigma de la educación en salud arribó hace ya tantos años, que debemos remontarnos al siglo pasado para ubicarlo cronológicamente, cómo hacemos hoy día, para "de pronto", decir : **"...no más clases teóricas...desde hoy: aprendizaje basado en problemas (ABP), simulación en docencia clínica (SDC),...y para la evaluación..portafolios, una evaluación de práctica clínica estructurada conocida por la sigla derivada del término en inglés, OSCE (Objective Structured Clinical Examination), 360°...no más pruebas de selección múltiple...no más pre-grado oral...y, la PSU?... y el examen médico nacional?"**

Es una realidad que casi universalmente se ha aceptado ya, que la idea de un médico que memoriza contenidos es parte de una metodología pedagógica vetusta. No obstante, la memorización no es una completa falacia, ya que la memorización cognitiva *significa aprendizaje*¹⁻³. Y, por lo demás, es lo que se evalúa (al menos hasta justo antes de iniciar la práctica médica), en la mayoría de las pruebas de selección múltiple. Con la práctica del internado, llega la etapa de evaluar, cómo el alumno **aplica el conocimiento** en contexto real, y, para ello se desarrollan casos de estudio que son analizados por los estudiantes y ejercicio de práctica supervisada en pacientes hospitalizados o en atención ambulatoria. Pero, finalmente la evaluación es en base a un examen teórico-práctico, oral de pre-grado, y un examen final teórico que consiste en una pruebas de selección múltiple. En los últimos años, se ha incorporado el OSCE, como parte de la *modernización académica*, y debemos reconocer que ha resultado ser muy positivo tanto en la opinión de educandos como de educadores. Sin embargo, es conocido por un grupo reducido de profesionales que imparten docencia en áreas de la salud. Y, por otra parte, se incorpora un método de evaluación que considera los nuevos

paradigmas formativos, pero hemos continuado impartiendo la enseñanza de corte tradicional, con clases magistrales...el profesor habla y el alumno escucha con una mínima posibilidad de interacción...si uno de los estudiantes se atreve a alzar la voz y preguntar.

¿Es correcto integrar la enseñanza antigua con evaluación moderna? ¿Podemos “demoler” el edificio de aprendizaje/enseñanza/evaluación, construido, sin dirimir si había “contenidos de valor” que luego no se puedan reponer?

Probablemente el cambio deberá ser lento, junto con la lenta desaparición de las generaciones “tradicionales” y la no tan lenta aparición de las “ciber-generaciones”, que en forma creciente y progresiva, serán formados dentro de los nuevos paradigmas pedagógicos.

Creo, que el cambio en las metodologías docentes de enseñanza/ aprendizaje necesitan ser trazadas junto y paralelamente al giro simultáneo y coordinado en las metodologías de evaluativas, y de acuerdo a un “inventario”, responsabilidad de todos quienes estamos insertos cronológicamente y geográficamente en un tiempo y espacio determinados. En otras palabras, la mejor forma de enfrentar esta especie de “dilema académico”, es a través de una ***“Transición evolutiva, consensuada y planificada y PERTINENTE”***

Cross-match

La simulación en docencia clínica (SDC), es una metodología con gran potencial “bipolar” en el proceso educativo, es decir, su aplicación puede ir en el sentido enseñanza/aprendizaje, y a la vez en sentido evaluación/aprendizaje/enseñanza.

En enseñanza/aprendizaje, la SDC, sitúa al alumno en un contexto que imita algún aspecto de la realidad y, en ese escenario, lo enfrenta a situaciones similares que el estudiante experimentará con sus pacientes, sanos o enfermos, de forma independiente, durante las rotaciones clínicas de su práctica profesional (internado).

En evaluación/aprendizaje/enseñanza, permite observar cómo el alumno lleva a cabo las técnicas de diagnóstico aprendidas, y cómo lleva a cabo el proceso de raciocinio clínico para resolver una situación en un paciente determinado. Lo mismo sucede con la evaluación del progreso que el alumno vaya adquiriendo en habilidades psicomotoras y de relaciones humanas.³⁻⁵

El OSCE, es el equivalente “evaluativo” de la SDC. A través de OSCE, el estudiante es sometido a la evaluación de las competencias clínicas aprendidas, lo que une indivisiblemente (eso sería lo ideal), el OSCE a la DSC, que como bien sabemos, enseña, supervisa, corrige, vuelve a enseñar y facilita al educando la adquisición de las competencias evaluadas como:

- a. Capacidad de pesquisa y disquisición de los antecedentes clínicos y exámenes de apoyo para el diagnóstico.
- b. El desempeño del alumno para identificar el problema de salud que se le plantea.
- c. El criterio que demuestra el alumno en la toma de decisión terapéutica en el caso.
- d. Destrezas y habilidades psicomotoras y comunicacionales.

Como todo proceso destinado a evaluación de aprendizaje, el OSCE sólo estará completo si, a su vez, es sometido también a un “peritaje evaluativo”, en el que el grupo docente asegure ***la fidelidad de la simulación***, y midan si el alumno aprendió lo que se enseñó³.

Así como el OSCE correspondería a la SDC como “término pareado”, la metodología de enseñar a través de resolución de problemas, denominada, aprendizaje basado en problemas, podría ser asociada a su par evaluativo, el *Test de Script*. El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), tuvo sus inicios en la Escuela de Medicina de la Universidad de McMaster, (Canadá), y es presentado por Barrows, (1996), como un proceso activo, integrado y constructivo, influido tanto por factores sociales como contextuales. La metodología consiste en presentar los contenidos para que los alumnos ***obtenan*** el conocimiento de la disciplina

impartida, de tal modo que no sólo sean aprendices pasivos. El aprendizaje basado en problemas (ABP) permite a los alumnos trabajar en conjunto con sus compañeros de aula para resolver problemas complejos y genuinos que les servirán para desarrollar no sólo sus conocimientos teóricos sino también sus capacidades de razonamiento, comunicación, trabajo en equipo, auto-aprendizaje y auto-evaluación^{1,4}.

Cómo evaluar, en el contexto de la resolución del problema clínico expuesto, la compleja red que envuelve al razonamiento clínico del alumno y cómo éste organiza cognitiva y actitudinalmente lo aprendido para resolver el caso que se presenta?

En otras palabras, cómo entrar, mirar y escuchar el contenido de la “caja negra” del alumno?

El test de Script está estructurado de la siguiente manera:

- a. - Viñetas clínicas que describen situaciones clínicas reales en la
- b. - Hipótesis diagnósticas, de investigaciones complementarias o terapéuticas concordantes con la situación clínica descrita en la viñeta.
- c. - Nuevas informaciones relevantes para cada hipótesis, independientes entre sí, que son útiles para resolver el problema que se presenta.
- d. - Respuestas, que tienen como base fundamental la posibilidad de divergencia de opiniones.

El docente, tiene la responsabilidad de diseñar correctamente las viñetas clínicas con la debida oferta de alternativas y diversas soluciones que requieran del alumno la comprensión y categorización de las mismas antes de tomar decisiones. Pero, aun cuando es un método evaluativo, como docentes estamos obligados a promover la posibilidad formativa que posee la técnica y encontrar el equilibrio, o la “justa medida” y saber *cuándo intervenir* el proceso de script y cuándo permitir que el alumno llegue a la solución correcta. Dicho de otra forma, tener control de escoger para en una determinada instancia, si es el efecto error (el alumno se equivocó, cometió un error al decidir), o el efecto conquista (el alumno acertó, decidió correctamente, a favor del paciente), el que “enseñe” más adecuadamente, en ese caso en particular.

Así, desde el punto de vista educativo, se lleva al estudiante a enfrentar un conjunto de importantes conceptos, ideas y técnicas que provoquen contradicciones e inquietudes significativas como para desplegar su creatividad, flexibilidad, y reflexión metacognitiva.

Finalmente, otras de las nuevas formas de evaluación es la denominada EVALUACIÓN EN 360°, que nació en el mundo empresarial con el propósito de darle al empleado la retroalimentación necesaria y estimularlo a mejorar su desempeño, comportamiento o ambos, y dar a la gerencia la información necesaria para tomar decisiones en el futuro¹. Está rodeada de un aura de “amistad y confiabilidad”, en la que el evaluado recibe la “ayuda” de jefes, subordinados, colegas y aún de los clientes (o pacientes en este caso), y le ceden al evaluado información trascendente de su desempeño y se le invita cortésmente a hacer las “mejoras necesarias”. Una vez que se ha decidido a quiénes evaluar, se precisa asegurar el anonimato de aquellas personas que den esta retroalimentación.

En mi opinión, podría tener alguna fortaleza como:

1. Estimular las iniciativas de los equipos.
2. En base a los resultados individuales, podría capacitar a las personas con déficits en alguna área determinada.
3. Podría identificar personas con potencial para superar dificultades.

Pero, por ahora, me parece que es un Sistema complejo en el cual la retroalimentación probablemente resulte más intimidante que amable y como consecuencia de lo anterior, sea propiciador de conflictos, temores, frustración y hasta desconfianza en los grupos de trabajo.

Referencias

1. Venturelli J. Educación Médica: Nuevos Enfoques, Metas y Métodos. OPS/OMS. Washington D.C. 1997.
2. Wojtczak A. Evaluation of Learning Outcomes: Assessment Methods and Measurement. Working Review, August 2000. <http://www.iime.org>
3. World Federation for Medical Education. Basic Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen: WFME 2003. <http://www.wfme.org>
4. Ogburn, Tony MD. Espey, Eve MD. The R-I-M-E method for evaluation of medical students on an obstetrics and gynecology clerkship. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 189(3):666-669, September 2003.
5. Regan-Smith, Martha G. MD, EdD. Et al. Rote Learning in Medical School. JAMA, Volume 272 (17), 1994. pp 1380-1381.