



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Desenvolupament del professionalisme en educació mèdica: l'avaluació formativa de valors i actituds professionals en l'aprenentatge basat en problemes (ABP)

Mònica Soler Ranzani

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) i a través del Dipòsit Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) y a través del Repositorio Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) service and by the UB Digital Repository ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

## **Facultat d'Educació**

### **Programa de Doctorat**

#### **Educació i Societat**

# ***DESENVOLUPAMENT DEL PROFESSIONALISME EN EDUCACIÓ MÈDICA: AVALUACIÓ DE VALORS I ACTITUDS PROFESSIONALS EN L'APRENTATGE BASAT EN PROBLEMES (ABP)***



**Doctoranda:** Mònica Soler Ranzani

**Directors:** Dr. José Luis Medina Moya i Dr. Francesc Martínez Olmo

Barcelona, setembre de 2015

## AGRAÏMENTS

*“Quan surts a fer el viatge cap a Ítaca  
has de pregar que el camí sigui llarg,  
ple d’aventures, ple de coneixences.  
Has de pregar que el camí sigui llarg,  
que siguin moltes les matinades  
que entraràs en un port que els teus ulls ignoraven  
i vagis a ciutats per aprendre dels que saben.”*

### **Cavafis**

Deia Cavafis quan parlava del seu mític viatge a Ítaca que la travessia no s’havia de forçar, aquesta, segurament com la vida, ens conduiria a nous ports, nous horitzons, noves descobertes, noves coneixences...Us puc ben assegurar que durant el temps que ha durat aquest treball, s’ha complert la profecia del poeta. I arribar a port, de ben segur, ha estat més fàcil gràcies als companys de viatge.

En primer lloc agrair als Drs. José Luis Medina i Francesc Martínez ser la guia i timó del viatge, per fondejar en cadascun dels conceptes del quadern de bitàcola, ni que fos a contravent. Insubstituïbles pel seu rigor, la seva meticulositat, el seu mestratge i un llarg etcètera que podria ocupar ben bé la portada sencera, per ells el meu afecte.

En segon lloc el meu agraïment al Dr. Albert Oriol pels seus comentaris sempre encertats i el seu saber pedagògic, per la seva companyia durant el viatge, i per la seva presència constant malgrat la distància.

En tercer lloc, als participants experts, els doctors Lee Randol Barker, Albert Jovell, Maria Nolla, Jordi Palés, Albert Oriol, Ciril Rozman i Miquel Vilardell, als quals em cal agrair el seu ajut i disponibilitat, per ser un exemple pràctic de professionalisme.

També als estudiants que com diu la cançó vingueren a aprendre i al final van ensenyar-me.

En quart lloc, i no per això menys important, a la meva mare i germà per l'encoratjament i la dedicació constants, per posar-hi l'ànima, conscient que a ells els ho dec tot, per una generositat sense horitzons.

En cinquè lloc amb agraïment, i com a homenatge pòstum, a tots aquells metges que ja no són entre nosaltres, però que ens han deixat el llegat dels valors més enllà del temps en una època, que el metge era a la capçalera del pacient i acompanyava en naixements, malalties, i traspassos, ells van viure la professió amb una dedicació extraordinària als altres. El meu reconeixement a tots ells, aquest treball els pertany més que a mi.

Finalment a tots aquells professors que m'han acompanyat en aquest llarg i etern camí, de la mà dels quals he entrat en la màgia de la recerca, la investigació i la curiositat insaciable per aprendre i descobrir nous horitzons, noves metes, noves sendes. Per posar-me al cor la idea d'Ítaca i animar-me a anar més lluny cada dia. I sempre, a Luis Branda pels anys compartits a la Unitat d'Educació Mèdica.

Gràcies a tots per tants moments compartits que han fet possible i viable, allò que en un temps fou només un bell somni, la idea d'un projecte de recerca, mars enllà.

**MÒNICA SOLER RANZANI**

## INDEX

CAPÍTOL 1. ELS ANTECEDENTS QUE HAN FET POSSIBLE AQUESTA TESI ...	2
1.1. Context de naixement i concreció del problema de recerca .....	2
1.2. El meu context formatiu .....	2
1.3. El meu context professional.....	5
1.4. El meu context acadèmic .....	7
1.5. Preguntes de recerca .....	10
1.6. Objectius .....	10
CAPÍTOL 2. PROFESSIONALISME .....	12
2.1. Definició de professionalisme en medicina .....	12
2.2. Els antecedents històrics del professionalisme mèdic .....	14
2.3. Un canvi de mirada: d'emmalaltir a la malaltia.....	16
2.3. Educació en valors i actituds professionals en medicina .....	22
2.4. Actualment: la metamorfosi del canvi.....	29
2.5. El professionalisme des del punt de vista de la sociologia .....	31
2.5.1. Mirada estructural-funcionalista .....	32
2.5.2. Mirada neoweberiana .....	37
2.5.3. Mirada neomarxista.....	39
CAPÍTOL 3: APRENENTATGE BASAT EN PROBLEMES.....	44
3.1. Descripció de l'ABP .....	44
3.2. Els orígens de l'ABP.....	48
3.3. Un nou rol docent: el model del tutor facilitador.....	50
3.4. Educació en el professionalisme mitjançant l'ABP.....	54
CAPÍTOL 4. AVALUACIÓ DEL PROFESSIONALISME MÈDIC .....	57
4.1. L'Avaluació alternativa: característiques i funcions.....	57
4.2. La implementació de l'avaluació alternativa .....	58
4.3. Avaluació per escales.....	60
4.4. L'avaluació del professionalisme mitjançant l'ABP a la Facultat de Medicina de la Universitat de Girona (UdG) .....	62
4.4.1. Avaluació per part del tutor .....	64
4.4.2. Coavaluació .....	65

4.4.3.	Autoavaluació .....	67
4.4.4.	Avaluació en l'ABP .....	67
4.5.	L'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals.....	68
CAPÍTOL 5. METODOLOGIA DE LA RECERCA I TREBALL DE CAMP.....		73
5.1.	Metodologia de la recerca.....	73
5.1.1.	Enfocament i metodologia .....	73
5.1.2.	El cas d'estudi .....	75
5.1.3.	Criteris de rigor i qualitat .....	85
5.1.4.	Disseny de la investigació .....	86
5.1.5.	Estudi de l'evolució dels alumnes avaluats amb l'EAFVAP.....	88
5.2.	Treball de camp .....	91
5.2.1.	Anàlisi sobre la pertinença contextual .....	91
5.2.2.	Estudi de l'evolució dels estudiants avaluats amb l'EAFVAP .....	95
5.2.3.	Consideracions deontològiques de la recerca.....	97
CAPÍTOL 6. RESULTATS I DISCUSIÓ.....		100
6.1.	Resultats de l'estudi de pertinença contextual.....	100
6.1.1.	Habilitats d'aprenentatge.....	102
6.1.2.	Comunicació.....	105
6.1.3.	Responsabilitat .....	109
6.1.4.	Relacions interpersonals.....	111
6.1.5.	Opinions dels informants experts respecte els motius per l'avaluació dels valors professionals als estudis de grau de Medicina.....	115
6.2.	Resultats de l'estudi de l'evolució dels estudiants avaluats en professionalisme amb l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals.....	117
6.2.1.	Índexs descriptius .....	117
6.2.2.	Contrast per sexe .....	119
6.2.3.	Contrast entre pretest (2n curs) i posttest (3r curs).....	120
6.2.4.	Contrast entre dimensions .....	123
6.2.5.	Correlacions.....	125
6.3.	Discussió.....	127
6.3.1.	Respecte la percepció contextual .....	127
6.3.2.	Evolució dels estudiants avaluats amb l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals .....	130
CAPÍTOL 7. CONCLUSIONS, LIMITACIONS I PROSPECTIVES .....		133

7.1. Interrelació contextual escala-metodologia ABP: conclusions.....	133
7.2. Conclusions referents a la utilització de l'escala avaluadora en valors i actituds professionals .....	135
7.2.1. Fase de disseny curricular .....	135
7.2.2. Fase interactiva.....	136
7.2.3. Fase avaluadora.....	137
7.3. Conclusions de l'estudi referent a la pertinença contextual.....	138
7.4. Conclusions respecte l'evolució del grup d'estudiants avaluats amb l'escala avaluadora en valors i actituds professionals.....	140
7.5. Derivacions envers la pràctica formativa.....	141
7.6. Límits i prospectiva de la recerca .....	142
7.7. A mode d'epíleg: aprenentatges com a investigadora .....	144
ANNEXOS .....	147
ANNEX 1. Qüestionari d'avaluació dels estudiants sobre valors i actituds professionals .....	147
1.a): Escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals (20 ítems) .....	147
1.b): Escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals (25 ítems).....	149
ANNEX 2. Qüestionari obert passat als informants .....	150
ANNEX 3. Petició cursada als informants experts.....	151
ANNEX 4. Autoritzacions dels informants experts del no anonimat de les seves respostes respecte l'avaluació del professionalisme en els estudis de grau de medicina, en el marc de la tesi doctoral .....	152
BIBLIOGRAFIA .....	158

## Índex de figures

Figura 1. Eixos de continuïtat en les intervencions del tutor facilitador: eix vertical de acció centrat en l'estudiant o centrat en el tutor.(Branda 2000, p 22).....	51
Figura 2. Gràfic dels set passos segons Stern per a l'avaluació del professionalisme ...	62
Figura 3. Tipus disseny longitudinal de cohorts d'aquesta tesi. Elaboració pròpia .....	75
Figura 4. Qüestionari passat als informants experts .....	87
Figura 5. Diagrama amb les dimensions i subdimensions corresponents amb l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals. Elaboració pròpia .....	101
Figura 6. Histogrames i proves de normalitat de les puntuacions totals en cada curs..	118
Figura 7. Contrast de les puntuacions totals en funció del sexe .....	119
Figura 8. Comparativa global entre 2n i 3r curs .....	120
Figura 9. Comparativa de la dimensió Habilitats d'Aprenentatge entre 2n i 3r curs ...	121
Figura 10. Comparativa de la dimensió Comunicació entre 2n i 3r curs .....	122
Figura 11. Comparativa de la dimensió Responsabilitat entre 2n i 3r curs .....	122
Figura 12. Comparativa de la dimensió Relacions Interpersonals entre 2n i 3r curs ...	123
Figura 13. Diferències entre dimensions a 2n curs.....	124
Figura 14. Diferències entre dimensions a 3r curs .....	125
Figura 15. Gràfica de dispersió de la puntuació total entre 2n i 3r curs.....	126

## Índex de taules

Taula 1. Planificació dels estudis de medicina a la UdG, fitxa global. (Universitat de Girona 2007, p 32).....	79
Taula 2. Disseny de la investigació: Objectius, Accions i Tasques .....	86
Taula 3. Representativa dels subjectes participants. Elaboració pròpia .....	90
Taula 4. Paraules clau identificades pels experts en relació amb els ítems classificats a les quatre dimensions de l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals .....	94
Taula 5. Paraules clau relacionades les habilitats d'aprenentatge i amb totes les subdimensions relacionades amb les respostes dels informants experts .....	102
Taula 6. Paraules clau relacionades amb la dimensió comunicació i totes les subdimensions relacionades amb les respostes dels informants experts .....	106
Taula 7. Paraules clau relacionades amb la dimensió corresponent a la responsabilitat amb totes les subdimensions relacionades amb les respostes dels informants experts	109
Taula 8. Paraules clau relacionades amb la dimensió de relacions interpersonals amb totes les subdimensions relacionades amb les respostes dels informants.....	112
Taula 9. Índexs descriptius de l'avaluació dels professionals segons les dimensions i el curs .....	118
Taula 10. Proves de normalitat per dimensió i curs .....	119
Taula 11. Coeficient de correlació de Spearman entre els cursos analitzats .....	126



## **Índex d'il·lustracions**

Il·lustració 1. Anònim. Charcot i els seus deixebles. Font: <a href="http://www.baillement.com/internes/ferre.html">http://www.baillement.com/internes/ferre.html</a> .....	19
Il·lustració 2. Pablo Picasso. Ciencia y Caridad.1897.....	20
Il·lustració 3. Francisco de Goya. El paciente con su médico.1820.....	21

## **Part I. INTRODUCCIÓ I ANTECEDENTS**

# **CAPÍTOL 1. ELS ANTECEDENTS QUE HAN FET POSSIBLE AQUESTA TESI.**

## **1.1.Context de naixement i concreció del problema de recerca**

Per entendre el sorgiment d'un problema de recerca cal situar-lo en el context que l'ha fet possible, i no em refereixo només als marcs teòrics als quals pertany, si no al context en la més àmplia accepció del terme. Una tesi no és tan sols una revisió de la bibliografia d'un àmbit disciplinar concret i el seguiment d'un mètode d'investigació determinat. Sempre i en tots els casos és quelcom més, és l'històric del camí personal, motivacional, emocional, professional, acadèmic i també fruit del seu temps i espai, el que situa el problema, i referencia les reflexions en veu alta del doctorant. Tots som el resultat de les lectures que em llegit, dels mestres que hem tingut, de les experiències que hem viscut, de les pors i dels guanys que aquestes ens han nodrit, i de les vivències que ens han dut fins aquí.

Per a donar a entendre millor el tema d'estudi que focalitza aquesta tesi es fa necessari, doncs, explicar aquests antecedents.

## **1.2. El meu context formatiu**

La meva formació és la fisioteràpia, no obstant, com que durant un temps concret la llicenciatura era el camí per a l'accés als estudis de doctorat, i en tant que tenia clar la meva vocació docent, en vaig cursar una en filologia catalana. Més tard varen venir els màsters per a aquest accés i tampoc ho vaig dubtar, en vaig cursar dos, l'un pel seu contingut mixt en recerca i salut pública, i l'altre perquè m'aportava un seguit d'eines i estratègiques pedagògiques que vaig considerar que m'enriquieren en l'art i l'ofici de l'ensenyament. Fruit d'aquest procés he arribat avui a un doctorat en Pedagogia. La trajectòria fins aquí descrita m'ha permès créixer personal i professionalment, conèixer

estratègies metodològiques i de recerca que m'han permès dibuixar un itinerari docent i de recerca en connexió amb els quinze darrers anys com a docent en diferents universitats del territori català en diferents estudis de Ciències de la Salut.

La meua vida és, doncs, d'eterna d'estudiant, i prego perquè no s'acabi, crec que sóc l'empremta dels meus mestres, aquests han estat molts i no en faré aquí un llistat, perquè no vull córrer el risc de descuidar-me'n cap. Penso fermament, però, que sóc el pòsit que cadascun d'ells m'ha llegat, i ara recordo i reflexiono sobre allò que tots, tan diferents alhora tenen, o tenien en comú és aquesta visió aristotèlica segons la qual l'educació ha de servir sempre per crear ciutadans instruïts, educats en la virtut, capaços de satisfer determinades necessitats de la societat, és a dir obtenir estudiants ben preparats, però a la vegada educats en un codi de conducta. D'altra manera una educació simplement instrumental no seria completa. De ben segur aquesta visió encomanada pels meus mestres els quals han pinzellat la meua manera d'entendre la docència l'he manllevat també en aplicar-la al meu exercici docent i investigador, en tant que al llarg dels meus quinze anys de docència universitària sempre he tingut la idea que la meua tasca com a professora a Ciències de la Salut en els diferents estudis en els quals he impartit classe, implicaven molt més que ensenyar als meus estudiants assumptes purament tècnics i d'habilitats, en tant que els tipus de professionals que sortien de les aules havien de tractar amb les persones, i el context que abasten les Ciències de la Salut per a donar un servei acurat a aquestes, és bast: és el context de la vida en majúscules, amb tots els seus determinants i condicionants, no tan sols *sensu strictum* de salut, sinó socials, psicològics, emocionals, personals, educacionals, familiars, culturals etc. que fan de cada pacient un ésser únic i donen sentit a l'aforisme abastament repetit a les facultats d'arreu de: "No hi ha malalties hi ha malalts". Cal doncs, copsar, conèixer, saber-se adaptar a aquesta excepcionalitat que tenim al davant i per això cal desenvolupar certs potencials que tots portem dintre com ara l'escolta activa, l'empatia, la comunicació assertiva, el respecte ...que de ben segur humanitzaran i milloraran la qualitat dels nostres actes assistencials i que guarden certa similitud amb els "sabers professionals" (Medina, 2013), els quals són el pilar i fonament de l'acció professional ,malgrat estar molt més enllà del que s'ensenyava a la universitat. Estem per tant davant currículums millorables i cal, doncs, aprofitar aquesta oportunitat. No és, en definitiva, ensenyar, sinó educar, en el sentit del llatí 'educere': conduir.

Shirley Grundy (Grundy, 1998) argumenta en el seu discurs entorn la insatisfacció del currículum, el repte del professorat envers el perfeccionament d'aquest currículum en tant que aquest té una funció medidora entre el subjecte discent, i futur professional, i l'entorn social. Per a l'autora, segons paraules textuales: "Si cal perfeccionar un conjunt concret d'interaccions socials, moltes vegades passa que s'han de millorar els contextos socials i materials en els quals es produeixen aquestes interaccions i sempre cal que s'entenguin aquests contextos, d'aquesta manera, la investigació-acció interrelaciona de manera comprensiva, comprensió i perfeccionament, coneixement i acció, teoria i pràctica".

Aquesta reconceptualització del disseny curricular requereix una reorganització en la jerarquia del coneixement del currículum, que en el format clàssic presenta una visió academicista i de predominança pel que fa a la racionalitat tècnica. Incorporar la formalització d'altres sabers no formalitzats en l'actualitat com són en el cas d'aquesta tesi els valors professionals, incrementa de ben segur la facilitació de l'estudiant a la seva inserció en la pràctica professional amb un bagatge facilitador del procés (Medina, 2013).

Dur a terme objectius d'aquesta magnitud en una facultat de nova creació implicava, doncs, cercar estratègies didàctiques properes, congruents i coherents amb el paradigma d'aquest nou escenari de millora proposat. L'eina per la qual es va optar fou l'aprenentatge basat en problemes, el qual permetia treballar el desenvolupament del professionalisme mèdic dels estudiants al llarg de tota la carrera, de manera transversalitzada en totes les assignatures, brindant la oportunitat d'exercici d'un pensament crític en la qual els actors tinguin el control, alhora que la responsabilitat, de les situacions produïdes durant el procés d'ensenyament-aprenentatge.

La proposta aquí presentada és doblement innovadora en tant que representa implementar el desenvolupament i avaluació dels valors inherents del professionalisme mèdic de manera igualitària amb els altres sabers curriculars d'una banda, i de l'altra fer-ho amb una nova metodologia que permet el seu abordatge de manera integrada, reflexiva i col·laborativa, partint de casos clínics facilitadors, amb una perspectiva holística on el pacient es contemplat com un tot, fet que es contraposa amb el model clàssic on els processos de salut i malaltia, curricularment són tractats de manera

fragmentària amb una escassa connexió de les assignatures entre sí, més per un concepte organitzatiu que pedagògic i amb metodologia expositiva generalment, model poc útil i avorrit (Rozman, 2011), i on el professionalisme és considerat com a quelcom secundari dins la jerarquia curricular i que, en tant que secundari, roman en el currículum “ocult” i la seva maduresa o desenvolupament és considerada un fet suposadament “ espontani”, en tant que no és ni treballat ni avaluat. El professor Rozman, quan es refereix al resultat de l’aplicació d’aquest tipus de model, afirma: ” Si a totes aquestes consideracions els afegim la manca de pràctica, resulta obvi que l’estudiant rep una formació deficient”.

Aquest pensament expressat de manera global, doncs, és l’embrió de la tesi que teniu a les mans: a les aules calia ensenyar quelcom més que coneixements utilitaris, calia formar en valors professionals; de fet, un pensament manllevat dels clàssics, als humanistes passant pels il·lustrats, però allunyat dels nostres temps tan enlluernats per la tecnologia, i maleïts pel contrarellotge.

Calia cercar també un instrument avaluador i alhora innovador i coherent amb la metodologia emprada, en aquest cas l’ABP, el qual contemplés l’avaluació, la reflexió individual (autoavaluació) i col·lectiva (coavaluació) que facilités l’evidència de debilitats i forteses, i per tant l’oportunitat per a la reflexió i la millora. Alhora que ens permetés investigar respecte el seu contingut, aquest instrument d’avaluació en forma de qüestionari o rúbrica fou manlevada, però, d’un altre context cultural, i idiosincràtic, i per tant la opinió d’informants experts respecte al contingut de l’instrument, esdevenia un horitzó envers el qual mirar si volíem contribuir a la millora de la formació dels nostres estudiants i el seu futur.

### **1.3. El meu context professional**

Durant la meua etapa assistencial podrien ser definides dues etapes o d’inflexió que varen marcar profundament la meua vida professional i que donen sentit a aquest treball de recerca, en tant que formen part del meu històric i de les dificultats d’un camí que no va ser planer, i que em va fer reflexionar sobre aspectes carencials de la formació que vaig rebre i la seva focalització en aspectes purament tècnics.

L'etapa com a fisioterapeuta amb nens disminuïts físics i/o psíquics en la qual tots els grans reptes i petites conquestes eren motiu de complicitat amb les mares. Mares tenaces, fortes, fràgils, perseverants, lluitadores, espantades, mares que esperaven màgia, miracles, mares que preguntaven tot i intuïnt les respostes... I jo que per a la gestió de tot plegat tan sols tenia sentit comú, i delicadesa per a coses tan delicades... Però que detectava un gran buit en la meva formació, malgrat que lluités intensament per omplir-lo, perquè era tan important o més que l'arsenal terapèutic amb el qual la universitat m'havia format. Dec totes les abraçades que vaig rebre com a regal de totes aquestes mares al mestre i amic Sebastià Serrano (Serrano, 2003). Gràcies a ell aquesta època té regust de petons de caramel i contes.

L'altra etapa a cures pal·liatives<sup>1</sup> una altra experiència dura, no ja pel context sinó per ser una època professional en la qual m'he sentit igual de desemparada pel que fa a la meva preparació davant la por del moribund, davant la soledat d'aquest, davant silencis que parlaven... Mentre, jo, havia estat preparada per dissenyar objectius de fisioteràpia per a donar qualitat de vida i aplicar-los. Amb ells vaig aprendre que la qualitat de vida passava abans per la companyia, l'escolta, la calidesa... Les lectures de Kubler-Ross m'apropaven a la serenitat per a compartir passejades per camins tan intensos (Kubler-Ross, 1987).

És per això que en aquest anar descobrint i analitzant fortaleeses i debilitats en la gran empresa de la nostra professió, em va semblar detectar una gran assignatura pendent (Oriol, 2010b; Terés, 2006) que no passa desapercibuda, la absència de la qual provoca un gran buit, un abisme, una mirada envers els valors professionals sobre la qual es sustenten el conjunt de les professions sanitàries, absència que universitat i docents no podem obviar si el que es pretén és formar professionals en el sentit més estricte del terme. Com diu Medina (2013): “Desde la vanguardia científica, en todos los campos, se nos está sugiriendo un cambio de mirada, un tránsito perceptual y gnoseológico hacia una concepción sistémica y relacional de lo real.”

## 1.4. El meu context acadèmic

Des de l'any 1998 fins el 2012 la meva tasca com a professora en diferents universitats, m'ha dut a fer classes en diferents disciplines: fisioteràpia, infermeria, logopèdia, podologia, i medicina, sempre, doncs, dins l'àmbit de les Ciències de la Salut.

En tots els casos, menys en el darrer, als estudis de grau de Medicina en els currículums dels estudiants tan sols tenia un pes específic el saber acadèmic-disciplinar el qual contemplava un saber teòric o proposicional, més enciclopèdic que interrelacional, el qual els professors havíem d'alimentar i avaluar, i un altre coneixement de tipus procedimental. Sovint per a la docència no era cap mena de requisit la formació docent, ni cap mena de capacitació pedagògica, per tant allò observable entre el professorat era la repetició dels modelatges previs dels seus antecessors, la metodologia docent dels quals es basava majoritàriament en classes expositives i teórico-pràctiques d'habilitats professionals. Els temps però són radicalment diferents i el món del coneixement i el creixement de la informació, juntament amb la disponibilitat immediata gràcies a les noves tecnologies, és exponencial. El volum del coneixement creix vertiginosament i el món del docent i discent se'n veu necessàriament afectat, s'imposen nous recursos d'aprenentatge coherents amb aquesta nova realitat. I els modelatges docents i discents, del segle passat esdevenen irreproduïbles per obsolets. Ensenyar i aprendre, necessàriament s'han d'adaptar a noves maneres propiciades per aquest entorn constantment dinàmic i canviant.

Conscient que les professions sanitàries tenen la responsabilitat de tractar persones les quals es troben en processos de fragilitat, i en tant que aquest maneig requereix certa simbiosi entre ciència i art, la carència d'una educació en els valors professionals a més era evident; no obstant, en les institucions no hi havia la cultura ni d'aquesta educació que se suposava emergiria com per art de màgia en els estudiants, ni molt menys una avaluació d'aquest professionalisme. I qualsevol intent en aquest sentit, en tant que vaig exercir durant nou anys de coordinadora als estudis de fisioteràpia, era silenciada amb l'argument que "detalls com aquest" hi eren ja presents al currículum, però de manera "oculta"...Estudis com el de Cunill i Sardà (2011) evidencien que a la realitat aquesta emergència d'allò no treballat durant els estudis, com ara la comunicació, no emergeix



en el context sanitari de manera “espontània” i provoca un terrible desassossec entre els pacients.

Un nou escenari carregat de nous paradigmes va irrompre en el context universitari, amb la declaració de Bolonya l'any 1999. Es produïa en el procés de convergència que va conduir a l'Espai Europeu d'Educació Superior l'any 2010, amb noves propostes metodològiques i noves maneres d'ensenyar i d'aprendre que suposaven un repte tant per la institució com pels docents inquiets per la qualitat dels nostres ensenyaments, fet que em va donar la oportunitat de poder enriquir la meva formació docent en estudis superiors. La meva cerca per impartir un coneixement més integral de la persona i més integrat del pla d'estudis em va dur als cursos oferts per l'Institut de Ciències de l'Educació de la Universitat Autònoma de Barcelona; allà vaig conèixer el professor Luis Branda, un expert en aprenentatge basat en problemes (ABP), modalitat metodològica que proposava escenaris en forma de cas clínic, amb tota la riquesa que implica un cas d'un ésser individual en un procés de morbiditat, a partir d'aquest els estudiants efectuaven els seus aprenentatges guiats per un tutor facilitador. No cal dir que els casos eren tan rics en matisos i detalls com la vida mateixa; els aprenentatges, doncs, que se'n derivaven anaven molt més lluny dels coneixements i esdevenien una metodologia de treball, tant individual com grupal, la qual acostava l'estudiant a la pràctica professional i al mateix temps esdevenia una eina per a la vida (Branda, 2004).

No cal dir que vaig implementar la metodologia a les assignatures que impartia en aquells moments en estudiants de tercer de fisioteràpia.

Poc temps després es creava la Facultat de Medicina de la Universitat de Girona (UdG); aquesta naixia amb el paradigma dels nous temps. Els estudis de grau utilitzaven exclusivament l'ABP. L'encàrrec de la implementació dels estudis era competència de la Unitat d'Educació Mèdica, just en aquesta unitat la vida em sorprenia amb un company de treball que per a mi havia estat un referent, de nou el mestre de mestres Luis Branda, amb qui vaig compartir el dia a dia durant gairebé quatre anys, en tant que responsable d'organització de la unitat i professora de la facultat.

El salt qualitatiu implementat per Branda respecte allò observable al territori anava lluny, molt més lluny. En tant que el coneixement proposicional evidentment

s'avaluava, però a les tutories d'ABP s'analitzaven un seguit de conductes observades en l'estudiant durant les sessions, les quals tenien a veure amb dimensions corresponents a habilitats d'aprenentatge, comunicació, responsabilitat i relacions interpersonals (Annex 1). Aquestes conductes eren definides en ítems prèviament coneguts pels estudiants d'allò esperable i, en finalitzar les sessions del problema, hi havia una autoavaluació, coavaluació i avaluació del tutor de manera horitzontal, fet que permetia conèixer aquells punts assolits i allò millorable, element que enriqueix i possibilitava l'evolució de l'estudiant en l'autogestió, però alhora també del tutor i del grup. Val a dir que la utilització d'aquesta rúbriques era transversal i continuada en tots i cadascun dels mòduls o assignatures dels estudis de grau en medicina, i no estanca d'una assignatura concreta. No obstant cal dir que d'una banda l'aplicació d'aquesta escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals adaptada per Branda al nostre context, però originària d'una idiosincràsia diferent a la nostra, plantejava durant la seva implantació en els docents l'interrogant i també la inquietud respecte la seva pertinència en el nostre context i, per tant, en el nostre entorn.

D'altra banda, l'ABP com a metodologia proporciona l'escenari per a què el professionalisme pugui ser avaluat sense haver de fer un examen específic sinó amb el desenvolupament habitual de la docència i sense haver d'esperar que els estudiants tinguin contacte amb els pacients per veure com desenvolupen els seus valors i actituds professionals. En alguns casos s'han publicat qüestionaris o rúbriques sobre professionalisme per a ser aplicats en l'ABP (Elizondo Montemayor, 2004), però no hi ha constància que s'hagi avaluat en cap cas la seva pertinència contextual, tot i que sí hi ha constància de la utilització d'escales semblants aplicades en el desenvolupament de l'ABP (Singaram *et al.*, 2010) o, encara menys, l'evolució dels estudiants en termes quantitativs en una cohort longitudinal d'estudiants com és el cas de la tesi que aquí es presenta fruit d'aquest històric de fets, persones, situacions, descobertes, experiències inquietuds i carències, els que materialitzen i contextualitzen els següents interrogants que han guiat el procés de recerca i als quals aquesta tesi pretén donar resposta.

## 1.5. Preguntes de recerca

Al llarg d'aquest recorregut s'han anat forjant un entramat de preguntes i reflexions. Les preguntes que aquesta tesi es planteja són les següents:

1. L'escala d'avaluació formativa de valors i actituds professionals (EAFVAP), és pertinent pel que fa al nostre entorn i inclou tots aquells aspectes més rellevants del professionalisme?
2. Quina és la contribució a la millora del professionalisme de l'EAFVAP i quina conseqüència formativa té el fet de la seva aplicació?

## 1.6. Objectius

Així doncs, els objectius als quals caldrà donar resposta són els que es descriuen a continuació:

1. Analitzar la pertinència contextual de l'EAFVAP utilitzada amb els estudiants de grau de la Facultat de Medicina de la UdG.
2. Estudiar l'evolució dels alumnes de la Facultat de Medicina de la UdG avaluats en valors i actituds professionals mitjançant l'EAFVAP.

## **Part II. LES COSES DITES O MARC TEÒRIC**

## CAPÍTOL 2. PROFESSIONALISME

### 2.1. Definició de professionalisme en medicina

El terme professionalisme en medicina ha estat utilitzat de maneres diferents i amb propòsits diversos i, d'altra banda, s'ha mostrat fàcilment identificable però difícilment definible; és per això que la Federació Mundial d'Educació Mèdica (WFME) va constituir un grup de treball que està consensuant una definició (Gual *et al.*, 2011).

Mentrestant, esmentarem una definició recent, la que estableix que el professionalisme com el conjunt de principis ètics i deontològics, valors i conductes que sustenten el compromís dels professionals de la medicina amb el servei als ciutadans, que evolucionen amb els canvis socials i que avalen la confiança que la població té en els metges (Rodríguez Sendín, 2010).

Amb tot, una de les definicions més citades a la bibliografia d'educació mèdica ha estat la de Swick (2000) que va establir els següents atributs de professionalisme:

- Subordinar el seu propi interès a l'interès dels altres
- Complir amb alts estàndards ètics i morals
- Tenir valors humanistes, com l'honestedat i la integritat, la cura i la compassió, l'altruisme i l'empatia, el respecte pels altres i la confiança
- Actuar amb responsabilitat per a un mateix i per als altres
- Incorporar l'autoreflexió sobre les pròpies accions i decisions
- Comprometre's amb el manteniment de la pròpia competència professional

Val a dir que el professionalisme representa l'assignatura pendent del sistema educatiu mèdic sobretot pel que fa a l'àmbit de les actituds, pel qual ha demostrat un important desinterès difícil d'entendre i de justificar, especialment en el moment actual quan finalment el moviment del professionalisme es va imposant ràpidament als països desenvolupats (Oriol, 2010b). Tal i com afirma Albert Oriol (2010b), si la professionalitat és l'expressió conductual envers el professionalisme mèdic, caldrà que

durant la formació de l'estudiant de medicina, aquesta sigui considerada una competència a desenvolupar i assolir. Cal, doncs, disposar d'instruments avaluadors que ens permetin conèixer fins quin punt aquestes "conductes professionals" han estat adquirides pels estudiants. En aquest sentit, són importants aquells instruments d'avaluació que de manera sistematitzada permetin avaluar amb homogeneïtat, com és el cas de les rúbriques.

No obstant això, val a dir que els valors vinculats al professionalisme mèdic són cada vegada més un actiu emergent arreu del món, tal i com conclou un estudi efectuat a Moçambic (Peiffer, 2011). Els seus resultats indiquen que l'educació mèdica en els països en desenvolupament s'ha de focalitzar en l'atenció centrada en els pacients, incloent habilitats de comunicació i actituds, a més de capacitar metges experts.

Fins a l'actualitat es considerava que l'adquisició del professionalisme i les seves conductes es produïa de manera espontània, igual que d'altres com ara el pensament crític o el judici clínic i, per tant, era un tema que no es treballava explícitament de cap manera en els plans docents dels estudis de medicina (Rodríguez de Castro, 2012; Gual *et al.*, 2011).

Així doncs, malgrat no existir encara una definició mundialment consensuada, el desenvolupament personal i professional dels estudiants de grau necessita de criteris clars respecte el marc contextual i normatiu pel que fa al terme "professionalisme" per tal de poder planificar estratègies educatives i avaluadores d'aquest de manera eficient (Swick, 2000). Cal que el metge entengui el concepte de professionalisme i el pugui verbalitzar i explicar (Cruess *et al.*, 2009), fet que inclou el coneixement de les arrels més atàviques i pregones de la història de la professió, les definicions i les característiques qualitatives esperables i les expectatives comunitàries al respecte (Gual *et al.*, 2011).

## 2.2. Els antecedents històrics del professionalisme mèdic

Des de temps immemorials l'home ha reflexionat entorn els valors i aptituds que, al marge de coneixements i habilitats, havia de tenir la figura d'aquell que en diferents civilitzacions tenia cura de la salut de la comunitat. Ja en temps d'Hipòcrates es posaven de manifest un conjunt de valors morals que havien de regir en la pràctica mèdica. Parlem, doncs, d'un coneixement organitzat d'aquelles maneres de fer que havien de regir la "professió" amb independència dels valors religiosos vigents a l'època. El plantejament, doncs, té una antiguitat d'uns vint-i-cinc segles. Sòcrates fou el primer a definir valors i virtuts i en qüestionar les maneres de viure al marge de les religions, la seva figura va ser clau no tan sols en l'exercici de "transmetre coneixements", sinó en intentar que els seus deixebles i coetanis prenguessin consciència "dels límits". No és sinó després de la filosofia socràtica que la figura d'Hipòcrates apareix amb tota la seva força entre el 460 i 377 aC, apareixent l'era "tècnica" de la medicina que planteja el perquè d'allò que fa. És aleshores quan la medicina perd el seu caràcter màgic d'aquesta primera etapa i aquesta medicina sacralitzada passarà a ser substituïda per la medicina reflexiva i el metge es secularitzarà; val a dir que en temps de Sòcrates i Hipòcrates la professió com a tal no estava organitzada ni reglamentada. Els coneixements eren majoritàriament heretats amb caràcter sectari i no existia una responsabilitat civil dels actes mèdics, això feia que la societat, davant aquest obscurantisme dubtés i desconfiés. Fet que va induir a dictar unes normes de conducta, uns valors i una manera de procedir respecte l'art de la medicina, que venen consignades en el "jurament Hipocràtic" patrimoni documental i moral heretat del món clàssic, vigent encara als nostres dies i adaptat per la convenció de Ginebra<sup>1</sup>:

---

<sup>1</sup> Versió adoptada per la segona Assemblea General de l'Assemblea Mèdica Mundial (A.M.M) a Ginebra, Suïssa, (setembre de 1948) i esmenada per la 22ena A.M.M a Sidney, Austràlia (agost de 1986) i la 35ena A.M.M a Venècia, Itàlia (octubre 1983) i la 46ena Assemblea General de la A.M.M. Estocolm, Suècia (setembre de 1994) i revisada en la seva redacció per la 170ena Sessió del Consell Divonne-les-Bains, França (maig del 2005) i per la 173ena Sessió del Consell, Divonne-les-Bains, França (maig de 2006). Traducció al català de l'autora

*“En el moment de ser admès entre els membres de la professió mèdica, em comprometo solemnement a consagrar la meva vida al servei de la humanitat.*

*Conservaré als meus mestres el respecte i el reconeixement del qual son creditors.*

*Desenvoluparé el meu art amb consciència i dignitat. La salut i la vida del malalt seran les primeres de les meves preocupacions.*

*Respectaré el secret de qui hagi confiat en mi.*

*Mantindré, en totes les mesures dels meus mitjans, l'honor i les nobles tradicions de la professió mèdica. Els meus col·legues seran els meus germans.*

*No permetré que entre el meu deure i el meu malalt s'interposin consideracions de religió, de nacionalitat, de raça, partit o classe.*

*Tindrè absolut respecte per la vida humana.*

*Encara que sigui sota amenaces, no admetré utilitzar els meus coneixements mèdics contra les lleis de la humanitat.*

*Faig aquestes promeses solemnement, lliurement, pel meu honor.”*

En aquest ja trobem la disposició d'aquell qui jura i es compromet a un exercici de compromís, responsabilitat, principi de beneficència i no maleficència, confidencialitat i transmissió en l'ensenyament de l'art de la medicina en la gratuïtat, si bé aquest darrer punt no amb caràcter universal.

En la medicina és on l'humanisme adquireix el seu major significat. A diferència de la ciència que neix amb Galileu i adquireix la seva màxima expressió amb Newton, el problema i significat de l'humanisme en la tasca del metge apareix, com s'ha esmentat abans, en la Grècia del segle IV abans de la nostra era. S'atribueix a Hipòcrates el



primer tractat d'ètica mèdica en el seu *corpus* hipocràtic. Sense parlar d'humanisme com a tal, ja que el terme no havia estat encunyat, la medicina hipocràtica estableix una sèrie de criteris i formes de procedir que la fan eminentment humanista.

La importància que li atorga a la responsabilitat ètica del metge la situa en aquest pla central dels interessos humans: en efecte, el metge ha de posar el seu art al servei del malalt. La finalitat última de la medicina és el benefici, de manera que el metge és merament l'artífex que manipula els mitjans per aconseguir-ho, però no n'és mai la posició central, sinó que l'epicentre és reservat al malalt. L'humanisme del metge hipocràtic partia de la necessitat del malalt per ser atès dels seus patiments i de l'existència d'algú, el metge, que tenia la possibilitat de ajudar-lo (Benítez, 2007).

El jurament a l'època, però, no va tenir massa ressò; no obstant això el pes d'Hipòcrates va perviure en el temps i adoptà l'estatus de la bona pràctica mèdica l'any 1948 quan va ser reconegut per l'Associació Mèdica Mundial.

L'evolució històrica de l'humanisme mèdic entès com les actituds sobre les quals necessàriament pivota la relació entre el metge i el pacient, essent bàsicament la manera de fer del professional de la medicina davant el seu malalt quan el tracta com una persona on convergeixen la part més biològica o corporal, la part psíquica, la social i la cultural, elements que defineixen a l'ésser humà, i l'equilibri de les quals és considerada la definició de salut, conceptualment idèntic a l'accepció que en fa la OMS al 1948: "Un estat de complet benestar físic, mental i social, i no només l'absència de malaltia".<sup>2</sup>

### **2.3. Un canvi de mirada: d'emmalaltir a la malaltia**

Aquesta visió de futur conceptual arriba al seu zenit durant el Renaixement en una nova societat que era fortament individualista que exigia del metge una presència i una responsabilitat davant els seus pacients, de tal manera que es van desenvolupar criteris per assenyalar quina era l'essència, no només mèdica en el sentit estricte de la paraula, sinó humana, dels deures del professional de la medicina envers els seus pacients. Però aquesta essència de la medicina arriba a diluir-se quan va aparèixer el dualisme cartesà

---

<sup>2</sup> La cita prové del preàmbul de la Constitució de l'OMS que va ser signada el 22 de juliol de 1946 pels representants de 61 estats (Official Records of the World Health Organization, Number 2, p. 100) i que va entrar en vigor el 7 d'abril de 1948. La definició no ha estat modificada des de llavors.

i es va separar l'ànima del cos i va fer que la medicina es centrés només en el cos, assenyalant que els problemes de l'ànima no li competien. Amb això s'inicia el procés de deshumanització en negar la unitat psíquica i corporal, la que sempre es considerava en el tractament del malalt. I a través de la qual es va passar del concepte professional al tècnic en medicina.

Posteriorment, des de mitjans del segle XIX el positivisme va substituir la visió mecanicista, la que considerava al fet observable, empíric i reproduïble al laboratori, com l'única forma de conèixer i explorar la realitat. Aquí s'inicia l'ascendent incorporació de la ciència a la medicina amb els seus innegables avantatges, però amb la seva lamentable separació de la conducta humanista (Benítez, 2007).

A partir de la Segona Guerra Mundial els avenços tecnològics referents a la salut i la recerca resultants van imprimir en les metges el pensament erroni de dur a terme la seva pràctica en clau d'intervenció tècnica per a guarir un problema essencialment relacionat amb la biologia, en lloc d'entendre-ho com la pràctica de tenir cura de la persona malalta (Fitzpatrick, 1983).

Segons Toulmin (2003), a mitjans del segle XX la major part de la medicina era considerada oficialment com "biologia aplicada", aquesta concepció va ser deguda a la interpretació de l'informe d'Abraham Flexner<sup>3</sup> sobre formació mèdica realitzat el 1913. Això va ocasionar certa tendència a que les noves generacions passessin per alt els aspectes no tècnics de les situacions clíniques, la importància de les quals quedava eclipsada per les consideracions biològiques.

Toulmin així mateix explica clarament com Joseph Fletcher al 1954 i amb posterioritat Paul Ramsey, van ser els primers aliens a la professió que van explicar que des de la redacció de l'informe Flexner, tot i la contribució que se li reconeix pel que fa a l'increment del contingut científic a la formació mèdica, la pràctica clínica havia perdut la seva preocupació pels aspectes més morals de la professió. De ben segur el fet de traslladar-se aquesta pràctica de les consultes als hospitals, juntament amb l'aparició de la tecnologia, l'escenari contribuïa a una despersonalització de la medicina. Encara en

---

<sup>3</sup> L'informe recomanava, augmentant la seva qualitat passant l'ensenyament a mans de la universitat, permetent adoptar un currículum de 4 anys d'estudi, introduint la docència en els exercicis de laboratori i millorant la docència a través d'un cos docent *full-time*, i a més incorporant la recerca als estudis.

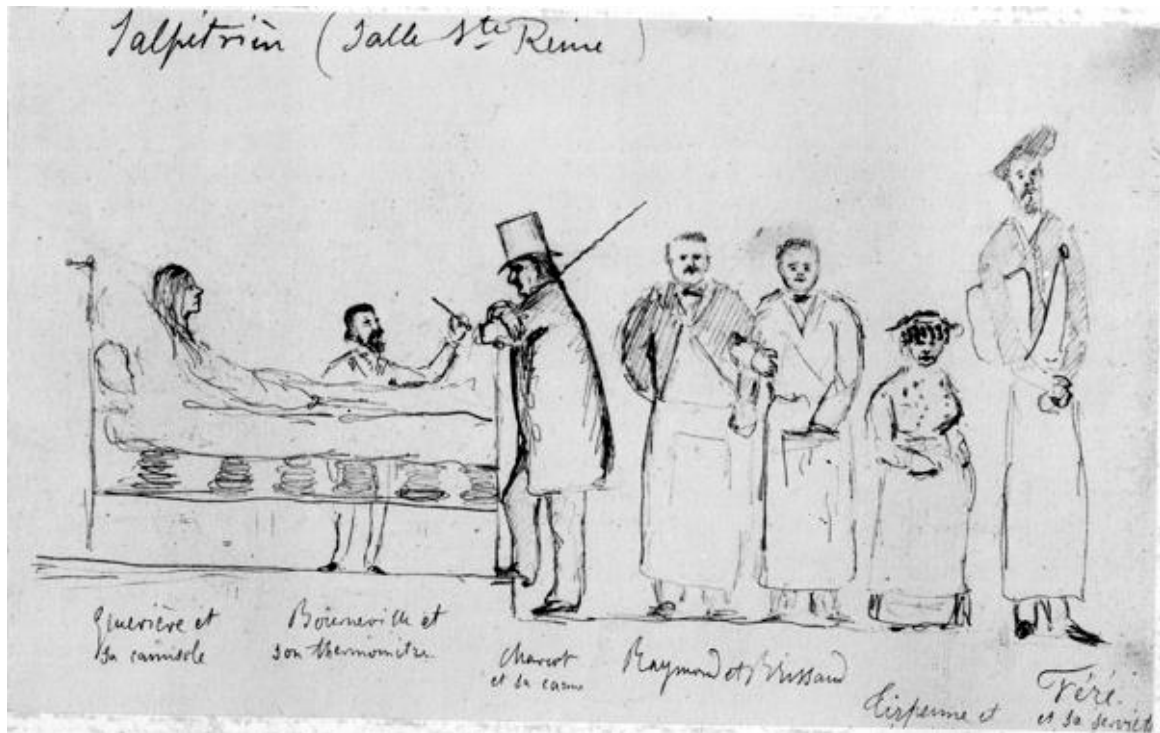
l'actualitat autors com Medina (2006) reformulen i plantegen aquesta qüestió en els termes que quan un malalt entra a l'hospital passa de ser subjecte social a objecte de coneixement, produint-se una visió reduccionista o "cosificant" de la persona.

Aquesta presa de consciència arriba també a Europa quasi al mateix temps. Si als anys vint predomina el respecte a l'excel·lència intel·lectual i a abstraccions, a la dècada dels seixanta aquestes actituds es veuran atacades per la falta de rellevància en les qüestions humanes concretes. De tota manera val a dir que, com sempre en la història, el devenir cursa lenta i progressivament i els pòsits de pensament, ni que siguin atàvics, romanen somorts en la nostra herència. Les evolucions cursen com la vida plena d'esperes, sovint massa llargues.

L'acostament, doncs, al dolor, al malalt i a la malaltia depèn de la perspectiva del qui mira, per alguns autors encara als nostres dies aquesta mirada no és una horitzontal sinó vertical i té a veure amb el poder del coneixement. Segons argumenta Benítez (2007), la posició de privilegi del metge es deriva del fet que és ell qui posseeix el saber i és a partir d'aquesta premissa que el seu acostament al malalt humà pot ser de commiseració, però mai en termes d'igualtat, ni tan sols d'igualtat davant la humanitat que els és comú a tots dos.

La il·lustració històrica seqüenciada del que es ve referint en aquest capítol la trobem en la seva expressió més plàstica en les imatges amb les quals la pintura i l'art ens ofereixen la visualització d'aquests canvis conceptuals plasmada en diferents teles.

La imatge de Charcot, el mestre de la Salpêtrière, fundador de la neurologia i la geriatria modernes, és summament il·lustrativa al respecte (Il·lustració 1):



Il·lustració 1. Anònim. Charcot i els seus deixebles. Font: <http://www.baillement.com/internes/ferre.html>

El gran metge, seguit dels seus nombrosos deixebles, recorria els pavellons ratificant diagnòstics, però difícilment era capaç de mirar-los com a individus, fet que s'il·lustra en un dibuix anònim del gran mestre passant visita amb els seus deixebles: Desiré Bourneville, Fulgence Raymond i Edouard Brissaud, juntament amb Charles Féré a la sala St. Reine de l'hospital de la Salpêtrière, imatge absolutament allunyada del quadre *Ciència y caridad* del mestre Picasso (Il·lustració 2), on apareix la dualitat: la ciència mèdica d'una banda i la caritat de l'altre en tant que al·legoria de la necessitat d'ajuda científica, alhora que espiritual i afectiva, però vistes per separat i en figures diferents; no obstant això, la figura del metge es posiciona a la capçalera del malalt no tan sols en un acte mèdic, sinó de cert acompanyament.



*Il·lustració 2. Pablo Picasso. Ciencia y Caridad.1897*

Una altra visió d'aquest humanisme en el seu grau màxim i més enllà del que trobàvem a l'escena anterior el que es desprèn de *El paciente con su médico* de Goya (Il·lustració 3) amb el Dr. Arrieta datat 1820 en agraïment a aquest darrer com es pot llegir en la dedicatòria que li fa el pintor al seu metge Eugenio García Arrieta, a qui qualifica d'amic, i a qui plasma com a la imatge de l'entrega del metge al pacient.



*Il·lustració 3. Francisco de Goya. El paciente con su médico.1820*

Hi ha qui ha considerat el quadre com una pietat laica amb el metge com a àngel protector, segons els crítics d'art el quadre reflexa l'admiració per la ciència, no hi ha cap presència ni intervenció cristiana, ni miraculosa sinó una actuació de saviesa i serenitat de la medicina representada pel Dr. Arrieta en un retrat carregat d'humanitat associat a la figura del gal·lè. Una figura propera a la qual el pintor deixa un emotiu testimoniatge d'agraïment per una relació metge- pacient propera en la qual el primer li ofereix un remei alleujador...Atendre amb cura. Acostar-nos al malalt prou com perquè la confiança inicial es transformi en amistat sincera: "Goya agradecido a su amigo Arrieta", resa la dedicatòria del mestre, bé hi podríem llegir entre línies o pinzellades, de ben segur, la por d'ambdós i les seves incerteses...Trobant suport en la calidesa de la

medicina de la proximitat. El recolzament ferm i honest en el moment fràgil, aquesta és l'essència de la relació aquí tan ben representada.

En la comparativa entre el primer i el darrer, Charcot, es limitava a manifestar-se en el desenvolupament de la seva tasca en la distància i en l'aplicació mecànica i sense falla del millor que podia donar el coneixement mèdic en el seu moment a l'època, però ignorant la condició necessitada del pacient. Apareix com és sovint plasmat un gran mestre seguit pels seus deixebles, la imatge malauradament no ens és tan llunyana com voldríem...

L'avanç del coneixement, les noves tecnologies, l'immens increment de la possibilitat de fer, característiques totes elles pròpies de la medicina que heretem del segle XX i que es van desenvolupar al llarg d'aquest segle, van portar un allunyament davant el malalt i un triomfalisme pel que fa al control de les malalties però a una pèrdua progressiva del saber fer humanístic que envoltava el professional de la medicina, d'una aurèola d'home de ciència alhora que de posseïdor d'un art que anava més enllà del que aquesta mateixa ciència li permetia.

### **2.3. Educació en valors i actituds professionals en medicina**

Com s'ha ja estat publicat, cal que el compromís de la professió amb la societat es visualitzi i que els compromisos i obligacions acceptats lliurement i vinculats a la professió s'actualitzin, i es renovi i s'expliciti el contracte social del metge amb la comunitat, on el professionalisme i els seus valors implícits són la base i el conveni regulador d'aquest contracte que vincula ambdues parts i estableix com el col·lectiu es compromet a actuar davant d'aquesta societat (Oriol, 2010a).

És en aquest mateix context que hi ha clarament establerts marcs de referència explícita tant en l'àmbit internacional, nacional i autonòmic com el *World Federal Medical Education Global Standards*, el *Libro Blanco del título de grado en Medicina* de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) i també les Competències professionals bàsiques comunes dels llicenciats en Medicina formats a les universitats de Catalunya de l'Agència de Qualitat Universitària (AQU), en els quals

es fixen els perfils que permeten dissenyar amb coherència les competències d'una titulació.

Un antecedent referencial important en aquests és la fixació d'uns estàndards globals per la qualitat establerts per la *World Federal Medical Education (WFME)*, organisme internacional integrat per professors de medicina i institucions mèdiques d'ensenyament que es compromet a promoure els més alts estàndards científics i ètics en l'educació mèdica, la iniciació de nous mètodes d'aprenentatge, les noves instruccions i eines i la gestió innovadora de l'educació mèdica.

D'acord amb aquesta premissa, la WFME en el seu document de posició de 1998 va posar en marxa el Programa Internacional de Normes en l'Educació Mèdica (WFME, 2003). El propòsit era proporcionar un mecanisme per millorar la qualitat del metge durant la seva l'educació, en un context global, per ser aplicats per les entitats responsables de l'educació mèdica i en els programes durant tot el procés de l'educació mèdica. Textualment, l'estàndard bàsic en el cas que ens ocupa es resumeix en els principis següents:

- La facultat de medicina ha d'identificar i incorporar en el currículum les contribucions de les ciències del comportament, ciències socials, ètica mèdica i la jurisprudència mèdica que permeten la comunicació efectiva, presa de decisions clíniques i pràctiques ètiques. Les ciències socials i del comportament solen incloure la psicologia mèdica, la sociologia mèdica, la bioestadística, l'epidemiologia, la higiene i la salut pública i la medicina comunitària, entre d'altres.
- Les contribucions de l'ètica del comportament i les ciències socials i sanitàries s'han d'adaptar als avenços científics en la medicina, als canvis demogràfics i als contextos culturals i les necessitats de salut de la societat. Han d'oferir els coneixements, els conceptes, els mètodes, les habilitats i les actituds necessàries per comprendre els factors determinants socioeconòmics, demogràfics i culturals de les causes, la distribució i les conseqüències dels problemes de salut.



Pel que fa al *Libro Blanco del título de grado en Medicina* de l'ANECA, aquest recull, en el marc de competències transversals, el valors de la professió com (ANECA, 2005)

#### "VALORS PROFESSIONALS, ACTITUDS, COMPORTAMENTS I ÈTICA"

1. Reconèixer els elements essencials de la professió mèdica, incloent-hi els principis ètics i les responsabilitats legals.
2. Comprendre la importància d'aquests principis per al benefici del pacient, de la societat i la professió, amb especial atenció al secret professional.
3. Saber aplicar el principi de justícia social a la pràctica professional.
4. Desenvolupar la pràctica professional amb respecte a l'autonomia del pacient, a les seves creences i cultura.
5. Reconèixer les pròpies limitacions i la necessitat de mantenir i actualitzar la seva competència professional.
6. Desenvolupar la pràctica professional amb respecte a altres professionals de la salut. "

Per la seva banda, en el document de l'AQU es concreta l'entorn dels valors i les competències associades pertinents al metge de base definint prèviament el professionalisme i el comportament ètic com essencials per a la pràctica de la medicina (AQU, 2004). I s'esmenta que "el professionalisme inclou no tan sols el coneixement mèdic i les habilitats, sinó també el compromís amb un conjunt de valors compartits, l'autonomia per establir i fer respectar aquests valors i la responsabilitat de defensar-los."

Posteriorment plasma les competències com:

1. Reconeixement dels elements essencials de la professió mèdica, incloent-hi els principis morals i ètics i les responsabilitats legals subjacents a la professió.
2. Valors professionals que inclouen l'excel·lència, l'altruisme, el sentit del deure, la compassió, l'empatia, la responsabilitat, l'honradesa, la integritat i el compromís amb els mètodes científics.
3. Assumpció del propi desenvolupament personal i manteniment de la competència professional.

4. Comprensió del fet que cada metge té l'obligació de promoure, protegir i millorar aquests elements per al benefici dels pacients, de la professió i de la societat en general.
5. Reconeixement que una bona pràctica mèdica depèn de la comprensió mútua i de la relació entre el metge, el pacient, els familiars i la comunitat, i també del respecte al benestar del pacient, a la diversitat cultural, a les creences i a la seva autonomia.
6. Habilitat per aplicar els principis de raonament moral i de presa de decisions en conflictes amb i entre elements de tipus ètic, legal i professional, incloent-hi aquells que són deguts a restriccions de caràcter econòmic, a la comercialització de les cures de salut i als avenços científics.
7. Autoavaluació i reconeixement de la necessitat de la millora personal contínua, sent coneixedor de les pròpies limitacions, fins i tot també les referides al coneixement mèdic.
8. Respecte per a tots els professionals de la salut i habilitat per promoure una relació positiva i de col·laboració amb ells.
9. Reconeixement de l'obligació de proporcionar tractament als malalts terminals, incloent-hi l'atenuació de símptomes.
10. Reconeixement dels aspectes ètics, legals i tècnics en la documentació del pacient, el plagi, la confidencialitat i la propietat intel·lectual.
11. Habilitat per planejar i gestionar eficaçment el temps propi i les activitats, per tal d'afrontar la incertesa, i habilitat per adaptar-se al canvi.
12. Responsabilitat personal per a la cura dels pacients.
13. Contribució al progrés de la medicina, amb una actitud permanent de recerca incorporada a l'activitat clínica.

La *Organización Médica Colegial de España*, en l'actualització del seu *Código de Deontología Médica* corresponent al 2011 que es el primer codi de deontologia mèdica del segle XXI, ratifica el compromís de la professió amb la societat i estableix que els principis essencials es tradueixen en actituds, responsabilitats i compromisos bàsics, essent aquests:

1. El foment de l'altruisme, la integritat, la honradesa, la veracitat i l'empatia, compromisos que estableix com essencials per a una relació assistencial de confiança plena.
2. La millora continua en l'exercici professional i en la qualitat assistencial basades en el coneixement científic i l'autoavaluació.
3. L'exercici de l'autoregulació amb la finalitat de mantenir la confiança social mitjançant la transparència, la acceptació i correcció d'errors i conductes inadequades i una correcta gestió dels conflictes. (Código de Deontología Médica, 2011).

En coherència amb aquest marc al 2009 la *Fundación Educación Médica* va publicar l'informe *El médico del futuro* en el qual autors com Pardell, Berenguer, Bruguera, Gervas, Gómez, Gracia, Gual, Jovell, Nolla, Oriol-Bosch, Ortún, Palés, Rodríguez de Castro, Rubia, Ruiz, Sellarés i Vázquez (2009) es varen plantejar la pregunta: ¿Quin tipus de metges volem? Com a resposta deu característiques dibuixaven el perfil del metge del futur:

- 1<sup>a</sup> Un metge que tracti pacients, no malalties, és a dir, que adapti les entitats nosològiques al context individual del pacient i que el faci participar en les decisions relatives al tractament de les seves malalties.
- 2<sup>a</sup> Un metge que adopti una aproximació crítica i que sigui capaç d'exercir la seva professió en circumstàncies d'ambigüitat i incertesa.
- 3<sup>a</sup> Un metge comunicatiu i empàtic, capaç d'establir una excel·lent relació amb el malalt i obtenir-ne la seva confiança.
- 4<sup>a</sup> Un metge responsable individual i socialment, conscient dels límits de la medicina i capaç de comunicar als seus pacients l'inevitable de la malaltia i de la mort.
- 5<sup>a</sup> Un metge capaç de prendre bones decisions tant pel malalt com pel sistema sanitari, és a dir, que sàpiga conciliar els costos i els beneficis.
- 6<sup>a</sup> Un metge capaç de liderar un equip mèdic i que sàpiga evitar la fragmentació de l'atenció sanitària.
- 7<sup>a</sup> Un metge competent, capaç i segur.
- 8<sup>a</sup> Un metge honest i digne de confiança el qual mitjançant l'adequada transparència resolgui els conflictes d'interessos derivats de les influències externes.
- 9<sup>a</sup> Un metge compromès, tant amb els pacients com amb les organitzacions sanitàries.

10<sup>a</sup> Un metge que sigui exemple de professionalisme, és a dir que assumeixi la seva professió amb sentit vocacional en totes les facetes de la seva vida.

Amb posterioritat, al 2012 la Cátedra de Educación Médica de la Universidad Complutense de Madrid publicava *Ser médico los valores de una profesión* en el qual el director de la Fundació Lilly afirmava que els coneixements teòrics en uns estudis com la medicina tenen data de caducitat, no essent així en les competències relacionades amb les actituds i aquelles relacionades amb el desenvolupament personal, la comunicació, el treball en equip, la responsabilitat, etc. Les quals són fonamentals a la professió mèdica i que, segons l'autor, el seu ensenyament hauria de formar part dels currículums de la formació del grau i del postgrau. Ja que només així es pot fer que la medicina conservi el component humà que la fa singular i diferent a la resta de professions (Gutiérrez, 2012).

Al marge del marc documental de referència, val a dir que, segons el *Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM)*, cal millorar no només els programes formatius sinó també les metodologies docents valorant els aspectes carencials descrits aquesta inclusió és una millora docent que permet que pugui afrontar els diferents reptes, com ara la millora en la comunicació, i la relació amb els pacients. Especialment, la petició dels estudiants s'apropa al model dibuixat, en demanar la implementació de competències relacionades amb el desenvolupament personal, la comunicació, la capacitat resolutiva i de treball en equip o la responsabilitat.

En aquest sentit, Cheryl Terés, membre del CEEM explica una realitat amb un seguit de carències, metodològiques i de valors a les facultats espanyoles (Terés, 2006). Segons l'autora, el metge actual reemplaça la seva pràctica basada inicialment en valors i vocacional, per una relació amb els pacients focalitzada en el coneixement d'un seguit de dades biomèdiques i no al coneixement integral del pacient i al seu procés. Això ha provocat també un seguit de canvis en les actituds del pacient envers el metge, en tant que el pacient d'avui en dia és un pacient poliinformat i per tant amb més preguntes i més exigent, fet que el fa més crític. Aquesta actitud dels pacients poden crear reaccions defensives en el metges i la medicina defensiva és contrària a l'ètica mèdica. A més, segons Terés (2006), en l'etapa formativa de l'estudiant es fomenten actituds com la competitivitat en lloc del treball en equip, l'individualisme o l'autosuficiència, valors vigents a la societat, però molt allunyats dels valors de la professió mèdica i que

distorsionen la imatge dels estudis de medicina en tant que l'allunyen d'allò que caldria que fos. L'article conclou que caldria que s'avaluessin les habilitats orientades a una millor relació metge-pacient i també envers la resta d'habilitats relacionades amb el treball en equip que és una carència important de la formació. Cal retornar el valor social que abans tenia la relació metge-pacient amb professionals que aglutinin un ventall biopsicosocial, essent quelcom més que el que l'autora anomena tècnics de diagnòstic. És per això que cal fomentar la consciència de la necessitat als docents i als alumnes, ja que les habilitats es poden adquirir amb un entrenament adequat, construint un sistema en què el pacient sigui el centre de la praxi del metge.

No és una troballa casual o anecdòtica, en una societat possiblement cada cop més allunyada dels valors tradicionalment lligats a la professió, trobar l'article d'una estudiant que en aquest cas representa un col·lectiu, que reivindica una altra manera de fer més acostada a la figura i al perfil humanístic del metge en essència i que alhora ens alerta d'un sistema docent poc efectiu que els acosta perversament a la figura d'un mecànic de la medicina. Robertson Davies (1998), a *Can a doctor be a humanist?*, defineix la saviesa com "aquella amplitud de l'esperit que distingeix als que són sanadors de primera categoria dels tècnics que simplement demostren capacitat."

La reflexió és coherent amb un estudi portat a terme als Estats Units, els resultats del qual van posar de manifest que els estudiants de medicina arriben amb un esperit idealitzat de servei i de la professió que es va erosionant al llarg del temps de la seva formació (Self *et al.*, 1991). És pertinent, doncs, preguntar-se si s'està cultivant en els estudiants i els residents actuals la conducta centrada en el professionalisme (Stern i Papadakis, 2006), sobretot quan està documentat pedagògicament que la formació en actituds i valors ha de ser transversal i avaluadora de comportaments al llarg de tot el període formatiu (Arnold i Stern, 2006).

La comprensió de què són els "valors" ha estat objecte de reflexió des de temps remots per part dels filòsofs fins a l'actualitat. Entendre el concepte com la significació socialment positiva és veure-ho com la contribució social al desenvolupament humà. Això vol dir que la significació socialment positiva del valor està donat pel grau en què aquest expressi realment un redimensionament d'allò exigible a l'estudiant de medicina, de les relacions en què viu i com les viu, de com es comunica, què diu i com, de com

assumeix les seves responsabilitats, de com es relaciona, de què el preocupa i com ho manifesta, de com assumeix la seva tasca, de si sap escoltar i com ho fa. Aquesta objectivitat del valor transcendeix els interessos particulars, per ubicar en el centre la persona abans que el diagnòstic.

I per això cal que el futur metge hagi estat preparat, igual que ho està per tot allò que és competència del coneixement mèdic. Aquests altres tipus de coneixements de “saber fer” requereixen haver estat treballats transversalment al llarg de tot el grau si no volem aconseguir només “tècnics del cos humà”. Ser metge és quelcom més que ser un excel·lent mecànic, en tant que l’epicentre de treball seran les persones que estan passant per un moment més o menys gran de fragilitat, durant el qual no n’hi haurà prou només amb el saber tècnic. Segons autors com Medina (1999), quan l’exercici de la medicina s’orienta a l’objectiu únic de la curació i aquesta ve fonamentada en ciències biomèdiques, aleshores el cos mèdic deixa de ser essencialment mèdic per a passar a convertir-se, únicament en un cos de tecnòlegs. De fet, aquesta mateixa preocupació a nivell conceptual ja era expressada fa més de dos segles una personalitat com Letamendi, en l’aforisme que se li atribueix, quan afirmava que *“el que només sap medicina, ni medicina sap.”*

El debat, doncs, és prou important com per ser replantejat.

#### **2.4. Actualment: la metamorfosi del canvi...**

A finals del segle XX i principis del XXI el debat sobre el professionalisme ens apropa a vells paradigmes en el retorn de la medicina a ser un art humà, com l’entenien a l’antiguitat Aristòtil, Hermàgors, Ciceró i Quintilià, i com ho van fer també a l’Edat Mitjana inspirades en les tradicions del cas (Toulmin, 2003). Aportant, però, noves maneres de fer, la comunitat vol una medicina participativa que fugi de paternalismes i que qüestionava l’autoritat *per se*, fenomen que a finals dels anys seixanta s’estava produint (Stout, 1981) i que l’autor etiquetava com “la fugida de l’autoritat” consistent en la resistència a l’autoritat i les seves exigències pel fet de ser-ho, pensament hereu del maig del 68.

En l'actualitat l'accés a la cultura i a la informació, juntament amb l'emergència revolucionària de les noves tecnologies, ha propiciat una nova manera d'accedir de manera ràpida a la informació que transcorre per autopistes d'alta velocitat, que han contribuït, sens dubte, a la democratització en els accessos a la informació acabant amb els monopolis. Juntament amb això, l'increment del què els professionals poden fer i de l'increment de la tecnologia mèdica al respecte, fa que creixin fenòmens participatius per part de col·lectius de pacients que reclamen el seu dret a la participació, l'opinió, la decisió i l'empoderament de la pròpia salut. Programes com el "pacient expert"<sup>4</sup> o la "universitat del pacient"<sup>5</sup> són el producte d'aquesta nova implicació que cada vegada reclama un rol més actiu, en la línia de treballar amb el pacient, no des de postures històriques de pensament properes al "despotisme il·lustrat" de treballar pel pacient però sense el pacient. Tanmateix, els professionals de la medicina acullen cada vegada millor el fet que persones alienes a la professió participin i s'involucrin. L'exercici de la mirada del professionalisme i les seves expectatives va canviant i per això aquesta tesi presenta la professió com un retorn de la *praxis* davant la *tejné*. Segons Medina (1999), la diferència entre un metge que exerceix la tècnica i un altre exercint la *praxis* es troba en el fet que el tècnic empra tècniques avaluades pel concepte d'eficiència, en tant que el pràctic pren decisions en l'exercici de la seva professió que han estat avaluades per la seva prioritització en el benestar de la persona que està tractant. Distincions ambdues que impliquen dues maneres ben diferents de treballar, viure i servir a la professió.

La recerca entorn el desenvolupament del professionalisme mèdic amb noves estratègies educatives com ho és l'ABP guarda una estreta coherència amb el que es ve exposant fins aquí, fugim de segles de magistralitat i classes expositives on es partia de teories generals per passar a l'estudi del cas a la concreció, en totes les seves dimensions.

Aquest trànsit històric que vivim no tan sols afecta la dicotomia metge-pacient, sinó que apareix també en l'esfera del docent-discent, establint-se cert paral·lelisme en la metamorfosi del canvi que ens brinden els temps actuals. Tant pacients com estudiants es mouen en direccions cada vegada més autònomes i rols més actius, tant se val que sigui del seus aprenentatges en els estudiants o de l'empoderament i responsabilització

---

<sup>4</sup> Programa engegat per la Generalitat de Catalunya com una estratègia per a potenciar l'autoresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura.

<sup>5</sup> Projecte dirigit a pacients, cuidadors i familiars que impulsa el coneixement de les malalties cròniques i la seva autocura amb la finalitat d'adquirir competències mitjançant la informació al ciutadà utilitzant les aules de salut per a dur a terme l'empoderament d'aquest.

de la salut en el cas dels pacients. Ambdós deixen de ser ens passius on abocar coneixement o pràctiques mèdiques sense més. La relació dels estudiants-docents i també dels pacients-professionals de la medicina tendeix cada vegada més a la horitzontalitat i es suavitza el hiat docent-discent o metge-pacient en tant que esdevenen membres d'un mateix equip amb els mateixos objectius. Medina (1999) parla de "coparticipació" i es refereix a que el pacient i els professionals haurien de ser, ambdós, copartípeps en la presa de decisions sobre el procés mòrbid que afecta al pacient, tant pel que fa a decisions tècniques com a decisions que moralment puguin ser justificables. Estendre aquesta idea de participació conjunta que implica, doncs, tots els actors contemplant el pacient com a un partícip responsable i capaç d'empoderar-se del seu procés únic i personal, esdevé una mirada a l'horitzó del futur d'una medicina que aposta per rols actius.

Aquesta metamorfosi necessita, però, recursos i estratègies innovadores des de les facultats de medicina per a dur a bon port el professional de la medicina del futur. Garant del saber mèdic però alhora posseïdor del professionalisme necessari per encaixar en el context d'allò esperable per la comunitat, capaç de desenvolupar el seu compromís social sense fissures.

Per totes aquestes raons, en aquesta recerca s'investiga entorn les conductes o els comportaments desitjables i esperables pel futur professional dels estudiants de medicina. Aquest comportaments es defineixen en una rúbrica avaluadora i de reflexió emprada a les tutories d'ABP. La rúbrica inclou un seguit de bones pràctiques professionals amb la voluntat trencadora d'integrar, curricularment i des d'un inici, el tema del professionalisme, tan oblidat en els darrers temps a les aules universitàries.

## **2.5. El professionalisme des del punt de vista de la sociologia**

La disciplina de la sociologia de les professions pren com a objecte d'estudi el grup ocupacional. En aquest camp sociològic existeixen tres enfocaments els quals han ofert concepcions diferenciades d'allò que constitueix una professió i aquest coneixement pot aportar llum al nostre tema d'investigació.



Val a dir avançant-nos a una exposició més profunda que la interpretació estructural-funcionalista, la més estesa, es proposen un seguit trets indispensables els quals haurien de tenir les ocupacions per a ser considerades professions en l'accepció més completa del terme. Les altres dues interpretacions, la neo-weberiana i la neo-marxista, necessiten de manera indispensable realitzar anàlisis des de perspectives sociopolítiques i històriques i per tal de poder definir les professions com a grups d'activitat sectorial que s'organitzen per defensar els seus interessos i privilegis. Per a poder aconseguir-ho durant la història de les professions es van veure obligades a comptar amb l'ajut legal de l'Estat, no obstant aquestes ajudes van implicar també i de manera no volguda l'aparició de processos de proletarització i de desqualificació.

Cal, doncs, analitzar les seves propostes per veure les implicacions al respecte de la **professió mèdica**.

### 2.5.1. Mirada estructural-funcionalista

Derivada de la concepció funcionalista, la qual va ser desenvolupada per Talcott Parsons (1954), concep la societat com un sistema on els elements de la qual desenvolupen funcions adaptatives als canvis. Aquesta mirada contempla les professions com a posseïdores d'uns trets i valors amb un desenvolupament funcional que aporta a la societat i, per tant, fa que sigui especialment apreciada per aquesta. Es tracta d'identificar les característiques que són pròpies de les ocupacions, les quals han estat considerades al llarg de la història com a professions. Així és el cas del dret i, com seria en aquest cas, la professió mèdica per tal de poder desenvolupar una teoria dels trets que *sinequanon* ha de tenir una professió per a ser considerada com a tal (Burbules i Densmore, 1992). Definir, doncs, una ocupació com a professió precisarà veure si compleix amb la "teoria dels trets". Pereyra (1988) proposa els trets següents com a definitoris d'una professió:

- Saber professional.
- Influència sobre el client per a que accepti les seves decisions.
- Actitud de servei envers el client.

- Autonomia i autocontrol professional independent; amb criteris propis per a l'admissió, certificació i validació de la professió.
- Prestigi social i reconeixement legislatiu públic de l'estatus professional.
- Subcultura professional formada per la normativa i els valors que són garants d'una imatge pròpia a l'ocupació.

Segons Fernández Enguita (1990), aquestes característiques o trets venen definides per ell com:

- Competència, pel que fa a tenir un corpus de coneixements propi de la professió.
- Vocació, o consciència de servei a la comunitat.
- Llicència, com a concepte d'exclusivitat pel que fa a l'exercici de la professió.
- Autonomia envers usuaris i organitzacions.
- Autoregulació, com a control exercit pel propi col·lectiu pel que fa a l'accés al camp i exercici pràctic.

De manera més explícita, d'altres autors, com ara Díaz Barriga (2005), Cortina (1996) o Perry (1993), proposen els següents trets com a definitoris d'una professió:

- Ocupació: en tant que la professió és una activitat que requereix exclusivitat en la seva dedicació i que sol esdevenir la font d'ingressos de l'individu i que sol estar vetada a subjectes profans. Existeixen mecanismes propis de reclutament, formació i accés a l'activitat. Aquests, a més de la pràctica professional, determinen part de la identitat de l'individu i imprimeixen un determinat tipus de "pensament professional".
- Vocació: una professió no té com a objectiu final el fet de lucrar-se per part dels seus exercents, sinó que aquests es mouen per expectatives les quals es van reforçant durant la socialització professional i que es superposen i finalment s'imposen a d'altres conceptes motivacionals.
- Organització: totes les activitats professionals disposen d'organitzacions i institucions específiques, com col·legis professionals, associacions, etc. Aquestes tenen funcions polítiques, econòmiques, de representació, de control i de motivació. Controlen l'accés a l'activitat, regulen i vigilen el seu exercici i vetllen per la competència professional dels seus associats. Aquestes funcions

són distintives d'una professió respecte d'una activitat o ocupació no professional, en la qual aquestes funcions són realitzades per d'altres instàncies externes al lloc de treball (empresaris, etc.). En síntesi, les professions tenen graus importants d'autonomia per autoregular i controlar la seva pràctica, fet que es converteix en una característica exclusiva de les professions.

- Formació: totes les professions es fonamenten en un saber específic el qual implica un grau d'especialització. Aquest saber requereix un procés d'aprenentatge llarg, sistematitzat i organitzat (universitari per regla general).
- Servei: l'objectiu final de l'activitat distingeix per regla general a les professions respecte de les activitats no professionals. Les professions solen dirigir la seva activitat envers un client individual o col·lectiu per tal de donar resolució a determinats problemes d'importància per a la comunitat.
- Autonomia: entesa respecte les relacions amb el client. El professional es fonamenta en el seu coneixement per desenvolupar la seva tasca professional de manera independent respecte dels clients potencials. Dita autonomia s'emmarca respecte a l'autoregulació de la pràctica i a la discrecionalitat en la presa de decisions i els seus processos. Tan sols els seus professionals estan capacitats per determinar la correcció de les accions i els seus objectius.

Resumint, doncs, podríem establir uns trets comuns definitoris de la professió a nivell conceptual aquests, serien els següents:

- Ocupació desenvolupada la qual realitza una funció comunitària i social important.
- El seu exercici necessita un nivell important de competència.
- Les seves habilitats s'exerceixen en casos i situacions no rutinàries, sinó en les que cal competència per tal d'enfrontar-se a situacions noves i diferents.
- Malgrat que el coneixement adquirit mitjançant l'expertesa és important, no obstant, no és suficient per atendre les necessitats i els professionals necessiten un corpus de coneixement al respecte.
- L'adquisició d'aquest corpus de coneixement i el desenvolupament d'habilitats específiques necessita un temps de formació universitària.

- Aquest temps de preparació a la universitat implica una presa de contacte amb els valors de la professió.
- Aquest professionalisme i valors professionals prioritzen el client i els seus interessos i queden definits en un codi ètic de la professió.
- En tant que les habilitats basades en el coneixement són dutes a terme en situacions no rutinàries, esdevé essencial tenir autonomia professional per poder dur a terme els raonaments i judicis respecte a la habilitat pràctica adequada al cas.
- En tant que es requereix una especialització important per a l'exercici de la professió, aquesta como a col·lectiu que presta un servei social cal que sigui atesa i escoltada pel que fa a les polítiques públiques que depenguin de la seva especialitat, a més cal que exerceixi el control sobre l'exercici de les responsabilitats professionals i mantingui un elevat grau de llibertat respecte l'Estat.
- La formació continuada, la responsabilitat i la prioritització envers el client cal que siguin reconegudes i prestigiades socialment i amb l'adequada remuneració.

Analitzant, doncs, la ocupació de la medicina i els seus trets propis com a professió, Ochoa (2012), a partir d'una anàlisi de contingut de fonts documentals, estableix 14 trets que els facultatius identifiquen com a identificadors de la professió mèdica:

- Valors en relació amb els altres basats en la benevolència, altruisme i generositat en l'exercici professional propers a l'humanisme.
- Model de coneixement especialitzat i científic i el compromís de manteniment i actualització.
- Model de conducta basada en un seguit de codis deontològics específics de la professió a nivell mundial.
- Enfocament professional-pacient amb l'anàlisi de models diferents mercantil-deshumanitzat, economicista, burocràtic o humanista amb certa nostàlgia d'èpoques pretèrites basades en relacions properes al model humanista.
- Desenvolupament de rols extraordinaris portador de rols i carismes relacionats amb els valors professionals, però també en certa sacralització d'atributs que exclouen a professions profanes.

- Dilemes derivats de la professió consistents en tensions i paradoxes entre el professionalisme i les realitats socials derivades de models economicistes agreujades pel context de retallades.
- Responsabilitat que ha evolucionat vers la responsabilització del pacient envers el seu propi procés.
- Retribució econòmica, històricament ben pagada atorgant prestigi social però en l'actualització presenta com qualsevol altre professió tendències vers la precarització i la temporalitat.
- Medicina basada en l'evidència versus medicina basada en l'afectivitat dues tendències que cal equilibrar.
- Qüestionament identitari, el prestigi i estabilitat com a trets propis muten vers la inestabilitat i inseguretat laboral.
- Pertinença a col·legis professionals com a tret identitari del col·lectiu, però també amb certes tensions.
- Medicalització com a part del discurs mèdic portada a debat per la professió en tant que responsables de la prescripció, però també vulnerables al gegant de la indústria farmacèutica.
- Ritual de trobada amb el pacient el qual muta vers un futur d'escassa relació interpersonal metge-pacient, escurçament del temps, escasses possibilitats de seguiment dels casos, burocratització de la tasca del facultatiu amb aspectes administratius, entre d'altres, transformant-se en una trobada *express*.

Segons totes aquestes mirades o enfocaments teòrics, ens adonem que la professió compleix amb els trets característics del que conceptualment s'entén com a "professió". Malgrat que en el cas de de la medicina occidental, que és el que ocupa aquesta tesi, cada vegada més el seu exercici i funcions esdevenen més dependents de l'Estat, el qual planifica i organitza l'assistència sanitària a la comunitat amb sistemes altament burocràtics en els quals els professionals facultatius són mers assalariats. A més d'aquesta dissonància, aquest model estructural-funcionalista presenta alguna debilitat en tant que construeix i defineix les professions segons un ideari el qual focalitza en uns trets caracteritzadors que no són una descripció neutra, sinó interessada d'aquests. Val a dir que aquest enfocament en cas cap contempla els curs històric de la ocupació fins arribar a esdevenir professió i aquesta esdevé una altra debilitat estructural. Segons

Densmore (1990), obtenir un reconeixement o un estatus professional cal que sigui entès com el resultat d'un procés de reivindicacions i lluita política fins arribar a un reconeixement social i assoliment de determinats privilegis per part de la societat. Aquest serà el punt de partida del següent enfocament.

### 2.5.2. Mirada neweberiana

Sota aquest enfocament hi ha un seguit d'estudis, els quals qüestionen el debat en abstracte dels trets de les professions i centren la seva recerca en les circumstàncies historicosocials que han permès a una ocupació assolir l'estatus de professió en les societats capitalistes, focalitzant en les causalitats reals responsables que es portés a terme aquest fenomen. (Cabrera i Jiménez, 1994).

Aquesta teoria analitza dues línies ben diferenciades, d'una banda les relacions entre la burocratització i la autonomia professional, i de l'altra la monopolització del coneixement especialitzat propi de la professió i els seus efectes en termes de poder, estatus, i privilegis del col·lectiu.

Respecte al primer terme d'anàlisi, ja Larson (1977) indicava que la burocratització esdevé en la societat una de les formes de poder racionalitzar els recursos. L'autor argumentà envers l'acotament que impliquen els processos de burocratització històrica respecte a l'assoliment dels trets proposat per l'enfoc funcionalista, sobretot aquells relacionats amb la autonomia i el control sobre la pròpia pràctica. Aquests es veuen clarament limitats en el cas de la professió mèdica, sotmesa a polítiques de gestió, respecte les quals els professionals es troben en una situació de clara subordinació i supeditació.

Respecte a la segona línia d'anàlisi, els treballs exhaustius de nou de Larson (1977, 1988, 1989) estudiaren el procés al llarg del temps pel qual algunes ocupacions han monopolitzat el seu coneixement fins a una exclusió social d'aquest per tal de tenir tot el poder sobre el control de totes les esferes de l'exercici de la ocupació, evitant així l'intrusisme i cercant la complicitat de l'Estat en aquest monopoli mitjançant la legislació que aquest pot oferir per al manteniment d'aquest *statu quo*. Les claus per al

reeiximent d'aquesta estratègia han estat bàsicament un corpus de coneixement científic d'alt nivell, exclusiu, únic i especialitzat que faculta el col·lectiu a resoldre els problemes pràctics que afecten la societat.

No obstant això, en l'actualitat més globalitzada aquesta autonomia és més teòrica que no pas real en tant que va ser establerta en un context pretèrit i determinat que res té a veure amb l'actualitat (Bauman, 1999). Només cal veure en aquests temps actuals de crisi i retallades, la dependència de la sanitat en general respecte a la capacitat de decisió, i, per tant, d'autonomia de les professions i dels seus professionals. Els professionals que desenvolupen la seva activitat en institucions públiques, més que mai estan sotmesos a controls administratius i el reconeixement esdevé purament pel que fa al seu coneixement i capacitat tècnics, resultat del qual obté un determinat estatus i els privilegis associats a aquest.

Per a Larson, el concepte de professionalisme ve associat més en el seu contingut ideològic que no pas en un conjunt descriptiu de trets formals conversors de la ocupació en professió. No obstant, en la disjuntiva de veure's obligades a reivindicar el seu monopoli de coneixement especialitzat, incorporen necessàriament un biaix ideològic que acaba convertint determinats conflictes ètics, vinculats a l'exercici professional, en tècnics amagant els valors ideològics sobre els quals es prenen les decisions professionals, i agreujant encara més el conflicte en excloure als usuaris d'aquestes decisions. L'administració o Estat, però, també pot utilitzar la professionalització quan, fent una crida a aquesta professionalització, és capaç de fer-la servir per a reorientar expectatives o minimitzar determinats problemes. A més, el fet que els professionals treballin en entorns burocratitzats i controlats per l'administració dona lloc a que sorgeixin determinats objectius interns, com ara la productivitat, o les responsabilitats administratives, o la temporització de determinades tasques, els quals no tenen res a veure amb les competències professionals i que porten a una proletarització de les professions i a la seva degradació pel que fa a les condicions de treball. Establir per exemple un temps per visita mèdica, afegir criteris economicistes en la prescripció terapèutica, o pressionar l'assistència primària en la contenció de la derivació del pacient a l'especialista, són alguns d'aquests condicionants que degeneren les condicions de treball. (Lawn i Ozga, 1998).

### 2.5.3. Mirada neomarxista

Aquesta mirada s'estructura sobre el treball de Braverman (1974) envers el treball intel·lectual i la seva racionalització mitjançant una anàlisi focalitzada en el pensament marxista de les condicions de treball en el model capitalista amb la tendència a reduir la llibertat i autonomia del treballador que té com a finalitat la descapacitació d'aquest. Aquest procés de proletarització ha dut a la classe mèdica a situar les seves tasques en una divisió creixent entre aquells que les planifiquen i aquells que les executen optant per un model pròxim a la organització empresarial i en els processos de treball neoliberals capitalistes. Això ha conduït a tasques d'alt nivell cada vegada més rutinàries, més controls en els processos productius i les seves fases, augment del volum de treball i un descens pel que fa als nivells de capacitació. El model economicista s'ha imposat canviant profundament la racionalitat, les maneres i les condicions de treball dels assalariats i perdent la visió integral dels processos. Això implica que el treballador estarà cada vegada més obligat a realitzar tasques aïllades i rutinàries, i conseqüentment acabarà perdent el significat i funcionament del procés i, per tant, també els coneixements i les habilitats necessàries per a realitzar-lo, convertint-se en mà d'obra executora del que d'altres han ideat, quedant marginats de la concepció i perdent per tant autonomia. Com a exemple d'aquest règim d'empresa mercantil que xoca frontalment amb els principis professionals de la professió mèdica, podem recórrer de nou a praxis efectuades en el món de les polítiques gestores del món sanitari. Per a fer una estimació respecte la temporització de les visites, es realitza un cronometratge de les visites i el temps de durada per extreure'n la mitjana; això permetrà planificar quants facultatius són necessaris per exemple en una unitat de consultes externes, posem per cas, que utilitzarà el departament de recursos humans per tal de racionalitzar de manera "eficient" la plantilla de facultatius. Això no és més que la descomposició del treball i l'especialització de l'obrer proposada per Taylor en la seva organització científica del treball, concepte antitètic amb una ocupació professional. Estudis com el de Ochoa (2012) demostren la insatisfacció amb la qual és viscuda pels facultatius aquesta imposició de dedicació temporalitzada als pacients en entrar en crisi amb els valors intrínsecs del professionalisme, amb la sobrecàrrega de treball que representa i que es tradueix, no només en un augment de pressió assistencial, si no també en una pèrdua de llibertat del professional que perd tota autonomia en la seva gestió del temps com queda palès en aquest exemple concret. Això comporta a més una disminució en la interacció



de la relació metge-pacient, però afecta també aspectes tan importants com el poc temps per l'anamnesi, l'exploració, el diagnòstic, la comunicació amb el malalt i el seguiment personalitzat d'aquest.

Els processos de control s'han estès també a la manera de controlar prescripcions i pautes, i protocols estandarditzats (a canvi sovint, d'incentius econòmics) concebuts com a processos productius amb finalitats economicistes i de control, les quals esdevenen d'altres maneres de controlar i organitzar el treball dels metges. En general, totes les propostes tecnocràtiques en són un exemple, i això ha conduït al col·lectiu a una exclusió en el disseny conceptual que ha passat a mans de l'administració i per tant han disminuït en gran manera l'autocontrol, passant a ser mers executors del que les "polítiques de salut" dicten. Aquest concepte mercantilista prové dels anys setanta del segle XX quan es conceptualitza el terme "recurs humà" en el sector de la salut des d'aleshores el sistema sanitari s'ha vist posseït per les teories productivistes i economicistes del món empresarial, aquest discurs de negoci ha impregnat un canvi en el discurs legitimador de la pràctica professional, produint-se una fractura amb l'ideari clàssic del sistema públic de salut (benestar social i equitat), pensant que potser aquest canvi oferiria solucions respecte la massificació que el sistema patia. Va ser, doncs, aquest canvi de pensament el que va provocar profunds canvis en les referències internes dels hospitals i centres de salut de manera que, com argumenta Lupton (1995), van perdre el seu sentit pel que fa a la promoció de la salut i l'atenció a la malaltia per passar a incorporar la lògica productivista i economicista pròpia del món de l'empresa i els negocis, amb l'imperatiu propi del pensament i política neoliberal incorporant la seva semàntica pròpia "gestió analítica", "cost per pacient", "cost per servei" van transformar el pensament de la salut en pensament de l'empresa. Aquesta inserció del pensament capitalista amb el pensament cost-benefici s'ha instal·lat de manera substancial diluint els elements morals i humanistes que cal que rodegin el món de la salut. Aquest nou discurs llunyà als referents ideològics, axiològics i professionals ha incorporat un productivisme que fins no fa tan era totalment aliè a la concepció del món de la salut i els seus usuaris. Es reformulen, doncs, nous objectius i horitzons per tal de redefinir una nova identitat professional dels facultatius convertint-les en gestores del "producte facultatiu". Aquesta dependència de la professió mèdica a l'economia implica necessàriament una adopció dels nous significats extrets del vocabulari economicista i mercantilista incorporats com nous "valors". Un altre d'aquests nous conceptes adoptats

com a conseqüència d'aquest procés és el de l'eficiència social, en tant que els metges cal que es preparin per tal de respondre de manera eficaç als seus llocs de treball, per satisfer les necessitats del mercat laboral, això esdevé l'explicació que justifica que les institucions sanitàries intentin imitar el món de l'empresa utilitzant les mateixes metodologies economicistes i gerencials, oblidant que la ideologia que regeix el món de la salut té poca cosa a veure amb el que regeix el món empresarial.

Val a dir que davant aquestes imposicions, els professionals han presentat les seves resistències col·lectives i individuals a uns canvis que eren externs a les seves arrels ideològiques. No obstant, aquestes resistències han estat neutralitzades amb maneres més subtils de control que han dut a les institucions, ja siguin col·legis o associacions professionals, a fer crides a la professionalització com a defensa a un seguit de pèrdues que han limitat al facultatiu en la seva pròpia autogestió, i que l'han dut a una pèrdua important d'autonomia. El problema ha empitjorat però quan aquesta reacció defensiva està basada en la creença d'una autonomia fictícia, la qual ha acabat legitimant l'empitjorament de les condicions laborals. D'aquesta manera els governs utilitzen l'autonomia lligada al professionalisme de manera interessada com una bandera ideològica per a minimitzar les resistències dels professionals i empitjorar les condicions de treball.

Val a dir també que aquest procés de proletarització s'acompanya sovint de la intensificació de les demandes de treball que empitjoren les seves condicions de treball, augmentant-ne la responsabilitat. Un exemple clar seria la imposició als metges de família de responsabilitzar-se de la contenció en la derivació a l'especialista i, per tant, d'assumir casos que en altres condicions serien derivades a aquests, augmentant la seva pressió assistencial i de responsabilització. És cert, però, que això acaba portant al professional a un augment de la seva formació per tal de poder assumir les noves responsabilitats i la seva gestió. Aquest fet, però, no deixa de ser una estratègia en la qual els facultatius acaben col·laborant en la seva pròpia explotació, cedint terreny per a noves exigències futures. Queda clar que darrera aquestes estratègies la finalitat és la minimització de costos i per tant l'augment de beneficis, no cap augment qualitatiu, ni de l'atenció al pacient, ni de millora de les condicions de treball dels metges d'atenció primària. Esdevé, doncs, un procés per a tenir més rendiments dels professionals, incrementant la productivitat, per a acabar reduint despesa.

Aquest escenari desenvolupat dona com a producte la proletarització del col·lectiu, sotmès a processos de desqualificació, allunyat en la participació dels processos de disseny, i sotmès a la intensificació, apropant el col·lectiu a la classe treballadora, en un procés de precarització de la classe mèdica. No obstant, estudis com els de Derber (1982) estableixen diferències entre dues formes compatibles de proletarització en les activitats laborals que com la medicina presenten un clar component intel·lectual: la proletarització tècnica i la proletarització ideològica. La tècnica fa referència a la pèrdua de control envers les maneres de realitzar el treball i sobre les seves decisions tècniques. Un exemple clar serien els protocols a seguir. Pel que fa a la proletarització ideològica aquesta respondria a la pèrdua de control envers la finalitat i propòsits socials i comunitaris del treball. En el cas de la medicina la proletarització predominant ha estat la ideològica. En aquest cas, i d'aquí l'interès d'aquesta tesi que aquí es presenta, aquest tipus de proletarització ha afectat a la pèrdua de valors, finalitats i objectius socials de la professió que queda a mans de l'empresari o empleador, conservant, això sí, el control sobre el coneixement tècnic, convertint el professional en mer "solucionador" de problemes tècnics, restant al marge els morals, el control dels resultats i la relació amb la comunitat (Derber, 1982).

La resignació per a poder mantenir aquest poder tècnic i l'estatus poden explicar les respostes d'acomodament del col·lectiu davant la proletarització ideològica i les pèrdues que aquesta comporta. Segons aquest mateix autor, es donen dos tipus de resposta: "la dessensibilització ideològica" i la "cooptació ideològica". La primera fa referència al no reconeixement per part dels metges que el que han perdut tingui massa importància, fet que implica un abandonament dels compromisos professionals i la seva finalitat social, centrant-se i focalitzant-se en l'esfera més tècnic-científica de la professió. La segona resposta adaptativa fa referència a la redefinició que el metge fa respecte els valors de la professió per encaixar-los en la institució per a la qual treballa, fent seus els de la institució en la qual desenvolupa la seva tasca.

Els estudis duts a terme per aquest autor han permès l'anàlisi respecte la proletarització ideològica com a metodologia de control del sistema capitalista globalitzat i post industrial en la seva cerca pel que fa a la submissió del treballador sense despullar-lo dels coneixements tècnics que el podrien portar a qüestionar les polítiques directives.

Així s'esdevé una forma coercitiva recolzada en una autonomia tècnica que assegurí el consentiment dels professionals per a les finalitats de la organització (Densmore, 1990). I tanmateix deixen clara la diferència de la classe mèdica respecte la obrera pel que fa a la intensitat de la seva proletarització, ja que els col·lectius presenten diferents graus de vulnerabilitat en la desqualificació tècnica (Jiménez Jaén, 1988). A més finalment permeten visualitzar el professional, no com una víctima sinó com a sustentador i reproductor del procés de racionalització de la organització i d'assumir i fer seves les ideologies de les organitzacions per a les quals treballa.

S'evidencia, doncs, que el concepte de professió no és ni neutral ni universal sinó un constructe que variarà molt depenent del context en el que estigui immersa. Aquestes tres mirades, que la sociologia de les professions aporta, representen diferents anàlisis i conceptes sobre la naturalesa de les professions; no obstant, aquests tres enfocaments són coincidents en els dos eixos vertebradors per a què una ocupació sigui definida com a professió, d'una banda el coneixement tècnic propi de la professió en sí i, de l'altra, l'autonomia professional.

## CAPÍTOL 3: APRENENTATGE BASAT EN PROBLEMES

### 3.1. Descripció de l'ABP

L'ABP és una metodologia didàctica en la qual l'alumne aprèn mitjançant la resolució de problemes o casos clínics. L'ABP es distancia del sistema clàssic, no en els coneixements teòrics, que són els mateixos, però sí en la seva utilització; l'ABP manté el concepte clàssic d'aprendre però reforça sobretot el comprendre, desenvolupant el raonament i el pensament crític (Branda, 2004). El principi bàsic consisteix a enfrontar l'alumne a una situació i oferir-li un problema o repte com a font d'aprenentatge, essent una didàctica diferent a la tradicional. L'estudiant descobreix, elabora, construeix, reinventa i fa seu el coneixement. Promovent un aprenentatge continu i significatiu. En l'ABP es fomenten bàsicament:

- L'adquisició dels coneixements, valors, actituds i habilitats en base a problemes reals.
- El desenvolupament de la capacitat d'autonomia d'aprenentatge
- La capacitat d'identificar, prioritzar, integrar i resoldre casos clínics.

En l'ABP l'alumne esdevé un element actiu que influeix directament en el seu aprenentatge; en contraposició amb la metodologia tradicional, l'estudiant canvia el seu rol, se li demana un compromís actiu tant pel que fa al seu treball individual com d'equip per tal d'arribar al seu objectiu final que és l'aprenentatge significatiu <sup>6</sup> (Sola, 2006); el professor, de manera paral·lela en aquest enfocament de l'educació superior, es converteix en guia i facilitador d'un procés que potencia el compromís, la responsabilitat i la disciplina de treball dels estudiants. En aquest nou escenari els alumnes han d'assolir i comprendre els conceptes, que han d'integrar en un aprenentatge competencial d'habilitats que juntament amb el compromís de participació i assistència a les tutories determinen la seva avaluació global (Branda, 2004).

---

<sup>6</sup> Tipus d'aprenentatge segons la psicologia constructivista que fa que l'estudiant relacioni la informació nova amb la que ja té, reajustant i reconstruint ambdues durant el procés d'aprenentatge.

Les raons per adoptar la metodologia als estudis de medicina van ser principalment: l'oportunitat d'aprendre a prendre decisions de manera científica, l'adquisició del raonament clínic, la utilització d'un enfocament integral per manejar determinades situacions, l'aprenentatge autodirigit i responsabilitzat, la capacitat pel treball en equip, l'adquisició d'habilitats d'escolta, resposta i participació en discussions rellevants, el desenvolupament de competències relacionades amb els valors professionals (responsabilitat, habilitats d'aprenentatge, comunicació, habilitats interpersonals, etc.), la creació d'automatismes a l'hora de resoldre casos reals, l'autogestió i situar l'alumne en un context professional atès que l'ús de casos reals o figurats és un instrument poderós per a la formació en el professionalisme (Boenink *et al.*, 2005).

A més hi ha d'altres motius en la implementació d'estratègies com l'ABP a la formació universitària les quals es recolzen en un seguit de raons tant de caràcter pràctic, pedagògic com conceptual (Cazérez *et al.*, 2006):

- De caràcter pràctic: poder afrontar l'increment de la informació i del coneixement, ja que la tasca de grup propicia compartir, col·laborar i comparar i corroborar les múltiples fonts d'informació consultades en les diferents cerques elaborades pel grup d'estudiants.
- De caràcter pedagògic: en tant que l'estratègia didàctica augmenta la motivació per l'aprenentatge, ja que els problemes plantejats es relacionen amb l'experiència i estan centrats en l'estudiant el qual n'és el protagonista i actor principal i en el seu procés d'aprenentatges. Aquest cal que es responsabilitzi i autogestioni el seu propi procés per això es diu que l'ABP proporciona un procés autodirigit i autònom, oferint múltiples oportunitats, com és el desenvolupament de múltiples competències vinculades amb la comunicació, la gestió de la informació i la anàlisi crítica per exemple.
- De caràcter conceptual: facilita la integració del coneixement paral·lelament amb l'aprenentatge en l'estudiar i la resolució de problemes. Així com també les relacions interpersonals vinculades als contextos d'interdisciplinarietat futura que exigirà l'exercici de la professió.

Encara que com Branda (2009 a) descriu, l'ABP no tracta la solució de problemes sinó que utilitza aquells que són escaients per a incrementar la comprensió i el coneixement: "fa servir com a punt de partida un problema o situació problemàtica que permet desenvolupar a l'estudiant hipòtesis explicatives i identificar necessitats d'aprenentatge que li permetin comprendre millor el problema i complir els objectius d'aprenentatge preestablerts" (p. 11).

La utilització, doncs, d'aquests tipus estratègies didàctiques com l'ABP no és gratuïta; entre d'altres, una metaanàlisi va confrontar els resultats paral·lels de metodologies tradicionals respecte a les d'aprenentatge autodirigit i els resultats van mostrar clarament la millora de la solidesa dels aprenentatges autodirigits en educació mèdica (Koh *et al.*, 2008). Val a dir que vàries associacions destacades com ara *l'Association of American Medical Colleges*, la *World Federation of Medical Education*, el *National Council for the Social Studies* i *l'Association for Supervision and Curriculum Development* han donat suport a l'ABP entre d'altres iniciatives d'alta exigència del pensament crític.

L'escenari on es desenvolupa l'ABP són les tutories les quals són el marc on tutor i estudiants treballen entorn del problema plantejat. El concepte de tutoria, però, és un concepte summament flexible i depèn exclusivament del grup i de la llibertat i autonomia que la institució consideri que aquest té i li vulgui donar.

Hi ha diferents variants en el desenvolupament de la metodologia de l'ABP, pel que fa a la seqüència o passos, encara que totes elles parteixen del model primigeni d'ABP iniciat al Canadà que va tenir origen a la Universitat de McMaster. Aquesta promou el desenvolupament de l'ABP amb el mètode de set passos, segons Schmidt (citats per Deelman i Hoeberigs, 2008) consistent en:

1. Aclarir allò del problema que no estigui clar (conceptes, entre d'altres).
2. Definir el problema descrivint els fenòmens que s'han d'entendre o explicar.
3. Fer una pluja d'idees utilitzant el coneixement previ i la lògica, intentant trobar el màxim d'explicacions possibles.
4. Detallar les explicacions proposades al pas anterior intentant construir una "teoria" racional i personal dels processos subjacents.

5. Formular temes per un aprenentatge autodirigit.
6. Evitar les carències de coneixement mitjançant l'estudi personal.
7. Compartir amb el grup les conclusions pròpies i intentar integrar els coneixements adquirits amb una explicació pertinent als fenòmens.
8. Comprovar si té els coneixements necessaris i avaluar el procés d'adquisició del coneixement.

Restrepo (2005) proposà una revisió de l'experiència de la utilització de la metodologia de l'ABP per institucions i universitats que l'han implementat i les adaptacions que n'han fet. A partir d'aquests set passos descrits anteriorment, d'aquesta seqüència metodològica, han aparegut arreu experiències i s'han creat "variants" o adaptacions del mètode des de diferents universitats del món, inspirades en el model original. No obstant això, val a dir que totes elles comparteixen les característiques bàsiques del model primigeni: analitzar la situació, la formulació de les hipòtesis o dels objectius d'aprenentatge, les cerques d'informació individual, la discussió de grup, la revisió final dels objectius aconseguits i l'avaluació.

La focalització del treball dins la tutoria ve donat pel problema o situació. Per a Branda (2009b) l'important no és tan el problema com les característiques que aquest presenta; per a l'autor, un problema efectiu és aquell no estructurat, en el qual la informació hi apareix progressivament i amb una redacció tal que estimuli la discussió del grup, incloent de vegades frases que presentin certa controvèrsia. Cal evitar frases supèrflues i descriure clarament els fets evitant judicis i conclusions, llevat que s'incloguin deliberadament per estimular el debat. Així mateix expressa l'autor que és important que aquest problema reflecteixi el que serà el món laboral del futur estudiant. Pel que fa a la seva construcció la creació de problemes es basa en els objectius d'aprenentatge i en l'orientació al docent, Branda, implicat en la implementació de l'ABP des dels seus orígens a McMaster, estableix un disseny dels problemes que segueix un seguit de passos consistents en:

1. Construir un llistat de situacions possibles basada en els objectius d'aprenentatge
2. Assignar un valor educacional segons la seva rellevància als objectius d'aprenentatge



3. Assignar la prevalença amb la qual el problema es troba en la realitat professional
4. Assignar l'impacte que el problema pot tenir en l'individu o entorn
5. Establir un ordre de prioritats basat en els criteris anteriors
6. Seleccionar els problemes a escriure

En tant que la competència en la construcció dels problemes o situacions és clau per a l'èxit posterior en la rebuda d'aquest per part dels estudiants, cal per tant que els problemes siguin adequats pel que fa al seu desenvolupament en un temps determinat, i a més que aquests problemes i la seva dificultat siguin proporcionals a la quantitat d'objectius d'aprenentatge proporcional al temps real de desenvolupament (Aradilla, 2006), la qual cosa ha de quedar molt clara als docents quan s'ocupen dels dissenys, en tant que la tendència inicial és la sobrecàrrega, obviant el temps limitat que l'estudiant té. Per això, esdevenen claus les pautes i passos descrits anteriorment i el fet de prioritzar; amb la pràctica, però, aquest és un punt que els docents acaben modulant.

### **3.2. Els orígens de l'ABP**

Els orígens de l'ABP més remot i atàvic germinaren a Hamilton (Ontario) a Canadà, zona caracteritzada pel seu clima humit i fortament industrialitzada, amb una alta prevalença de malalties respiratòries, a més de ser una zona amb una forta precarització econòmica. La problemàtica de patologia respiratòria començava a ser un problema de salut pública que els professionals de la sanitat no acabaven de poder resoldre, de manera paral·lel a la universitat s'adonaven que els estudiants tenien un coneixement teòric de la patologia però amb problemes alhora de transferir aquest coneixement, fet que els va fer adonar-se que calia abordar la problemàtica partint en primer terme des de la vessant de la formació mèdica dels professionals els quals havien de ser competents davant la problemàtica, per tal de poder-la afrontar correctament.

Segons Branda (2008), després de cercar en diferents facultats de medicina, fou a Cleveland (Ohio) on varen trobar un referent on emmirallar-se en el programa de la *Case Western Reserve University* iniciat el 1952. Aquest programa els va atreure per les seves característiques. D'una banda es basava en la integració interdisciplinària, les

classes magistrals eren reduïdes i a més el disseny curricular no era controlat pels departaments, sinó per comissions. Val a dir que tot plegat era molt atractiu pel que feia a la pedagogia mèdica. Prenent aquest referent, així va ser com a la dècada dels anys seixanta del segle XX quan un grup de professors de medicina de la Universitat de McMaster va reconèixer la necessitat de replantejar tant els aspectes de fons com la manera d'ensenyament dels estudis de medicina, amb l'objectiu d'aconseguir una millor preparació per tal de satisfer les demandes de la pràctica professional (Barrows, 1996). L'educació mèdica, que fins aleshores es caracteritzava per seguir un patró convencional de classes expositives de ciència bàsica seguit d'un programa d'ensenyament de clíniques, es va anar convertint en una forma ineficaç de preparar estudiants. En un context en el qual apareixia un creixement exponencial de la informació mèdica i les noves tecnologies, a més d'un escenari de necessitats i demandes ràpidament canviants de la pràctica professional era evident, per aquests docents, que el perfil dels seus titulats requeria habilitats per a la solució de problemes, la qual cosa incloïa l'habilitat per adquirir informació, sintetitzar en possibles hipòtesis i provar-les mitjançant l'adquisició d'informació complementària. Sobre aquesta base, la Facultat de Ciències de la Salut de la Universitat de McMaster va establir una nova manera d'aprendre medicina, amb una proposta educacional innovadora que va ser implementada al llarg dels tres anys del seu pla curricular i que és coneguda actualment a tot el món com *Aprentatge Basat en Problemes (ABP)* o *Problem Based Learning (PBL)*.

L'any 1972 la Universitat de Michigan va implementar un curs basat en resolució de problemes en el currículum preclínic dels estudis de medicina i també a inicis dels anys setanta les universitats de Maastricht (Holanda) i Newcastle (Austràlia) van crear facultats de medicina implementant l'ABP en la seva estructura curricular; una dècada després altres facultats de medicina que mantenien estructures curriculars convencionals van començar a desenvolupar plans paral·lels estructurats sobre la base de l'ABP (la universitat que va liderar aquesta tendència va ser la de New Mexico, als EUA) i una mica més tard altres facultats van assumir el repte de transformar el seu pla curricular complet en una estructura ABP, essent les universitats líders en aquesta empresa la de Hawaii i Harvard als EUA, i Sherbrooke al Canadà (Barrows, 1996). En els últims quaranta anys l'ABP ha estat adoptat per facultats de medicina a tot el món. Més recentment, i de moment úniques a Espanya, les facultats de medicina de la Universitat

de Castilla-La Mancha i de la UdG han adoptat la metodologia de l'ABP en la totalitat de les assignatures.

### **3.3. Un nou rol docent: el model del tutor facilitador**

D'altra banda, en l'ensenyament clàssic el professorat són especialistes experts que transmeten el coneixement de la seva assignatura, normalment de manera expositiva basant-se en modelatges heretats dels seus antecessors. En l'ABP el professorat passa a ser un tutor facilitador dels aprenentatges dels seus estudiants, un guia en el camí i com a tal ha d'adquirir mitjançant una formació prèvia les competències inherents a aquest nou rol. Segons (Branda, 2009a) el perfil d'aquest nou docent "té habilitats en la facilitació de l'aprenentatge, promou el pensament crític, el funcionament eficient i eficaç del grup, l'aprenentatge individual, l'avaluació de les tutories i l'aprenentatge centrat en l'estudiant" (p. 21). Aquest tipus de tutor fomenta el debat en el seu grup, estimula el pensament crític, ajuda que l'estudiant es plantegi interrogants, però mai resol aquests interrogants.

Existeixen segons el model Branda-Lee (2000) d'Anàlisi de la Intervenció del Tutor facilitador, un instrument d'autoavaluació amb el qual el tutor facilitador pot examinar les seves accions en diferents situacions que sorgeixen en les sessions de tutoria i delimitar el seu perfil. El model il·lustra sis categories d'intervencions, dos tipus d'orientació de l'acció, i quatre modalitats de facilitació, tal i com mostra la figura 1 en les sis categories d'intervenció del tutor facilitador.

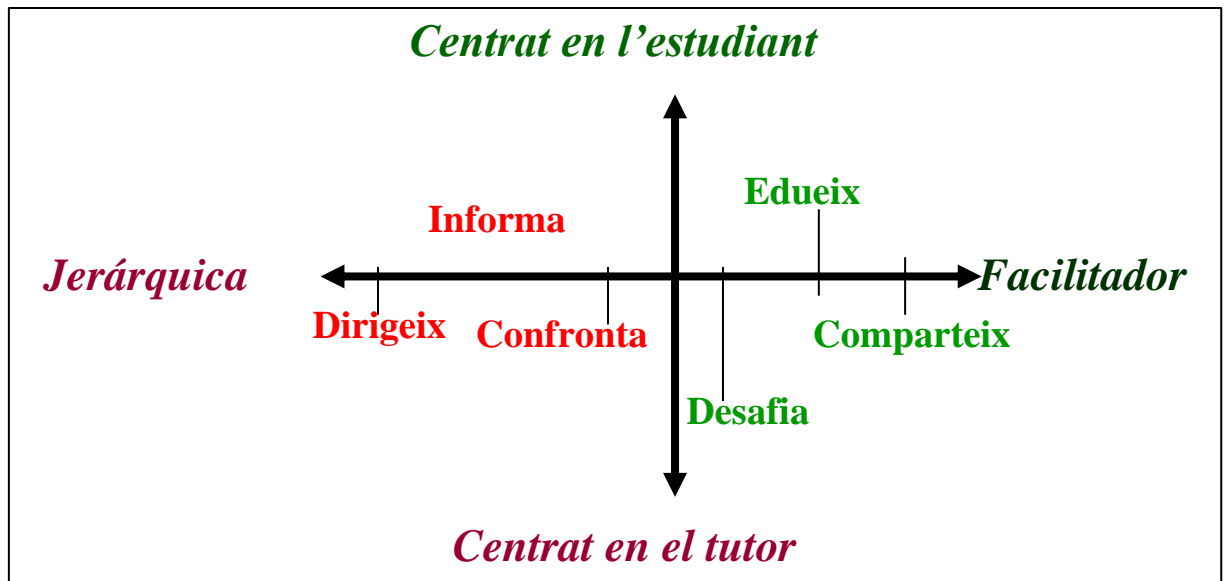


Figura 1. Eixos de continuïtat en les intervencions del tutor facilitador: eix vertical de acció centrat en l'estudiant o centrat en el tutor. (Branda 2000, p 22)

Els diferents tipus d'intervenció del tutor facilitador són representats per un continu que va des de la intervenció jeràrquica a la facilitadora. En aquest continu, s'identifiquen sis tipus d'intervencions: Dirigeix, Informa, Confronta, Desafia, Edueix, i Comparteix.

#### I. Dirigeix (del llat. Dirigēre)

- Dirigeix i marca el pas de la discussió.
- Comunica als estudiants una manera de fer innegociable.
- Utilitza la interacció entre els estudiants assignant tasques i establint l'ordre de participació.

#### II. Informa (del llat. Informare)

- Transmet coneixement i informació en forma directa.
- Resumeix i interrelaciona coneixement i temes per a la discussió.
- Transmet la informació com l'única font de coneixement no donant lloc a altres.

### III . Confronta (del llat. Cumfrontis)

- Discrepa d'una manera confrontant.
- Avalua l'actuació dels estudiants prejutjant.
- Corregeix i assenjala només falles.

### IV . Desafia (de Des - desafiar)

- Clarifica idees identificant contradiccions en les respostes dels estudiants, sense imposar el seu propi punt de vista.
- Promou l'avaluació d'idees.
- Promou el pensament crític.

### V. Edueix (del llat. Educere)

- Ajuda a clarificar les idees i el coneixement dels estudiants sol·licitant idees i opinions.
- Facilita la interacció entre els estudiants.
- Desperta l'interès dels estudiants relacionant la discussió amb el que estan familiaritzats.

### VI . Comparteix (del llat. Compartīri)

- Intercanvia idees i experiències amb els estudiants.
- Estimula que els estudiants aprenguin per si mateixos a través de la descoberta i l'exploració.
- Discuteix i negocia estratègies de les tutories amb els estudiants.

Existint dos tipus d'orientacions d'acció. El continu a més determina dos tipus d'orientació d'acció que poden ser il·lustrades en una línia vertical. L'àrea superior del continu representa l'Acció Centrada en l'Estudiant. L'àrea inferior representa l'Acció Centrada en el Tutor. En l'Acció Centrada en l'Estudiant, els estudiants actuen en resposta a la intervenció del tutor facilitador. En l'Acció Centrada en el Tutor, el tutor facilitador intervé i actua ell mateix com a resultat de la seva intervenció.

Distingint quatre modalitats de facilitació del tutor. El Model descriu quatre modalitats de facilitació: Centrada en el Tutor, Jeràrquica Centrada en l'Estudiant, Facilitadora Centrada en el Tutor, Facilitadora Centrada en el Estudiant. Aquestes quatre modalitats identifiquen com els tutors distribueixen el seu poder, el seu nivell de control de la discussió, i la seva relació amb els estudiants. En la Modalitat Jeràrquica Centrada en el Tutor, aquest assumeix control en la discussió. La relació entre el tutor i els estudiants és, com suggereix el nom, jeràrquica. Aquesta modalitat correspon a la part de l'àrea d'intervenció, de Dirigeix a Confronta, amb l'Acció Centrada en el Tutor. Aquesta modalitat descriu el tipus de facilitació que s'inicia pel tutor, i en la qual és el tutor qui organitza les activitats. La relació tradicional de poder entre el docent i els estudiants la segueix retenint tutor; aquest està participant d'una manera que encara controla el procés d'aprenentatge. La Modalitat Jeràrquica Centrada en l'Estudiant correspon a la part de l'àrea que va de Dirigeix a Confronta, amb l'Acció Centrada en l'Estudiant. La Modalitat Facilitadora Centrada en el Tutor il·lustra una relació entre el tutor i els estudiants de participació de tots dos encara que el tutor és el responsable de l'acció decidida. Aquesta Modalitat correspon a l'àrea que va de Desafia al Comparteix, amb l'Acció Centrada en el Tutor. En la modalitat Facilitadora Centrada en l'Estudiant, els estudiants assumeixen control del procés d'aprenentatge. El tutor actua com un facilitador per ajudar els estudiants en l'exploració del coneixement. Aquesta modalitat correspon a la part de l'àrea de Desafia a Comparteix, amb l'Acció Centrada en l'Estudiant.

És important tenir present que diferents situacions requereixen diferents intervencions, i que no hi ha cap intervenció correcta. El qüestionari d'autoavaluació del tutor només actua com un instrument per tal que el tutor examini el seu propi comportament. Els autors del qüestionari han conclòs que les intervencions que estan al costat dret de la línia mitjana en el Model (Desafia, Edueix, Comparteix ) i en la meitat superior (Acció Centrada en l'Estudiant) són les més desitjables per facilitar l'aprenentatge independent dels estudiants.

Segons Font (1994), la funció facilitadora del tutor pot tenir diferents estils que segons les condicions de l'acció tutorial i la idiosincràsia del docent pot abastar un ventall ampli que l'autor classifica segons les personalitats més freqüents, aquestes són:

directiu, no directiu, interpretatiu, no interpretatiu, conflictiu, no conflictiu, catàrtic no catàrtic, estructurat no estructurat i transparent no transparent. Cada docent pot sentir-se identificat amb un estil determinat, però cap d'ells és més o menys òptim sinó que el grup, el context ambiental o la personalitat del docent són les variables que porten a la representació d'un o altre perfil però això només condiciona el clima que s'hi estableix, no els objectius de la tutoria.

### **3.4. Educació en el professionalisme mitjançant l'ABP**

Les facultats de medicina d'arreu del món busquen formar metges graduats, competents capaços de servir la comunitat i avançar en el camp de la medicina (Al Alwan *et al.*, 2011). La formació, doncs, ha de preparar als estudiants de medicina per tractar els problemes als quals s'enfrontaran en el futur i equipar-los amb les habilitats necessàries per convertir-se en protagonistes actius, estudiants autodirigits, en lloc de merament receptors passius d'informació (Dolmans i Schmidt, 2006).

La competència s'adquireix mitjançant el desenvolupament i la integració de les habilitats (Bloom, 1956), de coneixement, destreses i actituds, i un pla d'estudis ben dissenyat ha d'assegurar que els estudiants aconseguixin això. Dins de la disciplina de la formació mèdica, l'ABP és un enfocament que focalitza un currículum centrat en l'educació de l'estudiant. Aquesta visió pedagògica de la metodologia comparteix també la filosofia expressada per Gutiérrez Recacha que la humanització de la medicina no és incompatible amb la visió tècnica de la disciplina i que, en darrer terme, exigeix un aprenentatge paral·lel del futur metge que es tradueix en coneixements, habilitats i actituds (Gutiérrez 2006).

La metodologia pedagògica de l'ABP es caracteritza per la capacitat percebuda per fomentar, a través d'aquests processos d'aprenentatge, la millora de les habilitats de raonament clínic, el desenvolupament d'una base de coneixements adaptable a les noves realitats clíniques i les habilitats d'aprenentatge autodirigit necessàries per convertir-se en aprenents permanents al llarg de la vida (Kelson i Distlehorst, 2000).

Aquesta eina en el seu exercici proporciona condicions essencials per a l'aprenentatge tals com: una base de coneixements ben estructurada, l'aprenentatge actiu, la interacció entre alumnes de manera col·laborativa i un context dissenyat per promoure la motivació interna a través de la provisió pragmàtica d'inputs (Margetson, 1994).

L'ABP és, doncs, un enfocament educatiu que desafia els estudiants en el seu aprenentatge i convida a treballar de forma cooperativa en grups per a buscar solucions a un problema plantejat (Haghparast *et al.*, 2007).

Alguns protocols d'avaluació dins dels plans d'estudi que han utilitzat la metodologia de l'ABP han tractat de vegades d'incloure l'autoavaluació i la coavaluació dels companys a més de l'avaluació del tutor per analitzar una sèrie d'habilitats, com l'aprenentatge autodirigit, la cooperació grupal i comunicació (Swanson *et al.*, 1997). Els tutors i companys tenen una oportunitat única per jutjar el treball dels altres en les tutories d'ABP, i els estudiants han de desenvolupar la capacitat de reflexionar sobre les seves pròpies fortaleses i debilitats, ja que són elements centrals de l'aprenentatge autodirigit (Eva *et al.*, 2004) en un procés que brinda constantment oportunitats de millora.

L'ABP proporciona, conseqüentment, l'oportunitat de tenir uns estudis fonamentats en l'aprenentatge basat en casos clínics en el cas de medicina que contempen àmpliament la problemàtica del cas en els aspectes mèdic, social, cultural i ètic, i no en la simple transmissió d'informació i focalització en fets purament biomèdics. Les situacions que es presenten durant el període d'aprenentatge s'assemblen a les situacions reals a les quals l'estudiant s'haurà d'enfrontar durant el seu exercici professional. El fet de ser un aprenentatge basat en la pràctica, que facilita que l'estudiant adquireixi no només les competències clíniques de coneixement i habilitats sinó també aquelles competències que fan referència als valors i actituds professionals com ara el treball en equip, el comportament ètic o les formes de comunicació i interrelació, així com valors i actituds sovint referits com el professionalisme, essencial per a la pràctica mèdica i que, per tant, ha de ser molt present en la formació dels estudiants de medicina. Professionalisme que en els professionals de la salut "té un impacte en l'atenció al pacient, els resultats de salut, les relacions terapèutiques, la percepció del públic i la confiança d'una professió i els seus membres (Cohen, 2006; Hammer *et al.*, 2003; Maastricht University, 2010). Aquests valors són necessaris i impescindibles en el desenvolupament de la part d'art



que tenen les ciències mèdiques i que en aquest darrer capítol de la història havia estat si no omès, francament devaluat.

En un estudi de les percepcions que els estudiants de medicina de pregrau tenen respecte les actituds i valors que són esperables del metge (Garcia-Huidobro *et al.*, 2006) contemplaven, entre d'altres, Responsabilitat, Respecte, Puntualitat, Habilitats interpersonals, Comunicació verbal i no verbal, Escolta activa, Habilitats i capacitats per a treballar en equip, Poder adaptar-se i fer front a contextos diversos, Poder aplicar els coneixements i aprenentatges i perfeccionament continu. Aspectes tots ells no només en consonància sinó promoguts activament per la metodologia d'ABP.

La formació i avaluació mitjançant la metodologia en ABP considera els coneixements, les habilitats i les actituds, aquestes darreres malgrat la seva infravaloració en els darrers temps però de gran importància cap al comportament que s'espera d'un futur professional de la medicina. És doncs, en aquest sentit, que aquest treball estableix un eix vertebrador pel que fa a la metodologia de l'ABP com a aglutinadora no tan sols de la formació i avaluació del que aquests darrers temps els programes de medicina han concentrat de manera prioritària (coneixements i habilitats), sinó que l'aportació nova i el valor afegit s'estableix entorn també de la formació i avaluació del professionalisme mèdic en condicions igualitàries amb els coneixements i habilitats. Aquesta investigació intenta millorar una eina d'avaluació formativa per tal d'aportar al professorat de medicina un instrument per a la millora de la formació i avaluació del professionalisme.

## CAPÍTOL 4. AVALUACIÓ DEL PROFESSIONALISME MÈDIC

### 4.1. L'Avaluació alternativa: característiques i funcions

Segons el Diccionari General de la Llengua Catalana *avaluar* consisteix en determinar el valor o magnitud d'alguna cosa. En el context docent de l'avaluació dels processos d'aprenentatge dels estudiants, entenem per avaluar ponderar allò que l'estudiant ha après i consolidat de manera efectiva durant el seu aprenentatge d'acord amb uns estàndards comuns per a la resta d'estudiants.

Cal tenir en compte, però, que l'avaluació forma part del procés d'aprenentatge i per tant no ha de ser tractat com un element extra al final d'aquest aprenentatge, entre d'altres raons perquè l'aprenentatge és un procés dinàmic i constant (Brown, 2003). Segons un seguit d'autors especialistes en el tema (Escudero, 1998; Mateo, 2000; Álvarez, 2003), l'avaluació cal que sigui educativa i, per tant, que contempli un seguit de característiques imprescindibles:

1. Cal que sigui un procés educatiu i continuat
2. Cal que ajudi a l'estudiant en la millora
3. Cal que sigui un procés reflexiu que segueixi una sistemàtica valorativa
4. Cal que compregui i tradueixi els processos d'aprenentatge en judicis de valor fonamentats.

L'avaluació, doncs, ha de ser una part integrada dins el procés d'aprenentatge i ser utilitzada amb l'estudiant per tal d'extreure'n el màxim profit en un dels objectius d'aquesta: modular l'estudiant envers la correcció i procés de millora del que ha realitzat. Per tant cal fer de l'avaluació un procés significatiu per als aprenentatges i no només un tràmit burocràtic del qual el procés formatiu en quedi exclòs. En tant, doncs, que l'avaluació forma part d'un procés, aquesta pot ser gestionada, és a dir, planificada i dissenyada a fi i efecte de construir un model que respongui a les necessitats del context en el qual els nostres estudiants estan immersos. Autors com Font (2009) s'han manifestat en la mateixa direcció afirmant que el programa d'avaluació cal que tingui una relació equivalent amb el formatiu, és a dir que la programació tingui coherència i

els instruments utilitzats siguin adequats i que l'avaluació tingui capacitat d'informar sobre allò assolit i retroalimentar el procés.

És, doncs, de vital importància maximitzar estratègies que ens ajudin a obtenir una avaluació amb un sentit positiu, envers l'ajuda a la millora i que alhora contemplin una manera d'avaluar que exclogui la subjectivitat, la improvisació, i trenquin amb formes tradicionals, consolidades pel pes pregon de l'històric, però que no responen als contextos actuals internacionals. Caldrà, sens dubte, cercar noves eines i dreceres, ben segur diferents de les utilitzades fins ara, per tant caldrà innovar en avaluació per arribar als nostres propòsits. Un dels objectius d'aquest estudi esdevé avaluar, no continguts, sinó actuacions relacionades amb els valors del professionalisme, en tant que és un àrea no avaluada en els estudis de medicina; per tant, la nostra cerca se centra en l'anàlisi de l'eina que ofereixi l'adequació de la metodologia d'avaluació més coherent respecte les actuacions de l'estudiant dins la tutoria d'ABP.

Cal tenir present que, en definitiva, l'avaluació, al marge de permetre la certificació oficial d'haver assolit uns aprenentatges, és per al benefici de l'estudiant i cal que sigui feta amb l'estudiant com a protagonista ja que hauria de ser la filosofia de base el fet que aquesta ha de ser un exercici d'enriquiment i d'autopromoció de la millora que el condueixi no només a obtenir les qualificacions necessàries per a concloure uns estudis amb èxit. Ja que l'avaluació per part de col·legues, pacients o familiars serà una constant al llarg de la seva vida professional que li oferirà la possibilitat d'adquirir l'excel·lència més enllà dels murs de la universitat, a la vida. L'oportunitat que l'avaluació alternativa aporta, i com a tal cal que sigui explicada i viscuda per la comunitat universitària, ofereix als estudiants el fet acabar-los forçant envers l'adopció d'una profunda aproximació als seus aprenentatges.

## **4.2. La implementació de l'avaluació alternativa**

La implementació de la innovació a nivell institucional requereix, segons Mc Dowell i Sambell (2003), set qüestionaments que ens ajudaran a extreure'n el rendiment màxim en la seva aplicació i entorn dels quals cal fer-ne una reflexió profunda per tal d'afavorir una avaluació amb beneficis significatius:

1. Tenir en compte la càrrega de treball dels estudiants en tant que aquest tipus d'avaluació n'incrementa el temps de dedicació. Per tant, és important que tinguem acotat i delimitat el temps que li portarà a l'estudiant, per exemple, fer una cerca o preparar una exposició oral dins el grup per tal de compartir els resultats del seu treball individual.
2. Cal mantenir la motivació i per aquest objectiu la temporització, el *feedback*, o el que l'estudiant tingui clar que és el que s'espera d'ell i, per tant, el que se li valorarà són elements importants que estimulen per tal d'optimitzar i assolir els seus objectius més immediats.
3. Presentar als estudiants els beneficis de la nova metodologia i dels perquè de la innovació en avaluació de manera que evitem reaccions de resistència o oposició. En tant que l'estudiant entén els beneficis, que són els seus, és més fàcil trobar un context positiu amb ells que permeti sumar sinèrgies, malgrat les dificultats o resistències inicials que tot canvi pot provocar.
4. Establir unes guies o marcs clars, en aquest cas les escales d'avaluació, com a concreció de l'avaluació alternativa, és un bon escenari en tant que clarifiquen no només als estudiants, sinó també als docents d'una manera consensuada el que s'espera i, per tant, allò que serà avaluat. Segons els autors, mesures d'aquest tipus esdevenen la xarxa de seguretat que permet a l'estudiant actuar de manera més independent i autònoma si coneix els paràmetres globals de la seva tasca. I pel cos docent són criteris comuns i objectius d'ajut a l'hora de fer efectiva l'avaluació.
5. Fer que els estudiants entenguin els criteris d'avaluació implicant-los en el procés avaluatiu, en el nostre cas amb l'autoavaluació, coavaluació i avaluació pel tutor, per tal que l'estudiant participi del procés avaluatiu de manera continuada i d'una manera aperturista en la concepció d'aquest procés.
6. Tenir ben establerts i consensuats els procediments organitzatius com ara què passa si un estudiant no fa les tasques establertes i no col·labora en el grup. Si això no està ben definit des d'un inici, la motivació de la resta d'estudiants decau envers el desinterès.
7. Estar atents al com i el perquè atorguem una determinada qualificació; aquest és un altre punt respecte al qual la utilització de les escales d'avaluació esdevé tan explícit per a professors i estudiants, i que en l'apartat corresponent a les raons de la utilització de l'avaluació per escales d'avaluació es veurà desenvolupat.

Segons autors com Brown (2003), quan un estudiant no entén el perquè de la seva qualificació i no entén com va ser qualificat, aleshores ens hem equivocat en el disseny de l'avaluació.

### 4.3. Avaluació per escales

En l'experiència aquí presentada, l'escala d'avaluació ha estat el pal de paller vertebrador per tal d'oferir un significat al procés d'avaluació en tant que orienta l'aprenentatge de l'estudiant al mateix temps que li permet participar, compartir i articular de manera activa el procés avaluador que esdevé alhora un procés de millora continua en el seu aprenentatge. De manera paral·lela, l'eina esdevé una peça clau en la facilitació de processos com ara l'autoavaluació i coavaluació i també l'avaluació per part del tutor facilitador, integrant els tres actors en el procés.

L'avaluació de l'aprenentatge de les conductes vinculades amb els valors professionals del cos mèdic necessita una eina, no tan sols coherent amb la metodologia utilitzada, en aquest cas l'ABP, sinó eines que fomentin una participació activa, reflexiva i crítica que millori i enriqueixi el propi procés d'avaluació i aprenentatge, de l'estudiant, però també del grup en el procés constructiu del qual ells són els actors principals.

Les escales com a eines permeten de manera clara explicitar allò esperable i objectivable. El terme manllevat de l'anglès *rúbrics* ve a significar matriu de valoració, en tant que faciliten d'una manera important tasques de qualificació de l'estudiant i les seves produccions imprecises i complexes en la seva gestió en l'avaluació per la subjectivitat que sovint impliquen. Es, doncs, una eina de puntuació que enumera els criteris específics, afegint un gradient qualitatiu per a cadascun dels ítems que incorpora (Goodrich, 1997) i dissenyada de manera que l'estudiant pugui ser avaluat de manera objectiva, coherent i consistent. La institució pot definir de manera clara allò que espera dels seus estudiants els quals són informats des d'un inici, alhora que fa desaparèixer incerteses al respecte de les expectatives que es tenen d'aquests i la seva tasca, en tant que disposen d'una informació molt precisa entorn com seran avaluats. Segons Blanco (2007) la utilització d'escales és la millor manera per avaluar l'evolució del procés i per interpretar els resultats de l'avaluació processual, són instruments per puntuar el treball

de l'estudiant en l'evolució del procés essent un instrument descriptor de les característiques específiques d'un projecte o tasca en diferents nivells de rendiment possible de l'estudiant per a clarificar allò esperable del seu treball.

Les escales no només es presenten com un recurs important en l'avaluació holística i formativa (Conde, 2007) sinó que, de manera paral·lela, són una eina d'orientació i avaluació per a la pràctica i exercici docent (Hafner i Hafner, 2003), en la qual la percepció dels estudiants respecte les seves qualificacions es veu clarament millorada respecte al valor real i versus les maneres de qualificar tradicionals (Conde, 2007) –les quals responen a una qualificació ja sigui numèrica o per lletra però allunyades de l'enriquiment que una avaluació per escales compartida, comentada i reflexionada amb tots els actors implicats–. Això és perquè les escales permeten explicitar de manera detallada el que es pretén d'acord amb les tasques efectuades per l'estudiant durant el seu aprenentatge. L'ús de l'instrument porta implícit el fet que l'avaluació sigui dialogada, argumentada, consensuada, negociada i reflexionada, fet que implica tot el contrari a una avaluació frustrant per a l'estudiant. En aquest cas podríem dir que la utilització de les escales porten a un estímul per l'estudiant perquè acaba coneixent els punts forts i febles i rep suggeriments de millora que l'ajuden a avançar. Les escales permeten, doncs, que la valoració sigui més objectiva, obligant prèviament al cos docent a clarificar criteris, discutir-los fins a consensuar-los, negociar-los i proporcionar indicadors descriptius i gradatius, possibilitant d'aquesta manera a l'estudiant saber com serà avaluat i com avaluar als companys amb els mateixos paràmetres. Per tant, sense por d'equivocar-nos podríem afirmar que les escales ens mostren com apren cadascú i no tan sols de manera quantitativa, sinó que el seu ús ens aproxima també als diferents estils d'aprenentatge individual que presenten cadascun dels nostres estudiants. La seva utilització ens aporta un nou valor afegit pel que fa a la manera d'aprendre: la individualització.

El plantejament de la seva implementació en els estudis de medicina de la UdG fou trobar un instrument que pogués avaluar quelcom que, per subjectiu i per un històric desenvolupat ja al capítol 2 d'aquesta tesi, no era avaluat i l'avaluació del qual era complexa i mancada de tradició i de referents. Era important trobar, doncs, l'instrument facilitador, coherent amb la metodologia docent utilitzada i que comptés amb una experiència prèvia institucional que fos el garant de la seva solvència i viabilitat, en tant

que facilités i millorés a estudiants i docents els processos de tutoria docent, entre iguals i l'autoavaluació.

#### 4.4. L'avaluació del professionalisme mitjançant l'ABP a la Facultat de Medicina de la Universitat de Girona (UdG)

Stern (2006) proposa set passes per a l'avaluació del professionalisme, i tots set es compleixen a la Facultat de Medicina de la UdG:

- 1- Desenvolupar el pla institucional per a la seva avaluació (intents aïllats no funcionen).
- 2- Definir el concepte professionalisme per part de la institució amb la participació dels agents implicats.
- 3- Seleccionar les conductes sobre les quals se centrarà el procés.
- 4- Decidir si l'avaluació serà sumativa o formativa i si es decideixen ambdues, ha de quedar clar quines són sumatives i quines formatives.
- 5- Identificar els instruments per a mesurar les conductes tenint en compte:
  - El context, el conflicte i la resolució.
  - La transparència i la simetria del procés.
  - L'ús de múltiples avaluadors i els tipus de mesura per a potenciar-ne la validesa.
- 6- Formació d' avaluadors.
- 7- Implementar el programa i avaluar-lo.

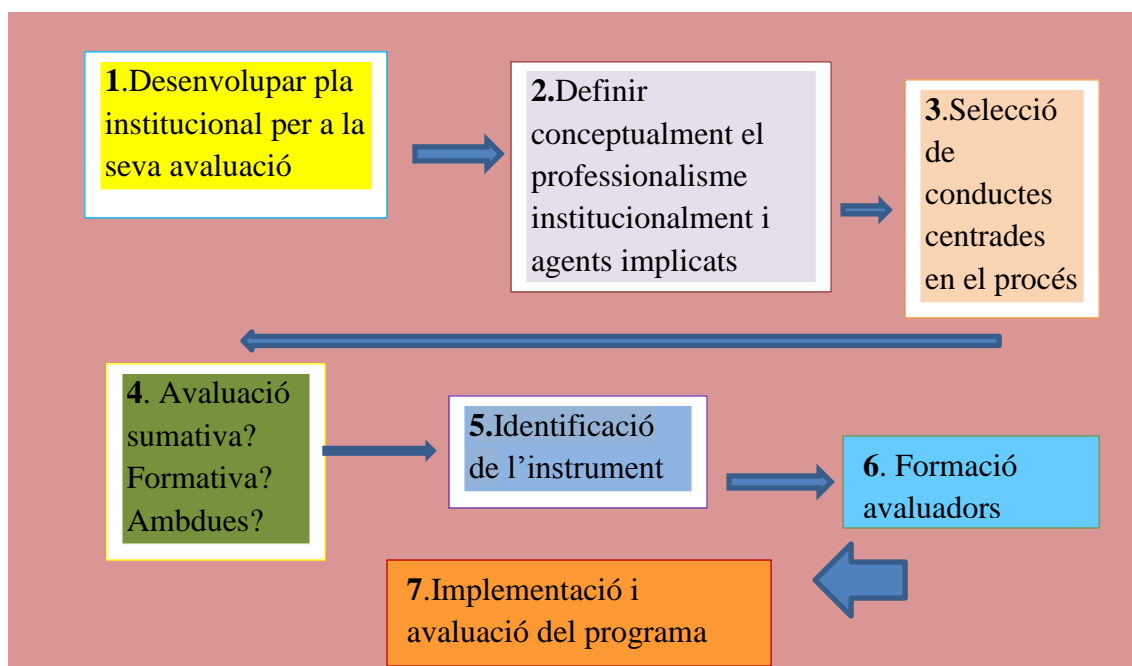


Figura 2. Gràfic dels set passos segons Stern per a l'avaluació del professionalisme

Pel que fa al pas 3, la Facultat de Medicina de la UdG ha establert en l'avaluació la introducció de la valoració, durant el desenvolupament de l'ABP, d'un seguit de conductes relacionades amb la responsabilitat, les habilitats d'aprenentatge, la comunicació i les relacions interpersonals. Tal i com diu la memòria de programació dels seu grau en Medicina (UdG, 2008), el professionalisme i el comportament ètic són essencials per a la pràctica de la medicina i això inclou no tan sols el coneixement mèdic i les habilitats, sinó també el compromís amb un conjunt de valors compartits, l'autonomia per establir i fer respectar aquests valors i la responsabilitat de defensar-los, les responsabilitats legals i la repercussió econòmica de les actuacions clíniques. Per això, el graduat en medicina ha de:

- Adquirir els valors professionals: responsabilitat davant d'un mateix, davant el pacient, davant els companys de professió i davant de la societat, pel servei que té encomanat.
- Adquirir els elements essencials de la professió mèdica, incloent els principis morals i ètics i les responsabilitats legals subjacents a la professió.
- Aplicar els principis de raonament moral i de presa de decisions en conflictes amb i entre elements de tipus ètic, legal i professional (incloent aquelles de caràcter econòmic), en la comercialització de les cures de salut i en els avenços científics.
- Reconèixer els aspectes ètics, legals i tècnics en la documentació del pacient, el plagi, la confidencialitat i la propietat intel·lectual.
- Adquirir els valors d'excel·lència, l'altruisme, el sentit del deure, la compassió, l'empatia, la responsabilitat, l'honradesa, la integritat amb el mètode científic.
- Tenir responsabilitat personal per la cura dels malalts.
- Definir els millors tractaments pal·liatius per als malalts terminals, a la recerca de la millor qualitat de vida possible.
- Reconèixer la necessitat de la comprensió mútua i de la relació entre el metge, el pacient, els familiars i la comunitat, incloent el benestar del pacient, la diversitat cultural i de creences i l'autonomia del pacient.
- Assumir el propi desenvolupament personal i mantenir la competència professional.



- Comprometre's amb la formació contínua i la recerca incorporada a l'activitat clínica.
- Tenir habilitat per planejar i gestionar eficaçment el temps propi i les activitats per afrontar la incertesa, i habilitat per adaptar-se al canvi.
- Reconèixer i reduir les desigualtats en salut (advocacia de la salut).

L'avaluació de les sessions d'ABP es porta a terme de diferents maneres: a) avaluació per part del tutor, b) coavaluació i c) autoavaluació. En tots tres casos s'avalua la responsabilitat, les habilitats d'aprenentatge, la comunicació i les relacions interpersonals. Cada un d'aquests quatre aspectes segons uns criteris preestablerts que són iguals per als tres tipus d'avaluació (tutor, co-avaluació i auto-avaluació). A la Facultat de Medicina es va escollir utilitzar una rúbrica avaluativa que comportava un seguit d'avantatges per a estudiants i docents.

#### **4.4.1. Avaluació per part del tutor**

L'avaluació per part del tutor és la visió des del punt de vista extern a l'estudiant, avaluació basada en les observacions degudament registrades del tutor respecte cadascun dels integrants del grup.

L'avaluació pel que fa a aquesta proposta curricular té tanta importància com en el mètode tradicional. Durant tot el procés, el docent avalua tant el treball de l'equip com la qualitat de la participació de cadascun dels integrants del grup, estimulants als estudiants a la autoavaluació individual i grupal. És essencialment una avaluació formativa i, per tant, progressiva que permet l'oportunitat de millora i de correcció de deficiències durant l'aprenentatge. Val a dir que aquesta avaluació es basa en allò que s'ha observat a les sessions de tutoria i mai en judicis de les característiques personals dels integrants del grup (Branda, 2009b).

Per a Branda, arribar a la solució del problema genera en el camí una sèrie d'activitats que poden ser avaluades: el treball individual, la presentació del grup, els coneixements adquirits, entre d'altres. El tutor cal que especifiqui quins seran els criteris d'avaluació

des de l'inici de les sessions de cada mòdul. Igualment, cal establir el percentatge de qualificació corresponent a cadascuna de les activitats d'avaluació plantejades.

El recull descriptiu d'allò que s'ha observat a la tutoria permet detectar fortaleses i debilitats i no especulacions sobre els motius que han portat a adoptar uns comportaments o altres. Aquest tipus d'avaluació es porta a terme de manera oberta en un temps preestablert assignat a una sessió de tutoria. Pel que fa al moment de l'avaluació, les sessions de tutoria tenen un disseny que contempla el fet que la darrera sessió que tanca l'estudi d'un cas o problema és d'avaluació i, per tant, en un mòdul i aquesta es produirà tantes vegades com casos hi contempli. En aquest moment, la tutora i els estudiants evidencien la consecució qualitativa dels aspectes rellevants d'avaluació contemplats en la descripció de la rúbrica. L'avaluació dins aquest espai de tutoria estimula el grup, però també és un bon moment per a detectar disfuncions i dinàmiques de treball d'aquest. D'aquesta manera tots els components del grup tenen una visió global del procés i de la seva progressió amb uns mateixos estàndards que són els que la rúbrica contempla. En un inici i fins que els estudiants no agafen la dinàmica del procés d'avaluació, aquesta pot resultar repetitiva; no obstant això, és tan sols inicialment ja que ràpidament se sol produir una adaptació tan bon punt l'estudiant en descobreix els avantatges.

#### **4.4.2. Coavaluació**

L'avaluació per part del company, o coavaluació, és l'avaluació que fa un alumne als seus companys, en base a característiques i nivell de desenvolupament, prèviament acordat amb els paràmetres definits pel tutor, en tant que hi ha coses que tan sols poden ser valorades per altres membres del grup com, per exemple, l'aportació d'un determinat article que ha ajudat en la comprensió d'una part del problema. A més, la seva importància rau en el fet que els estudiants aprenen a expressar les seves valoracions de manera constructiva, efecte enriquidor per aquells estudiants que la rep, en tant que li permet la millora continuada. A més, com expressa Race (2003), aquest tipus d'avaluació feta pels companys incrementa la credibilitat d'aquesta en ser efectuada per iguals. Està descrit (Branda, 2009b) que, per l'històric de la cultura

acadèmica dels estudiants, inicialment tant la coavaluació com l'autoavaluació poden ser incòmodes, en tant que els estudiants no hi estan acostumats i en tant que fa falta que a nivell grupal hi hagi un ambient propici i un grau de confiança que permeti fer-la efectiva, no obstant el tutor facilitador té la missió d'ajudar en aquesta tasca ja sigui ratificant, discrepant o aclarint determinats aspectes de l'avaluació. En la mateixa línia s'expressen d'altres autors al respecte que en grups petits i cohesionats pot ser disgregadora i impopular (Boud, 1997). No obstant, aquest tipus d'avaluació permet a més l'avantatge d'oferir pautes d'avaluació comparatives respecte el grup, molt útils per a l'estudiant. A més es fa patent de manera clara el fet que el *feedback* entre els estudiants contribueix a centrar-se en els aprenentatges i cohesionar grups (Brew, 2003). Per l'experiència, en tant que docent en aquest exercici, crec que la cohesió del grup ve donada per la relació entre els seus membres i també per la filosofia de base fonamentada en l'ajuda mútua i el concepte de treball col·laboratiu implícit en el grup.

Hi ha autors com Brew (2003) que suggereixen que el fet de l'avaluació per companys genera múltiples avantatges durant el procés d'aprenentatge citant la motivació del pensament, incrementant el procés d'aprenentatge i també la confiança dels estudiants. I com a valor afegit la força motivadora que li genera a l'estudiant el fet de poder avaluar, tradicionalment un poder reservat tan sols al professorat. No obstant això, en la seva implementació és aconsellable que sigui introduït com un element de responsabilització de l'aprenentatge propi, ja que entre els estudiants el fet de tenir poder sobre un altre pot ser considerat impopular. Per tant cal veure com s'introdueix aquest tipus d'avaluació per què sigui acceptada. Cal, doncs, tenir en compte a part de com s'implementa, el fet que l'estudiant l'accepti de grat i amb la preparació adequada, aspectes que en la implantació als estudis de medicina sobre els quals versa aquesta tesi van ser escrupolosament treballats des de l'inici. D'altra banda aquest tipus d'avaluació acaba convertint-se en una habilitat duradora en el temps, és a dir, durant la seva etapa com a professionals en la seva tasca diària.

### 4.4.3. Autoavaluació

Respecte l'autoavaluació, és l'avaluació que fa l'estudiant de sí mateix, en tant que hi ha coses que només ell sap de sí mateix i no són observables per part del grup, i d'altra banda ha de desenvolupar l'habilitat de ser sincer respecte a l'avaluació que se li demana d'ell mateix en tant que aquest exercici de reflexió el fa ser conscient a l'hora de poder acotar les seves competències. Per a Boud (1995), aquest tipus d'avaluació permet als estudiants ser conscients del que ha estat "una feina ben feta". A més, esdevé un factor de millora que contribueix a un aprofundiment dels aprenentatges associats (Race, 2003). Hi ha clars vincles en el fet que l'autoavaluació s'ocupa d'emetre anàlisis sobre aspectes d'assoliment on la vessant reflexiva queda implícita en tant que tot acte d'autoavaluació implica reflexió (Brew, 2003). Tanmateix, Boud (1995) argumenta que per tal que l'estudiant es pugui autoavaluar, cal una pràctica sistemàtica al respecte per jutjar la seva tasca i obtenir respostes sobre la capacitat al respecte. La utilització de la rúbrica que es presenta en aquesta tesi esdevé una facilitació guionitzada i sistematitzada al respecte.

En aquestes dues darreres metodologies d'avaluació (autoavaluació i coavaluació) rau la durabilitat de l'aprenentatge en el temps; de tota manera, avaluació formativa i aprenentatge, de fet, esdevenen una mateixa activitat en tant que aquest tipus d'avaluació acaba essent una part del procés d'aprenentatge. Val a dir també que aquestes dues metodologies acaben desenvolupant de manera gradual elements de gran importància com són: l'avaluació autònoma, l'autovaloració crítica, l'escolta activa, i la resposta als inputs juntament amb la capacitat d'avaluació d'acord a uns paràmetres de coherència (Brew, 2003).

### 4.4.4. Avaluació en l'ABP

L'avaluació de coneixements, però, es porta a terme amb proves de metodologia ABP que es realitza de manera completament individual i mitjançant tres fases. En la primera es dona a cada un dels alumnes el problema i un formulari d'avaluació que identifiqui quatre àrees de coneixement o temes rellevants tant a al problema subministrat com als objectius d'aprenentatge del mòdul. L'estudiant ha de descriure la justificació per a cada una de les àrees de coneixement i escollir-ne dos que seran la base del seu estudi en la

segona fase. En finalitzar la primera fase, d'una durada aproximada de dues hores, l'estudiant deixa una còpia del formulari d'avaluació que ha completat.

En la segona fase, que dura un parell de dies, s'espera que l'estudiant cerqui la informació i s'estudiïn les dues àrees o temes seleccionats en la primera fase. Es pot consultar qualsevol tipus de recurs d'aprenentatge. I, finalment, en la tercera fase, l'estudiant haurà de respondre, sense cap mena de consulta i de forma individual, a les preguntes que el docent haurà preparat tenint en compte els temes que l'alumne ha triat en la primera fase. La durada aproximada d'aquesta tercera fase és de dues hores.

L'objectiu final de qualsevol activitat avaluadora és la de mesurar els resultats finals producte d'un procés d'aprenentatge, incloent, doncs, tant els aspectes formatius com els sumatius. Cada universitat crea un protocol preestablert al respecte i a la Facultat de Medicina de la UdG es va escollir el procés descrit anteriorment.

En definitiva, però podrien concloure que l'avaluació a l'ABP és un procés constructiu que genera un conjunt d'activitats entorn una situació el resultat de les quals s'objectiven. En aquest procés participen tant els estudiants de forma individual i grupal, com els docents durant tot l'itinerari educatiu. La finalitat és fugir dels conceptes abstractes, prioritzant la concreció i l'aplicabilitat, imposant-se un procés d'aprenentatge que no aposta per mesurar la capacitat de memorització de la informació, sinó que ha de ser capaç d'avaluar, de manera continuada, la importància de la tasca feta i promoure l'adquisició d'habilitats per cercar informació, sintetitzar-la en hipòtesis possibles i comprovació d'aquestes hipòtesis, mitjançant l'adquisició d'informació addicional en un raonament hipotètic deductiu, raonament utilitzat constantment en la pràctica clínica diària professional.

#### **4.5. L'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals**

L'origen de l'escala cal cercar-lo en els autors Carlos Vecchi, Marta del Valle i Marcelo García Diéguez, quan van publicar l'obra «Evaluación de los estudiantes. Programa de medicina para la U.N.S. Planificación de una Carrera de Medicina basada en nuevos

paradigmas» (2004) i la corresponent modificació i adaptació portada a terme per Luis Branda per a la seva implementació primer als estudis de l'Escola d'Infermeria de la Vall d'Hebron (UAB), i posteriorment la seva adaptació als estudis de nova creació de la Facultat de Medicina de la UdG.

Ja en l'article original es parla del registre ordenat d'un grup de factors corresponents a: Responsabilitat, Comunicació, Habilitats d'Aprenentatge i Relacions Interpersonals.

L'escala desenvolupa una rúbrica que pretén avaluar aquestes quatre dimensions relacionades amb el professionalisme avaluades en el context de les tutories, corresponent, però en aquest cas al model implementat i adaptat als estudis de medicina.

Les quatre facetes avaluades avaluen conductes i comportaments de l'estudiant relacionades amb les accions observades, basades en evidències i per tant qualificables.

### 1. Habilitats d'aprenentatge

Aprendre implica l'adquisició d'estratègies i habilitats de pensament que puguin relacionar-se amb coneixements nous i previs per tal de construir un nou coneixement interrelacional aplicable a diferents àmbits.

L'autoaprenentatge és un procés evolutiu de l'ésser humà en què es desenvolupen una sèrie d'habilitats, de destreses i d'aptituds a fi d'optimitzar els estils propis d'adquisició de coneixements i de solució de problemes per tal de millorar contínuament la seva tasca creativa, crítica, reflexiva i lliure.

Els aspectes a observar i respecte els quals es basa l'avaluació de l'estudiant dins el marc de les tutories són els següents:

1.1 Demostració de l'habilitat d'identificació d'àrees d'aprenentatge rellevants als problemes

1.2 Utilització del coneixement previ per identificar àrees d'aprenentatge rellevants als problemes

1.3 Contribució en la preparació del pla d'estudi del grup de manera justificada

1.4 Demostració de comprensió de les àrees de coneixement identificades com a responsabilitat seva sempre, o bé puntualment especificant-ne les vegades

1.5 Elaboració d'una anàlisi crítica de la informació recollida

Val a dir que aquests aspectes descrits es despleguen de manera gradativa en subítems (Molt – Sovint – Gens) per definir un ventall que es converteix en una rúbrica, fet que repeteix en tota l'escala.

## 2. Comunicació

Serrano (2005), en la ponència Organitzada pel Col·legi Oficial de Metges de Barcelona titulada *La comunicació entre persones. Recomanacions en la comunicació metge pacient/familiars*, va assegurar que "la millor inversió en l'àmbit de la salut" que poden fer les institucions sanitàries és "la inversió en comunicació", i va afegir que "és hora que a les facultats de medicina es prengui la comunicació com cal".

Aquesta competència, doncs es troba present a la rúbrica i contempla un seguit de descriptors a observar:

2.1 Expressió amb claredat, precisió, sense redundàncies ni ambigüitats i la progressió d'aquest aspecte si cal

2.2 Expressió de comentaris aclaridors respecte les discussions produïdes entorn el grup

2.3 Participació en les discussions escoltant de forma activa, sense interrompre els companys

2.4 Expressió de comentaris rellevants respecte les discussions del grup

2.5 Elaboració de síntesis clares/confuses de la informació discutida

## 3. Responsabilitat

La paraula responsabilitat prové del llatí *responsum*, que és una forma llatina del verb respondre. Per això entenem que responsabilitat és l'habilitat de respondre. En el context tutorial és important l'observació de la qualitat de respondre pel que fa a aspectes comportamentals com ara:

3.1. Assistència a les tutories d'ABP, si ha justificat raonablement la inassistència.

3.2. Puntualitat durant les tutories, si ha justificat de manera raonada els casos en què no hagi estat puntual.

3.3. Responsabilitat dins el grup pel que fa a les cerques d'informació.

3.4. Presa d'accions per millorar en les febleses detectades pel tutor o companys, i el grau de millora.

3.5. Contribució a l'aprenentatge del grup amb nous coneixements.

#### 4. Relacions interpersonals

En tant que les accions que s'esdevenen dins la tutoria provoquen reaccions en els diferents components del grup, es treballen les relacions interpersonals des de la reflexió assertiva i empàtica, envers el possible efecte resultant de les verbalitzacions i fets sobre els altres companys. Es procura l'aprenentatge envers la cerca de l'equilibri respecte determinats aspectes a observar:

4.1 Capacitat d'ordenar una discussió tenint en compte allò que han expressat els companys.

4.2 Respecte que permeti defensar les posicions de l'estudiant sense ferir l'interlocutor fent crítica constructiva, sent respectuós amb companys i tutors.

4.3 Expressió de crítiques (si les fa de manera constructiva, desafiadora o provocativa i si això és un fet que es manté en el temps o no).

4.4 Comportament cooperatiu en tant que les seves accions i comentaris estan dirigides envers els objectius grupals.

4.5 Demostració de col·laboració envers la millora de l'aprenentatge dels seus companys.



### **Part III. METODOLOGIA I TREBALL DE CAMP**

## **CAPÍTOL 5. METODOLOGIA DE LA RECERCA I TREBALL DE CAMP**

### **5.1. Metodologia de la recerca**

#### **5.1.1. Enfocament i metodologia**

La recerca educativa ha estat desenvolupada al llarg de la història vinculada a perspectives metodològiques tan qualitatives com quantitatives; segons autors com Sandín (2003), aquest debat sobre les dues metodologies ha perdut força i la majoria d'autors se situen en una postura que opta per a la seva integració en tant que també per la seva complementarietat com és el cas de la tesi que aquí es presenta.

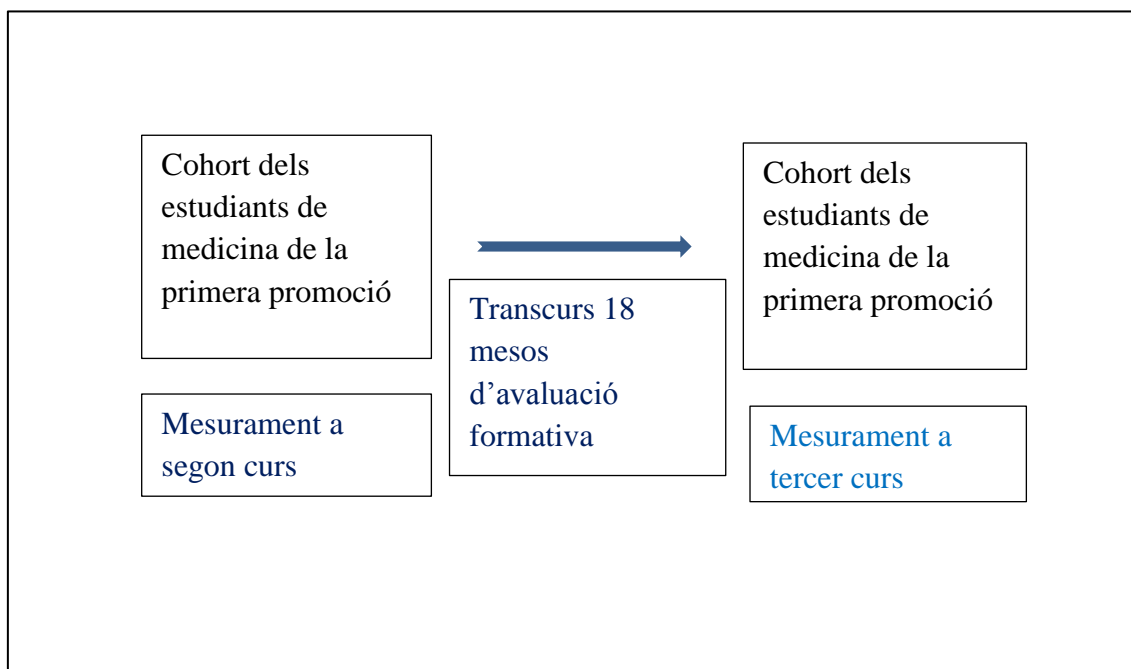
En aquest treball s'analitza l'evolució dels estudiants avaluats en professionalisme amb l'escala d'avaluació formativa utilitzada a les tutories d'ABP al grau de Medicina amb metodologia quantitativa. Ara bé, en tant que l'escala com ja s'ha fet referència en l'anterior capítol procedia de la Universitat de Bahía Blanca (Argentina), i la seva adaptació posterior per part de l'expert Luis Branda al nostre context, i ja que durant la seva implementació diferents docents van assenyalar com una de les possibles limitacions per a la utilització d'aquesta escala, la diferència tan cultural com idiosincràtica del seu origen, va semblar oportú portar a terme la seva anàlisi pel que fa a la seva pertinença contextual, no cercant una validació ecològica d'aquesta escala sinó una constatació respecte la pertinença de l'instrument. Fet pel qual es va emprar metodologia qualitativa utilitzant un grup de participants experts que ens oferís llum al respecte. En el nostre enfocament coexisteixen, doncs, ambdues metodologies d'una banda la qualitativa, utilitzada per establir la pertinença contextual de l'escala, i de l'altre la quantitativa per tal de determinar el comportament de l'escala i la validesa consegüent de la mateixa.

Val a dir que a la vida, i també en la recerca, sovint les preguntes, els interrogants i els plantejaments són fruit de la pràctica. És per això que, després d'implementar l'instrument, utilitzar-lo diàriament, reflexionar i debatre entorn dels seus efectes formatius, es va procedir a la seva anàlisi consegüent amb mesuraments inicials i posteriors per assegurar-nos de la qualitat pedagògica del procés. No obstant això, el qüestionament respecte la diferència d'escenaris pel que fa al seu entorn de creació i el

nostre seguia latent i és per això que, posteriorment a la seva validesa conseqüent, vam voler constatar l'adequació de l'eina al nostre medi, i no a la inversa. La utilització, doncs, de diferents tipus de metodologia a la qual es feia referència al inici per a cadascun dels objectius ve donada pel fet de la complementarietat que representa l'ús d'ambdós mètodes (qualitatiu i quantitatiu) en l'abordatge de la realitat a la qual pretén aproximar-se aquest treball, per tal d'abordar diferents objectius des d'un enfocament diferent per a cadascuna de les perspectives estudiades, oferint una mirada més àmplia i profunda i per tant amb un major ventall de matisos respecte la realitat estudiada. Sens dubte fent nostra la idea conceptual que fa Maturana (1995) respecte les aproximacions a la realitat utilitzant anàlisis qualitatiu, però sense refusar els quantitatius, ja que sovint és aquesta complementarietat de mètodes la que enriqueix els resultats finals.

Aquest tipus de combinació en la utilització de diferents metodologies esdevé una visió alternativa a la restricció que presenta únicament la utilització de la investigació quantitativa o investigació qualitativa per a realitats tangibles multidimensionals i polièdriques, que no poden reduir-se de manera tan senzilla, per tant cal cercar solucions pràctiques per a l'abordatge i aproximació a una realitat concreta d'una investigació concreta emprant nous camins que aportin un seguit de valors afegits en una actitud d'integració i alhora de complementarietat. Aquestes són les raons fonamentals que ens duen a un estudi no experimental. Segons Hernández, Fernández, i Baptista (1997) aquest tipus d'estudi implica el fet segons el qual l'investigador no construeix cap escenari, sinó que observa situacions existents on les variables independents ja s'han produït, i per tant l'investigador no en té cap control i no les pot manipular de cap manera en tant que ja s'han esdevingut, i igual que les seves conseqüències s'observen tal i com s'han produït en el seu medi natural. Per això el disseny serà de tipus observacional, longitudinal i retrospectiu. És a dir observacional en tant que l'investigador no intervé sinó que descriu la realitat, com ara en els estudis de cohorts, com és el cas d'aquest treball, en els quals una mateixa mostra sotmesa a una exposició és seguida en el temps per observar si desenvolupa un resultat concret. Longitudinal en tant que es desenvolupa en un període de temps definit treballant amb la mateixa mostra poblacional a l'inici i al final de l'estudi. Dins dels tipus d'estudis longitudinals, aquest estudi s'emmarca dins el subtipus d'anàlisi d'evolució de grups els

quals es caracteritzen per estudiar concretament canvis al llarg del temps en grups específics als quals es realitza un seguiment, els canvis detectats, però, mai són individuals sinó mesurats col·lectivament. Esquemàticament, es podria representar de la següent manera:



*Figura 3. Tipus de disseny longitudinal de cohorts d'aquesta tesi. Elaboració pròpia*

L'enfocament és retrospectiu ja que s'analitza en el temps present, però utilitzant dades del passat, és a dir, que l'inici de l'estudi és posterior als fets estudiats.

### **5.1.2. El cas d'estudi**

Alguns autors, com per exemple Stake (1988), consideren que un programa innovador pot ser considerat un cas en tant que tingui un funcionament complex i específic. El cas d'aquesta tesi, el canvi de model dut a terme per la Facultat de Medicina de la UdG en la seva implementació, em va comportar en tant que en aquells moments exercia no tan sols de docent al grau de medicina de la facultat, sinó de responsable d'organització a la Unitat d'Educació Mèdica, l'escenari propici, que, juntament amb la curiositat inherent

a tot procés de recerca, va afegir les condicions òptimes, d'una banda per la possibilitat d'investigar els efectes de l'avaluació formativa pel que fa a l'adquisició dels valors professionals entre els estudiants, però també la consciència de la repercussió dels resultats d'aquest tipus de recerca pel que fa a la presa de decisions pedagògiques fonamentades. Segurament en aquell moment van néixer les ganes de saber les conseqüències d'allò que estàvem implementant i vivint com a innovació i millora didàctica. Temps després, aquest cop a la Universitat de Barcelona al Departament de Didàctica i Organització Educativa, ara com a doctoranda, prenen forma i es definien els camins als interrogants presents en aquest treball, els camins: d'una banda analitzar la pertinença contextual de l'Escala d'Avaluació Formativa en Valors i Actituds Professionals (EAFVAP), i de l'altra d'estudiar el comportament de l'EAFVAP en dos moments diferents del grau en uns mateixos estudiants respecte els valors i actituds professionals. Sovint, com preconitza Stake (1988), el cas pot acabar convertint-se en un objectiu. En el nostre context així s'ha esdevingut i l'anàlisi de la pertinença contextual i la validesa consegüent de l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals (EAFVAP), l'estudi del comportament de l'EAFVAP en dos moments diferents del grau en el seguiment d'una cohort respecte els valors i actituds professionals són els dos objectius generals que determinen la nostra recerca, i que cal que siguin estudiats en profunditat per tal de poder assolir els màxims nivells de reflexió que ens aportin nous coneixements respecte el que és objecte d'estudi. Com que, en aquestes circumstàncies, el que preval és la concreció i particularitat d'aquest context, passaré a descriure acuradament la implementació d'aquest nou programa innovador implementat a la facultat el qual representava un revulsiu i alhora un canvi de paradigma per a tots: institució, docents i estudiants.

#### *5.1.2.1. La implementació de l'ABP a la Facultat de Medicina de la UdG*

La implementació d'aquesta metodologia va requerir una sèrie d'estratègies de planificació i gestió per part dels diferents agents implicats per tal de garantir l'èxit de l'aprenentatge de l'estudiant. Era necessari tenir presents una sèrie de recursos que s'havien de gestionar convenientment per a garantir la viabilitat del mètode: professorat motivat, figura d'un coordinador de mòdul, material docent i disseny d'horaris

específics, reconversió dels espais de l'aulari, constitució d'una Unitat d'Educació Mèdica i vincles d'assessorament pedagògic específics, entre d'altres.

Val a dir que, des de feia temps, s'evidenciava que les estratègies metodològiques emprades en la docència de la medicina havien de patir canvis. Els baixos nivells de motivació, de desenvolupament del pensament crític, la capacitat per connectar els conceptes amb les aplicacions pràctiques, la fita d'adquirir aprenentatges significatius, a més de la poca oportunitat de fomentar el desenvolupament de determinades habilitats relacionades amb el professionalisme, eren problemes associats directament amb el model de classe tradicional.

Les classes expositives tradicionals no proporcionen el marc adequat per estimular les habilitats del pensament crític. Atesa la naturalesa de les preguntes típiques de les proves i els problemes dels llibres de text, els estudiants són immediata i històricament entrenats dins d'un automatisme de pensament algorítmic, cercant lleis i fórmules que s'apliquen cegament per obtenir la resposta correcta.

Cal entendre l'educació com una disciplina en canvi constant que cal adequar a factors dependents de les transformacions socials i als desenvolupaments biomèdic i bioètic a les ciències de la salut. La creació d'una nova facultat de medicina a la ciutat de Girona va ser tota una oportunitat per a l'adequació dels estudis de medicina als nous temps. Aquesta oportunitat d'implementació naixia amb un seguit de canvis respecte als estudis clàssics, nous canvis conceptuals, estructurals, metodològics n'impregnaven la memòria.

L'opció metodològica escollida pel valor afegit i el gir copernicà que aportava i la coherència amb el perfil professional definit per la memòria de creació de la Facultat (Universitat de Girona, 2007; p. 31) i també amb l'objectiu del pla d'estudis consistent en: "preparar professionals competents per la medicina del segle XXI, cercant en el metge l'excel·lència, competència en l'atenció dels problemes de salut, flexible i adaptable als canvis, col·laborador, gestor i defensor de l'estat de salut de la comunitat i amb unes bases sòlides per a una formació especialitzada i en recerca", van fer que la metodologia didàctica escollida fos l'ABP, en tant que la opció aportava un seguit de raons de pes per a ser adoptada.

D'una banda l'estructuració fragmentària en assignatures sense integració no resultava una opció convincent pels estudis de medicina en tant que desvirtuava el fet de veure el futur pacient d'una manera holística (Branda, 2004). De l'altra l'opció de l'ABP implicava ensenyar a aprendre als estudiants i metges en formació, en un nou context del qual sorgien algunes directrius que canviaven el rumb i marcaven les idees de canvi en tant que:

- L'ABP centra el procés d'ensenyament en l'alumne i no en el docent.
- S'adquireixen criteris de validesa i fiabilitat per a l'ús eficaç de la bibliografia científica, selecció correcta de consulta i aplicació de regles formals d'evidència científica en la presa de decisions.
- Integra de les ciències bàsiques i les clíniques en lloc de l'opció curricular basat en assignatures independents i aïllades.
- Utilitza de pacients estandarditzats, tant pel que fa a la instrucció com en l'avaluació en lloc de l'aprenentatge aleatori i l'avaluació escrita.
- Afavoreix el desenvolupament i valoració de l'aprenentatge mitjançant avaluacions objectives i estructurades de la competència clínica i els valors inherents a la professió.

D'altres motius de pes per la utilització de la metodologia era que permetien un aprenentatge més significatiu per un seguit de raons pràctiques:

- Es parteix d'una situació propera a la realitat de la professió, fet que esdevé un repte pels estudiants, posant-los en situació i estimulants-los.
- No es dona tota la informació d'entrada i són els mateixos estudiants els quals han de cercar activament, compartir, entendre, estudiar i no ser mers objectes passius d'una informació donada.
- Els problemes estimulen el treball en equip, col·laborant amb els companys del grup fet que permet la oportunitat de compartir informació, exposar hipòtesis, opinar i buscar solucions.
- En tant que és una metodologia fonamentada en el constructivisme, els permet d'interrelacionar coneixements nous amb coneixements adquirits i aquest procés afavoreix la comprensió i també la memòria.

Per tant la metodologia assegurava un desenvolupament holístic també de l'estudiant, al qual facilitava una bona retroalimentació del seu propi procés d'aprenentatge, per tal d'arribar a elaborar les seves pròpies categories intel·lectuals.

El pla d'estudis resultant del procés de disseny curricular va quedar establert de la següent manera:

*Taula 1. Planificació dels estudis de medicina a la UdG, fitxa global. (Universitat de Girona, 2007: p 32)*

<b>Mòduls</b>	<b>Nom</b>	<b>Tipus</b>	<b>Any</b>	<b>ECTS</b>
1	Morfologia, estructura i funció del cos humà 1	obligatori	1	15
2	Morfologia, estructura i funció del cos humà 2	obligatori	1	15
3	Morfologia, estructura i funció del cos humà 3	obligatori	1	15
4	Maneig informació. Organització Sanitària	obligatori	1	10
5		Reconeix A	1	5
6	Morfologia, estructura i funció del cos humà 4	obligatori	2	10
7	Morfologia, estructura i funció del cos humà 5	obligatori	2	12
8	Procediments diagnòstics i terapèutics 1	obligatori	2	18
9	Procediments diagnòstics i terapèutics 2	obligatori	2	15
10		optatiu	2	5
11	Anàlisi crític i investigació. Medicina preventiva	obligatori	3	10
12	Procediments diagnòstics i terapèutics 3	obligatori	3	15
13	Procediments diagnòstics i terapèutics 4	obligatori	3	15
14	Patologia Humana 1	obligatori	3	15
15		optatiu	3	5
16	Patologia Humana 2	obligatori	4	20
17	Patologia Humana 3	obligatori	4	20
18	Patologia Humana 4	obligatori	4	15
19		optatiu	4	5
20	Patologia Humana 5	optatiu	5	20
21	Patologia Humana 6	obligatori	5	20
22	Patologia Humana 7	obligatori	5	15
23		optatiu	5	5
24	Patologia Humana 8	obligatori	6	10
25	Patologia Humana 9	obligatori	6	10
26	Patologia Humana 10	obligatori	6	10
27	Comunicació, valoració i gestió	obligatori	6	10
28	Treball fi de carrera	obligatori	6	15
29		optatiu	6	5



La implementació de l'ABP a la facultat va exigir així mateix, una planificació de la docència centrada en l'estudiant, organitzada en grups petits (10 alumnes) amb un tutor encarregat d'oferir suport en l'aprenentatge dels alumnes. Un cop plantejat el problema o cas clínic, els estudiants n'extreuen els objectius d'aprenentatge en la mateixa sessió d'una durada aproximada de dues hores. Posteriorment, individualment o en equip cerquen els recursos i continguts necessaris per a respondre als objectius d'aprenentatge. La resolució del cas es porta a terme 2-3 dies després i consisteix en la posada en comú del que el grup ha treballat respecte als objectius. El tutor, treballant amb la resta de l'equip docent, ha hagut de dissenyar prèviament un cas o problema que focalitzi de manera precisa cap a l'obtenció dels objectius d'aprenentatge necessaris del mòdul. Durant el desenvolupament de l'ABP el tutor només guia i resol dubtes. No fa exposició de coneixements que els estudiants necessàriament han d'obtenir mitjançant el seu treball.

La ruta que es pretén que segueixin els estudiants durant el desenvolupament de les sessions d'ABP es caracteritza per les següents fases plantejades com un seguit d'oportunitats pel que fa al treball tutorial:

1. Llegir i analitzar l'escenari que ha dibuixat el tutor del problema el qual contempla un cas amb aspectes mèdics, però no només mèdics sinó també ètics cercant que l'alumne verifiqui la comprensió del cas mitjançant la discussió d'aquest dintre del seu grup; això comportarà la reflexió i avaluació de comportaments adequats, a les situacions plantejades no només biomèdiques sinó comportamentals per exemple respecte fets més propers al pacient, del respecte a les seves decisions malgrat la no entesa d'aquestes, de saber fer l'acompanyament precís...
2. Realitzar una pluja d'idees on els estudiants elaboren teories i hipòtesis sobre les causes del problema i la seva possible solució. Cal fer una llista de les hipòtesis per acceptar o refusar segons s'avanci en la investigació, també sobre aquells aspectes no mèdics, però influents en l'estat del malalt.
3. Fer un llistat d'allò que el grup coneix relatiu al cas o situació plantejada valorant el cas no com l'apendicectomia de l'habitació 305, sinó com la persona que necessita de les nostres atencions i sobre la que cal contemplar tota l'esfera en la seva integritat.

4. Fer un llistat d'allò que es desconeix i que l'equip creu que li cal saber per a resoldre el cas. Existeixen molts tipus de preguntes que poden adequar-se al respecte, algunes relacionades amb conceptes que cal estudiar o repassar per a resoldre la situació. També és important el com preguntem al nostre equip de companys, al pacient, cal que l'estudiant valori el moment i moduli el *com* en base al moment i les circumstàncies.
5. Fer un llistat d'allò que es necessiti fer per a resoldre el problema planejant estratègies d'investigació elaborant un seguit d'accions que cal realitzar. En els diferents aspectes no només referents a la tècnica biomèdica sinó en allò que envolta la persona.
6. Definir el problema especificant allò que es vol resoldre, produir, respondre, provar o demostrar.
7. Obtenir informació, cercant, organitzant, analitzant i interpretant la informació de diverses fonts de les diferents esferes del pacient que tenim davant.
8. Presentar resultats on l'equip exposarà en forma de treball o de presentació allò inherent en relació a la solució del problema en cadascun dels seus vessants psicològic, biològic i social.

#### 5.1.2.1.1. Estratègies de planificació i gestió per a la implementació del nou model

Per tal que la implementació de la metodologia fos exitosa, a la facultat es va crear un substrat adient pel que fa a estratègies de planificació i gestió les quals contemplaven:

- a) Selecció de professorat motivat, obert als canvis i prèviament format en educació docent en estudis superiors.
- b) Disminució de les classes presencials, per reforçar l'autoaprenentatge, i de les classes expositives, que es redueixen a poques, però ben escollides, classes magistrals.
- c) Integar els programes educacionals.
- d) Utilització de la llengua anglesa en tots els mòduls optatius per tal de formar un professional capaç de relacionar-se amb la llengua de la ciència.

- e) Facilitar la figura d'un coordinador de mòdul que sincronitzés espais de reunió amb la resta de professorat del mòdul per tal de coordinar aspectes organitzatius.
- f) Elaboració de material docent que cal modificar curs a curs: dossiers, guies docents, casos clínics, llibres de les unitats didàctiques, entre d'altres.
- g) Inclusió dins el creditatge docent del temps suficient per al professorat per a la preparació de materials docents, problemes o casos i llurs correccions, així com espais d'atenció individualitzada com ara les tutories.
- h) Disseny d'uns horaris que permetin a l'alumne les hores d'estudi, de cerca, lectura i reflexió, així com les reunions amb altres companys del grup i per tant les tasques grupals i individuals que hi ha previstes dins el projecte.
- i) Reconversió dels espais de l'aulari en d'altres de més reduïts.
- j) Concreció dels recursos materials des d'un inici per a la impartició de la metodologia: *webcams*, material audiovisual, carros multimèdia, ordinadors com a instrument de treball personal...
- k) Plataformes virtuals que permetin la no presencialitat o la semipresencialitat de l'alumne.
- l) Constitució d'una Unitat d'Educació Mèdica (UEM) per tal de:
  - Planificar, organitzar i coordinar el desplegament del pla d'estudis.
  - Organitzar els grups corresponents a les diferents unitats d'aprenentatge i coordinar el seu treball.
  - Coordinar la creació i edició dels corresponents manuals de cada unitat
  - Fer el seguiment de la qualitat de la docència.
  - Coordinar i formar malalts entrenats per l'Avaluació Clínica Objectiva i Estructurada (ACOE)<sup>7</sup>.
  - Assistència pedagògica específica al professorat per la implantació i adaptació coherent en el model d'ABP.
  - Coordinar i fer el seguiment de la correcta aplicació dels criteris d'avaluació modular descrits, així com dels blocs i de les avaluacions integrades.

---

<sup>7</sup>Les ACOE són un format d'avaluació que incorpora diferents instruments avaluadors i es desenvolupa al llarg d'estacions successives que simulen situacions clíniques. La potencia d'aquest format radica en el fet que es capaç d'explorar tres dels quatre nivells de la piràmide de Miller: saber, saber com i demostrar com.

- Revisar anualment el desenvolupament dels estudis i objectius d'aprenentatge, d'acord amb les avaluacions realitzades.
  - Proposar a la Comissió de Govern de la Facultat la modificació del pla d'estudis.
  - Coordinar des de la Facultat totes les accions encaminades a difondre interna i externament el pla d'estudis, el seu desenvolupament i els resultats.
- m) Planificació del control qualitatiu mitjançant enquestes específiques de mòdul i tutor que permetin detectar possibles problemes i establir processos de millora futurs.

#### 5.1.2.1.2. Formació dels tutors facilitadors

Per a que els tutors siguin conscients dels seus rols, estils i competències cal una formació prèvia de capacitació en el rol del tutor, és per això que a la Facultat de Medicina de la UdG la Unitat d'Educació Mèdica amb Luis Branda com a formador expert de formadors, inicià per a tot el professorat uns cursos de capacitació de tutors, la formació constava d'un circuit de tres cursos corresponents a :

- Introducció de l'ABP
- ABP: el rol del tutor
- Curs d'avaluació en ABP

Calia fer doncs una immersió dels docents en la metodologia de l'ABP on aquests coneguessin el mètode, les avantatges, els nous rols, les competències del tutor o les noves maneres d'avaluar i a més poder organitzar la planificació docent, la confecció del disseny docent i tot el suport de documents: objectius d'aprenentatge, problemes, i programació. No obstant, hi hagueren a més d'altres sessions informals on els tutors de manera grupal o individual expressaven els seus dubtes, debats interns o suggeriments en tant que tots provenien d'un històric amb uns llasts del passat que creaven angoixes als docents com ara la quantitat de matèria que no s'impartia, el no poder donar la informació que l'estudiant havia de buscar o les esperes en els tempos que la metodologia comporta. Aquestes sessions foren útils en tant que la utilització del nou mètode plantejat exigeix una formació, però alhora també un cert oblit del que estem acostumats. Font (2004) ho expressa de la següent manera: "el rol del docent rau a

actuar sols de catalitzador i res més” (p. 89). Afegiria, en tant que la responsabilitat dels aprenentatges rau en l’estudiant.

#### 5.1.2.1.3. Informació del nou model als discents

En aquest canvi de mentalitat que docents i discents necessiten per a l’adopció d’aquest nou escenari que comporta la metodologia, la UEM va dur a terme a cada inici de curs unes sessions informatives per tal de què els estudiants estiguessin informats de quina era la participació més adequada i allò esperable en el seu nou rol dintre la tutoria amb la nova estratègia de l’ABP. Segons Garcia–Diéguez i Durante ( 2004) els elements que condicionen una participació profitosa de l’estudiant són:

- Respectar les normes de treball grupal
- Conèixer quin és el seu rol
- Contribuir en la dinàmica grupal
- Generar preguntes interessants i que motivin
- Ser un estudiant actiu
- Oferir devolucions constructives i profitoses per qui les reb
- Controlar el seu progrés
- Esforçar-se pel guany de l’aprenentatge grupal
- Utilitzar el pensament crític
- Conèixer el rol del tutor
- Ser un aprenent col·laboratiu
- Mantenir una ment oberta al canvi en buscar millores grupals

De manera paral·lela i de caire informatiu, es va elaborar també una videografia il·lustrativa titulada “Espiant una tutoria d’ABP” la qual mostrava una tutoria d’ABP i el seu desenvolupament a fi i efecte d’assabentar als futurs estudiants de la metodologia amb la qual es treballava a la Facultat de Medicina de la UDG. La videografia oferia una àmplia informació prèvia a la matrícula per tant sobre la metodologia utilitzada per la facultat i de les exigències que comporta, tant de presencialitat com de treball personal, d’autogestió dels aprenentatges i del sistema d’avaluació. Aquest document

audiovisual va ser elaborat per la UEM i va ser penjat a la pàgina web (Universitat de Girona, 2012) Disponible a: [www.udg/fm/UnitatEducacioMèdica/Info](http://www.udg/fm/UnitatEducacioMèdica/Info)

### 5.1.3. Criteris de rigor i qualitat

Seguint els criteris regulatius i metodològics per a la recerca social (Del Rincón *et al.*, 1995) en l'adaptació que fan de la proposta de Lincoln i Guba (1985, p.290), tot rigor metodològic cal que sigui considerat des de quatre criteris reguladors: veracitat, aplicabilitat, consistència i neutralitat.

- El criteri de veracitat, en tant que l'estudi que aquí presentem és un estudi no experimental, descriptiu, i per tant no ha existit cap manipulació de variables conseqüentment no ha fet falta cap control d'aquestes.
- Respecte el criteri d'aplicabilitat, un cop descrita la mostra, qualsevol institució amb una població similar, aquesta pot valorar les possibilitats de transferència.

Amb l'alfa de Cronbach s'ha argumentat la consistència interna.

- Per tal de garantir la neutralitat de l'estudi es van utilitzar diferents estratègies que assegurassin l'exclusió de possibles biaixos; per exemple als informants experts mai se'ls va passar l'escala d'avaluació formativa<sup>8</sup> i, dins els criteris d'inclusió en la recerca qualitativa, es va establir el fet que cap dels informants experts del panel fossin de la institució en la qual es portava a terme la recerca, és a dir de la UdG.

---

<sup>8</sup> Als experts se'ls va passar un qüestionari en el qual es recollien de manera indirecta les dimensions de l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals (veure Annex 2)

#### 5.1.4. Disseny de la investigació

En el següent esquema es mostra sinòpticament el disseny de la investigació que a continuació es detalla i els objectius vinculats a les diferents accions i tasques:

Taula 2. Disseny de la investigació: Objectius, Accions i Tasques

Objectius	Accions	Tasques
1. Analitzar la pertinença contextual de l'EAFVAP utilitzada amb els estudiants de grau de la Facultat de Medicina de la UdG.	<b><u>Anàlisi de la pertinença contextual</u></b> Metodologia qualitativa	1. Identificació i reclutament informants experts 2. Preparació dels qüestionaris i material 3. Realització entrevistes als experts 4. Processament del corpus 5. Anàlisi de continguts 6. Redacció de resultats i conclusions
2. Estudiar el desenvolupament del professionalisme mitjançant l'ABP	<b><u>Estudi de l'evolució dels alumnes</u></b> de la Facultat de Medicina de la UdG avaluats en valors i actituds professionals amb l'EAFVAP. Metodologia quantitativa	1. Identificació de la cohort a estudiar 2. Sol·licitud de les dades 3. Processament de la base de dades 4. Anàlisi estadística 5. Redacció de resultats i conclusions

##### 5.1.4.1. Anàlisi de la pertinença contextual

L'anàlisi de la pertinença contextual de l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals (EAFVAP), estava previst realitzar-lo mitjançant un panel d'experts (Mateo i Martínez-Olmo, 2008; Muñiz, 1998). Per aquest tipus d'estudi és necessària la opinió de subjectes experts, en el que s'anomena mostra d'experts essent corrent aquesta tipologia mostral no probabilística en estudis de tipus qualitatiu, quan el que es pretén és generar opinió per exemple en el disseny de qüestionaris com és el cas aquí presentat (Hernández *et al.*, 1997).

##### 5.1.4.2. Estratègies de recollida de la informació

Es va preveure mitjançant l'administració individual d'un qüestionari estructurat amb preguntes obertes a mode d'entrevista individual en format escrit en el qual les

preguntes recullen totes les dimensions de l'EAFVAP utilitzada amb els estudiants de grau de la Facultat de Medicina de la UdG (Annex 2). El qüestionari era el següent:

1. Quins creus que haurien de ser els valors i actituds d'un professional de la medicina?
2. Si ets partidari de la formació i avaluació d'aquests valors i actituds durant els estudis de grau, explica'n el perquè.
3. Si creus que aquests valors, actituds i comportaments cal que estiguin avaluats durant els estudis de grau, argumenta-ho.
4. Si creus que la comunicació cal que sigui treballada i avaluada durant els estudis de grau en medicina, especifica en quins aspectes.
5. Si creus que la responsabilitat cal que sigui treballada i avaluada durant els estudis de grau en medicina, especifica en quins aspectes.
6. Si creus que les habilitats referents a les relacions personals cal que siguin treballades i avaluades durant els estudis de grau en medicina, especifica en quins aspectes
7. Si creus que les habilitats d'aprenentatge cal que siguin treballades i avaluades durant els estudis de grau en medicina, especifica en quins aspectes

*Figura 4. Qüestionari passat als informants experts*

El focus són les percepcions i significats del grup de participants experts respecte del professionalisme, focalitzat en les categories d'interès establertes a l'EAFVAP de l'estudiant de grau de Medicina durant les sessions d'ABP. Per experts s'entén aquells que per la seva condició professional i temps d'experiència en la mateixa, saben sobre la matèria a tractar (Pérez, 2006).

#### *5.1.4.3. Subjectes participants: Informants experts*

Per establir la mostra d'informants experts es van fixar prèviament uns criteris determinats:

- a) Expertesa temàtica (educació mèdica)
- b) Pertinença a una institució mèdic-docent
- c) Experiència assistencial i docent



d) Aliens a la institució on va ser creada o utilitzada l'escala d'avaluació

D'acord amb l'estricta compliment d'aquests estàndards es va elaborar un llistat de set professionals que participarien en l'estudi.

#### *5.1.4.4. Tècniques d'anàlisi de la informació*

Com hem vist en el capítol anterior, l'escala d'avaluació formativa que es procediria a analitzar consta de vint ítems que abasten diferents valors i actituds, els quals s'agrupen entorn de quatre dimensions diferents: les habilitats d'aprenentatge, la responsabilitat, la comunicació i les relacions interpersonals. L'anàlisi va tenir un enfocament qualitatiu. Es procedí a realitzar un procés de comparació entre les categories i dimensions de l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals, i les respostes dels participants experts, mitjançant paraules clau amb la finalitat d'observar similituds i diferències per tal de evidenciar la seva pertinença contextual.

#### **5.1.5. Estudi de l'evolució dels alumnes avaluats amb l'EAFVAP**

Per estudiar el comportament de l'EAFVAP en dos moments diferents del grau en un mateix grup d'estudiants, es va dur a terme l'anàlisi de l'evolució dels estudiants respecte valors i actituds mitjançant un disseny observacional, longitudinal i retrospectiu.

La substantivació de la validesa consegüent es va articular en la pròpia escala descrita al capítol 4 i es va realitzar una anàlisi estadística per quantificar-la.

##### *5.1.5.1. Estratègies de recollida de la informació*

La recollida de la informació es realitzà utilitzant la pròpia escala. Pel que fa al disseny de la recollida aquesta va venir predeterminada per la pròpia metodologia de l'ABP, en la qual l'avaluació de les sessions d'ABP es porta a terme, tal i com s'especifica al

capítol 3 d'aquesta tesi, de diferents maneres, i seguint un protocol definit i clarament estructurat el qual consisteix en:

- 1) Avaluació per part del tutor
- 2) Coavaluació
- 3) Autoavaluació

L'avaluació realitzada pel tutor facilitador és la visió des del punt de vista extern a l'estudiant, basada en les observacions degudament registrades i sistematitzades del tutor respecte cadascun dels estudiants que formen part del grup d'ABP.

L'avaluació per part del company o coavaluació és la que fa un alumne als seus companys de grup i, a la inversa, de manera recíproca en base a característiques i nivell de desenvolupament, prèviament acordat amb els estàndards definits pel tutor i la mateixa institució. En tant que l'escala d'avaluació formativa es coneix des d'un inici, l'avaluació és entre estudiants, doncs, ja que hi ha coses que tan sols poden ser valorades per altres membres del grup com, per exemple, l'aportació d'un determinat article que ha ajudat en la comprensió d'una part del problema. A més, la seva importància rau en el fet que els estudiants aprenen a expressar les seves valoracions de manera assertiva i constructiva, efecte enriquidor per aquells estudiants que la reben, en tant que aquest feedback entre iguals alimenta la millora continuada.

L'autoavaluació és la que fa l'estudiant de sí mateix, en tant que hi ha coses que tan sols ell sap i no són observables per part del grup, i ha de desenvolupar l'habilitat de ser honest respecte a l'avaluació que se li demana de la seva persona en tant que aquest exercici de reflexió el fa ser conscient a l'hora de poder acotar les seves competències i limitacions.

#### *5.1.5.2. Subjectes participants*

Es va preveure que setze tutors facilitadors (vuit corresponents a cada mòdul) desenvolupessin les avaluacions en 16 grups diferents de tutoria d'ABP (vuit per

mòdul) amb 10 estudiants cada un. Aquesta avaluació es portaria a terme a la darrera tutoria d'ABP del mòdul.

*Taula 3. Representativa dels subjectes participants. Elaboració pròpia*

<b>Tutors</b>	<b>Grups</b>								<b>Estudiants</b>	<b>Mòduls</b>
8 tutors	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	80	Morfologia, estructura i funció del cos humà 4
8 tutors	G9	G10	G11	G12	G13	G14	G15	G16	79	Patologia Humana 1
<b>Total 16 tutors</b>	<b>Total 16 grups</b>								<b>Total mostra 79</b>	

#### *5.1.5.3. Tècniques d'anàlisi de la informació*

Es van calcular, doncs, els índexs descriptius (mitjana, mediana, desviació típica, valors mínim i màxim i rang) dels dos mòduls. Es van determinar tant globalment com en funció de les quatre dimensions avaluades (habilitats d'aprenentatge, responsabilitat, comunicació i relacions interpersonals).

Com a prova de contrast per confirmar l'ajust de les distribucions de puntuacions a la corba normal es va aplicar la prova de Kolmogorov-Smirnov amb la correcció de Lilliefors.

La prova no paramètrica de Wilcoxon per a dades aparellades (aplicada quan les distribucions no compleixen els supòsits paramètrics) s'utilitzà per a comparar les puntuacions globals i per dimensions dels dos mòduls.

Amb la finalitat d'analitzar la correlació entre dos mòduls d'avaluació, es va calcular el coeficient de correlació de Spearman.

Per calcular si hi havia diferències en la puntuació total en funció del sexe s'utilitza la prova no paramètrica U de Mann-Whitney.

En totes les anàlisis de contrast es va fer servir un nivell de significació igual a 0,05 (nivell de confiança del 95%).

Així mateix, es va calcular l'alfa de Cronbach per a la fiabilitat i consistència interna de l'escala.

## 5.2. Treball de camp

### 5.2.1. Anàlisi sobre la pertinença contextual

El treball de camp es va efectuar entre el 28 de juny i el 13 de setembre del 2012. Els participants experts van ser informats de les finalitats de la recerca i del no anonimament de les respostes generades. El qüestionari va ser administrat propositivament a una mostra de participants experts.

L'elecció dels experts és important en tant que asseguri una alta qualitat pel que fa als resultats. Cal tenir en compte que l'educació mèdica és una disciplina relativament nova i per aquest motiu en aquest cas l'elecció va ser de 7 informants experts seguint els criteris anteriorment descrits. Aquests foren els següents:

- Miquel Vilardell porta quaranta anys treballant en la sanitat pública. És cap del servei de medicina interna de l'Hospital Vall d'Hebron, catedràtic de la Universitat Autònoma de Barcelona i president del Col·legi de Metges de Barcelona.

- Albert Oriol. Llicenciat en Medicina (1956) i Doctor en Medicina (1961) per la Universitat de Barcelona. Catedràtic d'Endocrinologia Experimental (1971) de la Facultat de Medicina de la Universitat Complutense i de Fisiologia (1987) de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona. Degà de la Facultat de Medicina de la Universitat Complutense (1976-1982). Director general del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya (1982-2004). Director del "Institut d'Estudis de la

Salut". Ha estat president de la *Sociedad Española de Ciencias Fisiológicas* i de la *Endocrinología*. la Association of Medical Deans of Europe (AMDE) i la *Association of Medical Education of Europe* (AMME). President de la Fundació Educació Mèdica.

- Lee Randol Barker. És professor a la Facultat de Medicina de la Universitat Johns Hopkins de Baltimore, als Estats Units, i ha treballat durant més de trenta anys en la formació de residents a l'Hospital de Bayview. Es un dels editors fundadors del llibre de referència per a metges internistes, de família i generalistes, *Principles of Ambulatory Medicine*.

- Albert Jovell. Va ser director general de la Fundació Biblioteca Josep Laporte, centre de gestió del coneixement en ciències de la salut i de la vida, president del Fòrum Espanyol de Pacients i Director de la Universitat dels Pacients. Director del Programa de Modernització i Confiança dels Sistemes Sanitaris. Així mateix va ser vocal del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, acadèmic corresponent de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, i membre del Comitè d'Ètica de la *School of Public Health* de la Universitat de Harvard, del Comitè Executiu de la *International Society for Technology Assessment in Health Care* (1996-99) i del Comitè Executiu de la *Guidelines International Network* (2002-2003).

- Ciril Rozman. Ha estat catedràtic de Patologia Mèdica a les universitats de Salamanca (1967) i Barcelona (1969) i s'ha especialitzat en hematologia. Ha dirigit l'Escola d'Hematologia Farreras Valentí i la revista *Medicina Clínica*. És professor emèrit de la Universitat de Barcelona. La seva obra *Medicina Interna* Farreras-Rozman és un referent en medicina interna.

- Maria Nolla. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) el 1982. Directora de la Unitat d'Educació Mèdica de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona des de 2007. Membre fundador del Patronat de la Fundació Educació Mèdica des de 2003. Vicesecretària de la *Sociedad Española de Educación Médica* des de 2002. Directora de programes de la Fundació

Doctor Robert de la Universitat Autònoma de Barcelona des de 2000. Secretària del Comitè de Redacció de la revista científica Educació Mèdica Internacional des de 1998.

- Jordi Palés. Llicenciat en Medicina per la Universitat de Barcelona (1974). Doctor en Medicina per la Universitat de Barcelona (1978). Catedràtic de Fisiologia de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Vicepresident de l'Associació Catalana d'Educació Mèdica (1995-1996). President de la *Sociedad Española de Educación Médica* des de 2001. Membre del Comitè Executiu de l'AMEE (*Association for Medical Education in Europe*) des de 2007. Director adjunt de la revista FEM. Director Acadèmic del Màster Interuniversitari d'Educació Mèdica (PIPEM 2007-2009).

Durant el treball de camp es van generar un total de 7 qüestionaris. L'anàlisi es va efectuar sobre l'escala corresponent de vint ítems generada a partir de la tasca consensuada de l'equip docent de la facultat en aquell moment (vegeu Annex 1.a)

#### *5.2.1.1. Anàlisi de la informació*

Un cop completats aquests qüestionaris per part dels informants esmentats tota la informació generada va ser digitalitzada en un corpus únic posat a disposició de revisors, tots ells personal docent i investigador de la Facultat de Medicina de la UdG. Aquests revisors i jo mateixa procedirem a dur a terme les correspondències entre les respostes dels experts i els ítems de l'escala, mitjançant la codificació de paraules clau, equivalents a les dimensions de l'EAFVAP, i paraules clau equivalents a les subdimensions de l'escala objecte d'estudi com a pas previ per tal de relacionar les respostes dels experts amb les categories definides i donar visibilitat a les aportacions d'aquests, fet que permet percebre d'una banda els elements conceptualment coincidents etiquetats com a subdimensions, i de l'altra elements de millora no etiquetats, ni tampoc identificats a l'escala.

Taula 4. Paraules clau identificades pels experts en relació amb els ítems classificats a les quatre dimensions de l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals

Habilidades de aprendizaje	Comunicación	Responsabilidad	Relaciones interpersonales
<b>Identificación áreas de aprendizaje</b>	<b>Expresión clara y precisa</b>	<b>Asistencia a las sesiones</b>	<b>Contribución a ordenar la discusión</b>
Metodología de autoaprendizaje	Información comprensible	Asistencia	Liderazgo
Adquisición de conocimientos	Necesidades de comunicación		Altruismo
Adquisición de competencias	Fluidez	<b>Puntualidad</b>	
Reflexión sobre situaciones específicas	Saber cómo expresarse	Puntualidad	<b>Respeto</b>
			Respeto
<b>Uso de conocimiento previo</b>	<b>Contribución a la claridad</b>	<b>Búsqueda de las áreas de conocimiento</b>	No tener perjuicios
Conocimiento científico suficiente	Nm <sup>9</sup>	Utilización de tiempo	Valoración de las ideas de los demás
		Responsabilidad individual y social	Tacto
<b>Preparación de un plan de trabajo</b>	<b>Escucha activa</b>	Hacia la profesión, la sociedad y uno mismo	Respeto por autonomía y dignidad del paciente
Nm	Aprender a escuchar	Servicio a los ciudadanos	Respeto de las diferencias
	Comunicación entre colegas	Responsabilidad social	
<b>Comprensión de las áreas de conocimiento</b>	Identificación de elementos de comunicación		<b>Críticas constructivas</b>
Nm		<b>Corrección de debilidades</b>	Nm
	<b>Comentarios relevantes</b>	Esfuerzo	
<b>Análisis crítico</b>	Nm	Honestidad	<b>Comportamiento cooperativo</b>
Análisis crítico		Aceptación de críticas externas	Adaptabilidad
Búsqueda de la verdad	<b>Síntesis de la información</b>	Mejorará la competencia	Compañerismo
Ser crítico	Puesta en común		Flexibilidad
Habilidad de analizar	Habilidades comunicativas para enseñar	<b>Contribución al aprendizaje del grupo</b>	
		Nm	<b>Comportamiento colaborativo</b>
			Solidaridad
			Empatía
			Negociación entre adultos y autonomía
			Empático
			Altruismo
			Disponibilidad
			Actitud compasiva
			Altruismo
<b>Otras sugerencias</b>	<b>Otras sugerencias</b>	<b>Otras sugerencias</b>	<b>Otras sugerencias</b>
Autonomía	Comunicación doctor-paciente	Capacidad de hacer seguimiento	Relaciones emocionales saludables
Razonamiento clínico	Lenguaje no verbal apropiado		
Ser independiente			

<sup>9</sup> Nm: No mencionado

qüestionaris d'experts amb certs elements concrets presents en la l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals, i es van poder identificar alguns altres criteris que no estaven inclosos en l'EAFVAP i que podrien millorar la seva validesa. Tal i com s'evidencia en la taula anterior.

Una dificultat afegida durant l'elaboració d'aquest treball de recerca ha estat la mort prematura d'un dels participants experts, el Dr. Albert Jovell. Pèrdua inestimable tant per la comunitat de pacients als quals ell va dedicar la vida, com pel col·lectiu mèdic al qual pertanyia, i per tots aquells qui vam poder gaudir de les seves reflexions. La sort, però, d'haver pogut comptar amb ell durant una part del temps que va durar aquesta tesi, va fer que aquesta pogués enriquir-se de les seves opinions durant les entrevistes; no obstant, no cal dir que, no tenir-lo present, ha estat un imprevist amb el qual no comptàvem.

### **5.2.2. Estudi de l'evolució dels estudiants avaluats amb l'EAFVAP**

Tal i com s'ha dit es tractava d'observar el comportament de l'escala d'avaluació formativa mitjançant el mesurament de les puntuacions de la mateixa cohort d'estudiants de medicina en dos moments diferents en el temps i, per tant, observar el progrés dels estudiants en les diferents dimensions. A tal efecte es treballa una versió inicial de l'escala la qual constava de vint-i-cinc ítems (Annex 1.b) i sobre la qual s'ha treballat l'anàlisi estadística.

#### *5.2.2.1. Recollida de la informació*

En tant que la UEM rebia les avaluacions dels estudiants per part dels diferents coordinadors de mòdul, i que un dels objectius d'aquest treball era seguir una mateixa cohort d'estudiants per tal d'observar l'evolució de la cohort avaluada amb l'escala, es va cursar la sol·licitud de dades amb fins de recerca a la UEM en la data corresponent al 17 de setembre del 2012, que va lliurar les dades per tal de poder fer-ne l'anàlisi pertinent. En el moment de la sol·licitud, les dades disponibles compatibles amb la



petició cursada foren la mostra amb la qual s'ha basat l'anàlisi estadística d'aquest treball. Dita mostra es corresponia amb la primera promoció d'estudiants que varen ser avaluats amb l'escala en les tutories d'ABP durant dos cursos consecutius, en les assignatures corresponents a les assignatures de: *Morfologia, estructura i funció del cos humà 4* i *Patologia Humana 1*, de segon i tercer curs respectivament.

#### 5.2.2.2. Anàlisi de dades

Les puntuacions recollides segons aquest sistema van ser comparades en les diferents dimensions de l'EAFVAP obtingudes pels estudiants d'una mateixa cohort en dos cursos diferents (segon i tercer), en dues assignatures (mòduls) diferents.

Es van recollir les dades corresponents als cursos 2009-10 i 2010-11, donat que el curs 2009-10, quan aquests estudiants cursaven el segon curs, va ser el primer any acadèmic en el qual es va implementar l'avaluació de valors professionals en les tutories d'ABP a la Facultat de Medicina de la UdG.

Es va procedir a la depuració de la mostra eliminant els estudiants matriculats a 2n i no a 3r i la mostra va resultar de 80 alumnes a segon curs. Seguint amb el mateix procediment però a la inversa, la mostra resultant va ser de 79 estudiants pel que fa als estudiants de tercer i, per tant, fou la mostra final.

Els mòduls seleccionats van ser: *Morfologia, estructura i funció del cos humà 4* (segon curs) i *Patologia Humana 1* (tercer curs).

*Morfologia, estructura i funció del cos humà 4* va ser impartit de setembre a novembre de 2009. Aquest va ser el primer mòdul on es va implementar l'ABP a la institució a segon curs del grau de Medicina. Per tant, se suposa que els estudiants no havien tingut cap experiència prèvia amb la metodologia ABP. Divuit mesos més tard, d'abril a maig del 2011, aquesta cohort d'estudiants es va tornar a avaluar amb l'EAFVAP mentre cursava *Patologia humana I* durant el seu tercer any acadèmic.

L'anàlisi estadística de les dades es va realitzar amb el programa SPSS versió 15.0 per a Windows. Els resultats obtinguts en les quatre dimensions de l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals s'han sumat i dividit per 4 per obtenir una puntuació global, amb una puntuació màxima de 10. Cada element individual pot tenir una puntuació de 2, 1 o 0. El resultat de les avaluacions de les sessions de tutoria d'ABP representa per l'estudiant el 40% de la qualificació numèrica del mòdul en qüestió. Cada una de les quatre dimensions de l'EAFVAP anteriorment descrites té una ponderació del 25%, és a dir, totes elles tenen el mateix pes.

Es va portar a terme una anàlisi descriptiva primer per conèixer si hi ha efecte terra o efecte sostre. Aquests efectes es donen quan els valors s'agrupen al voltant del valor més baix o més alt respectivament, restant capacitat de discriminació entre avaluacions. Igualment, l'anàlisi descriptiva permet conèixer quines dimensions habitualment tenen valors més baixos i quines valors més alts. Posteriorment es va dur a terme una anàlisi de comparació pre- (2n) i post- (3r) de les puntuacions dels estudiants, on les variables foren cada una de les dimensions. Es van utilitzar proves estadístiques paramètriques o no paramètriques en funció de les característiques de distribució de les variables i, per considerar si existien diferències entre 2n i 3r, i es va tenir en compte un nivell de significació estadística de 0,05.

### **5.2.3. Consideracions deontològiques de la recerca**

En el tractament d'aquesta tesi s'han seguit estrictament els protocols i les recomanacions establertes per la mateixa Universitat de Barcelona en el Codi de Bones pràctiques en recerca (2010).

Respecte a la sol·licitud de dades per a fins de recerca, aquesta es va cursar i es va obtenir el corresponent consentiment informat institucional per part de la direcció de la UEM, ocupada aleshores per Pascual Solanas. Tanmateix, quan la direcció de la Unitat amb posterioritat va ser ocupada per Luis Branda es va procedir igualment a cursar la informació respecte la recerca d'aquest treball i tanmateix de les dades necessàries per

dotar-lo de viabilitat. Igualment la direcció de la UEM va expedir el corresponent consentiment a la sol·licitud cursada.

Complint amb els compromisos ètics i amb la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos*, la base de dades obtinguda es va anonimitzar prèviament al seu tractament estadístic, tant pel que respecta a estudiants com a professorat. A més, les dades cedides s'han utilitzat exclusivament pels fins de recerca manifestats en cursar la sol·licitud. I així mateix s'ha complert amb les directrius establertes per la Universitat de Barcelona pel que fa a la seva custòdia i conservació.

En el cas dels participants experts aquests van ser informats abans de procedir a la resposta amb les seves opinions al qüestionari presentat, de la finalitat de recerca de les seves intervencions i del caràcter nominatiu d'aquestes opinions, les quals podien òbviamment ser rectificades en qualsevol moment.

Aquest treball segueix estrictament les directrius de traçabilitat recomanades pel mateix codi de bones pràctiques anteriorment citat.

## **Part IV. RESULTATS, DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS**

## **CAPÍTOL 6. RESULTATS I DISCUSIÓ**

Finalitzada, doncs, la presentació de la metodologia a utilitzar i el treball de camp, passem a exposar la presentació dels resultats que pretenen donar resposta a les preguntes i objectius que plantejàvem en el primer capítol.

A continuació es mostren els resultats corresponents a l'estudi de la pertinença contextual i, posteriorment, els resultats relatius a l'estudi que fa referència a l'evolució dels estudiants avaluats en professionalisme amb l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals.

### **6.1. Resultats de l'estudi de pertinença contextual**

Seguidament es presenten les principals dimensions i subdimensions detectades a partir de l'anàlisi de la informació obtinguda mitjançant el qüestionari passat als participants experts en forma de diagrama.

En primer lloc, s'exposen les dimensions identificades pels experts, coincidents amb l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals (Figura 5).

En segon lloc, definim cada dimensió i subdimensió a partir de l'anàlisi dels punts de vista i experiència dels informants en taules. (Taula 5 i següents).

Finalment, es mostra el significat de cadascuna de les dimensions i subdimensions amb alguns exemples literals dels comentaris dels participants experts.

Les temàtiques analitzades es resumeixen sota el següent esquema:

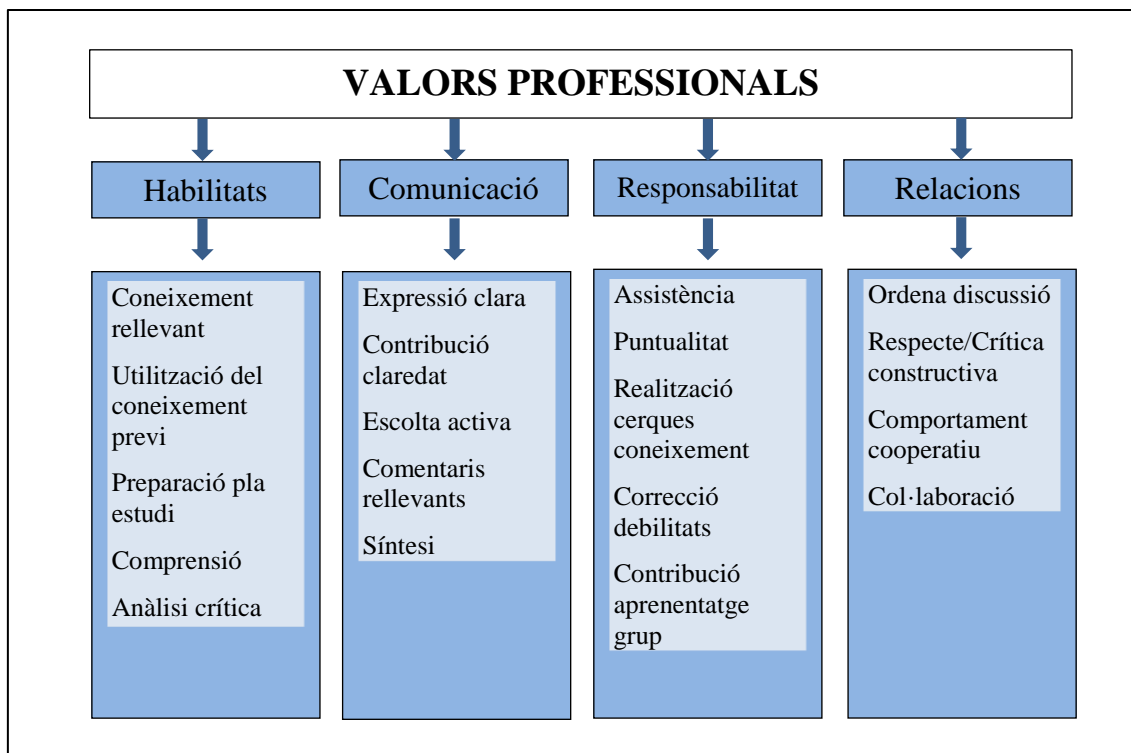


Figura 5. Diagrama amb les dimensions i subdimensions corresponents amb l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals. Elaboració pròpia

Per tal d'explorar l'acord o desacord i les seves opinions raonades d'allò que calia que fos treballat i avaluat durant les tutories en els estudis de grau, es va passar un qüestionari nominatiu (Annex 3) en el qual es preguntava per les dimensions anteriors per tal que els informants experts fessin específics en quins subaspectes calia incidir.

La anàlisi qualitativa de l'opinió dels experts va revelar els elements que es consideren pertinents i també s'inclouen en l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals i aquells altres que no estan presents, tot i que alguns dels participants experts les consideren com una cosa important per tal d'avaluar la capacitació professional dels estudiants de medicina.

Les respostes obtingudes pels participants experts respecte cada dimensió s'expressen en taules, de manera que es fàcilment visualitzable la resposta i l'expert que l'ha efectuada, així com també en el recull transcrit textualment de les seves respostes seguint l'ordre establert a la taula.

### 6.1.1. Habilitats d'aprenentatge

Pel que fa a la dimensió *Habilitats d'aprenentatge*, aquests són els resultats obtinguts dels informants experts entorn la dimensió i els aspectes que s'hi relacionen.

A continuació es presenta la taula amb les paraules clau i posteriorment els comentaris textuals de les aportacions fetes pels experts.

*Taula 5. Paraules clau relacionades les habilitats d'aprenentatge i amb totes les subdimensions relacionades amb les respostes dels informants experts*

<b>HABILITATS D'APRENTATGE</b>	
Subdimensió: <b>Coneixement rellevant</b>	
<b>Metodologia d'autoaprenentatge</b>	Miquel Vilardell
<b>Adquirir coneixements</b>	Ciril Rozman
<b>Adquirir habilitats</b>	
<b>Reflexió sobre situacions concretes</b>	Maria Nolla
Subdimensió: <b>Utilització del coneixement previ</b>	
<b>Coneixements científics suficients</b>	Ciril Rozman
Subdimensió: <b>Preparació pla estudi</b>	
Subdimensió: <b>Comprensió</b>	
<b>Adquirir saber científic</b>	Maria Nolla
Subdimensió: <b>Anàlisi crítica</b>	
<b>Buscar la veritat encara que no sigui la teva</b>	Miquel Vilardell
<b>Ser crític</b>	Ciril Rozman
<b>Capacitat d'anàlisi</b>	Maria Nolla

<u>Suggeriments de millora:</u>	
- Autonomia	Ciril Rozman
- Raonament Clínic	Ciril Rozman
- Ser autònom	Randol Barker

El concepte de professionalisme, entès com el compendi que inclou el marc de regles i deures d'una professió, esdevé complex quan es tracta d'una disciplina com la medicina en la qual els serveis prestats afecten les persones, i el resultat d'aquest servei inclou totes les esferes de l'ésser humà; és doncs, en aquest sentit, que en la planificació d'un estudis com els de grau en Medicina res quedi en mans de l'atzar. Fins i tot les competències com ara les habilitats d'aprenentatge del futur metge el qual esdevindrà

un professional en un futur. Contextualitzat, doncs, en un marc de realitats clíniques canviants envers les quals caldrà fer front, d'aquí que en la subdimensió corresponent pel que fa a la detecció de les àrees d'aprenentatge de coneixement rellevant, l'expert Miquel Vilardell s'hi mostri d'acord i incideixi en la importància de la metodologia d'autoaprenentatge com a eina que cal que acompanyi al futur metge al llarg de la vida:

- *Per aprendre és necessari en primer lloc tenir un bon mestre o una bona escola que t'ensenyin les competències i les fonts d'estudi, però és necessari que un sàpiga escoltar, dedicar-hi temps i esforç i aprendre la metodologia per poder fer l'autoaprenentatge al llarg de la vida. (Vilardell, M).*

D'acord amb la mateixa subdimensió, Ciril Rozman s'expressa referint-se al concepte del coneixement previ de l'estudiant com a fonament i substrat sobre el qual construir nous sabers per a poder ser aplicats, juntament amb l'aprenentatge d'habilitats pràctiques relacionades amb aquests sabers:

- *Por un lado, es importante que haya adquirido unos conocimientos científicos suficientes para que sus actuaciones profesionales tengan una base racional. Y por otro, es esencial que se haya adiestrado en las habilidades necesarias para la aplicación práctica de estos mismos. (Rozman, C).*

Maria Nolla s'expressava de la següent manera respecte del coneixement rellevant pel que fa a competències bàsiques com la capacitat de reflexió sobre casos determinats, en tant que en la professió cada malalt és un cas concret i únic i, alhora, un cas del qual extreure'n nous coneixements:

- *Les habilitats d'aprenentatge necessàries per a tota la vida professional són, des del meu punt de vista, la capacitat d'anàlisi i reflexió de situacions concretes i sobre un mateix juntament amb la voluntat de millora en la competència professional, idealment al servei de l'atenció a la salut del ciutadà. (Nolla, M).*

Pel que fa a la subdimensió corresponent a la preparació d'un pla d'estudi, aquesta no és considerada per cap dels experts entrevistats.



En el cas de la subdimensió relacionada amb la comprensió, l'experta Nolla argumenta a favor de l'adquisició de coneixement al llarg de la vida professional i d'una manera activa com a fonament bàsic envers la comprensió. En tant que la comunitat basa la relació amb el professional de la medicina en el benentès que està preparat científicament, aquesta preparació cal que sigui una tasca continua que impliqui un compromís del saber pel que fa a la aplicació primera que és la assistencial, amb l'increment del coneixement amb la recerca i també amb el compromís de la transmissió del coneixement amb el rol pedagògic i docent del metge:

- *Cal estar compromès amb el saber científic. (Nolla, M).*

Entorn la subdimensió corresponent a la anàlisi crítica, els participants experts, mostren acord amb aquest punt en tant que es centren en competències com ara la cerca d'altres realitats externes, d'altres opinions dels col·legues dels quals, i amb els quals, aprendre. Alhora, incideixen en la importància de la capacitat crítica i, com expressava Maria Nolla, la capacitat d'anàlisi que els permeti durant el procés d'aprenentatge constant, el fet de raonar partint d'una determinada proposició a provar, remuntant fins al coneixement científic consolidat i establert per tal de poder-ne expressar una opinió justificada en cadascun dels casos clínics que se li presentin:

- (...) *Respecte als altres i capacitat de valoració de les coses dels altres i saber buscar la veritat encara que no sigui la teva. (Vilardell, M).*
- *Un médico que adopte una aproximación crítica y sea capaz de ejercer su profesión en circunstancias de ambigüedad e incertidumbre. (Rozman, C).*
- *La capacitat d'anàlisi i reflexió de situacions concretes. (Nolla, M).*

Respecte els suggeriments de millora aportats pels informants experts i no contemplats a l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals, aquests inclouen la suficient capacitat del professional per autogestionar-se i ser autosuficient davant la complexitat de determinats escenaris clínics:

- *El médico debe adquirir el necesario arte clínico para tomar decisiones adecuadas en las situaciones complejas de multimorbilidad e incertidumbre. (Rozman, C).*

Tenir desenvolupats els procediments que, en l'ABP, són inherents al procés de resolució de problemes, i els quals permeten fer emergir de manera justificada els coneixements clínics aplicables davant un cas determinat i únic en el que coneixem com a raonament clínic:

- *Gran èmfasi en la resolució de problemes (raonament clínic). (Rozman, C).*

Ser capaç de respectar les decisions alienes, fet que implicaria implícitament una visió de relació entre iguals en un pla d'horizontalitat i simetria, fugint de relacions obsoletes fonamentades en el paternalisme mèdic.

- *Compromiso con apoyo y respeto al autonomía en los otros. (Barker, R).*

### **6.1.2. Comunicació**

En reflexionar sobre la *Comunicació*, es presenten els resultats obtinguts dels informants experts entorn la dimensió, primer en una taula amb les paraules clau relacionades amb les subdimensions i, posteriorment, amb les transcripcions literals dels informants i llurs interpretacions.

Taula 6. Paraules clau relacionades amb la dimensió comunicació i totes les subdimensions relacionades amb les respostes dels informants experts

<b>COMUNICACIÓ</b>	
Subdimensió: <b>Expressió clara</b>	
<b>Informació comprensible</b>	Miquel Vilardell
<b>Comunicació precisa</b>	
<b>Flüidesa</b>	
<b>Saber expressar-se de forma que se li entengui</b>	Albert Jovell
Subdimensió: <b>Contribució claredat</b>	
Subdimensió: <b>Escolta activa</b>	
<b>Saber escoltar</b>	Miquel Vilardell
<b>Comunicació entre col·legues</b>	Jordi Palés
<b>Identificar els components de la comunicació (emissor, receptor, missatge, etc )</b>	Albert Oriol
Subdimensió: <b>Comentaris rellevants</b>	
Subdimensió: <b>Síntesi</b>	
<b>Informar</b>	Ciril Rozman
<b>Habilitats de comunicació per a la docència</b>	Jordi Palés

<u>Suggeriments de millora:</u>	
- Comunicació metge pacient	Jordi Palés
- Llenguatge no verbal adequat	Albert Jovell

Pel que fa a la subdimensió que gira entorn la claredat d'expressió, els informants insisteixen en la importància d'adquirir al llarg dels estudis un llenguatge clar i entenedor. Informació que contrasta amb la realitat actual en la qual la formació que reben els estudiants de grau de Medicina, la qual gira entorn l'aprenentatge d'un llenguatge terminològic propi de la professió. Segons es desprèn de les respostes dels experts, cal que aquest sigui compatible en el mateix grau d'importància amb la formació pertinent i reglada que permeti a l'estudiant arribar a comunicar-se amb el pacient i saber adaptar-se a la seva esfera cognitiva i cultural, entre d'altres, perquè la informació arribi sense interrupcions i els actes que se'n derivin (decisions, consentiments,) siguin plenament conscients per part del pacient. D'això se'n podria derivar la idea subjacent, el producte de la qual seria evitar relacions d'asimetria degudes al coneixement mèdic i emparades en la barrera del llenguatge mèdic i la possibilitat de que la relació entre ambdós sigui més participativa, en tant que fora

plausible pensar que el fet que la informació que rep el pacient sigui clara, propiciaria el fet que aquest fos més autònom en els seus consentiments i decisions:

- *En l'acte mèdic la informació que donem és cabdal, però cal que sigui comprensible per permetre després el consentiment informat i per això es fa necessària una comunicació precisa, fluïda, i aquesta no s'adquireix de manera espontània sinó a base d'una formació en el pregrau i postgrau i d'una posterior experiència. (Vilardell, M).*
- *Saber expresarse de forma que se les entienda. (Jovell, A).*

Un dels aspectes que no van ser esmentats pels informants experts és el que fa referència a la subdimensió corresponent a la contribució dels estudiants a la claredat dels conceptes estudiats.

Les aportacions referents a la subdimensió de l'escolta activa figuren en les respostes dels experts fent incidència en la importància de l'atenció que cal fer respecte d'allò que és comunicat tant en el pla corresponent a la comunicació amb el pacient com entre els companys de professió:

- *Per aprendre és necessari en primer lloc tenir un bon mestre o una bona escola que t'ensenyin les competències i les fonts d'estudi, però és necessari que un sàpiga escoltar. (Vilardell, M).*
- *Concretament s'ha de treballar fonamentalment la comunicació metge - malalt però també (a vegades s'omet) les habilitats de comunicació entre col·legues (Palés, J).*
- *La comunicació és una habilitat necessària per el què fer tècnic de cada dia a més de ser l'espai en el que es manifesten els atributs professionals (el respecte per l'altre o la empatia, per exemple). Serà interessant saber si identifiquen els components de la comunicació (emissor, receptor, missatge, estil, retroacció, etc.) per part dels alumnes i els paral·lelismes amb el procés educatiu (relació docent). (Oriol, A).*

Els informants, però, no van fer aportacions referents a la subdimensió corresponent a la capacitat de fer les observacions pertinents per part de l'estudiant.

Sí en van fer, en canvi, entorn la subdimensió referent a la capacitat de síntesi respecte a l'efecte d'allò que es vol transmetre de manera eficaç a diferents actors. En aquest cas els experts fan referència als pacients, però també en el rol docent del professional de la medicina:

- *Como profesional sanitario tiene la obligación de informar. (Rozman, C).*
- *S'ha de treballar fonamentalment (...), les habilitats de comunicació per la docència. (Palés, J).*

D'altra banda però, van aparèixer nous suggeriments de les respostes dels participants experts generades al qüestionari d'allò que caldria que fos contemplat en l'avaluació del professionalisme en l'estudiant de medicina. Albert Jovell va considerar important incloure un nou aspecte no contemplat en l'escala com és el cas del llenguatge no verbal adequat, en aquest cas el llenguatge no verbal inadequat en el professional de la medicina:

- *Un profesional que no sabe comunicar no es apto para establecer una relación directa con el paciente. Precisan empatía, actitud compasiva, saber expresarse de forma que se les entienda, lenguaje no verbal apropiado, etc. (Jovell, A).*

I Jordi Palés, en les seves aportacions, va contribuir en el que considerem com suggeriment de millora a tenir en compte per a l'avaluació l'aspecte relacionat amb la comunicació entre metge i pacient com a important. Malgrat que l'escala està dissenyada per a ser utilitzada en les tutories, és una consideració a tenir en compte en un futur de cares al disseny d'una escala per avaluar i formar els estudiants dins el context clínic. No obstant, recollim l'aportació d'una competència que l'expert considera cal treballar i avaluar transversalment al llarg dels diferents cursos del grau :

- *La comunicació s'ha de treballar i avaluar de forma longitudinal al llarg de tot el currículum de grau i a diferents cursos del mateix. Concretament s'ha de treballar fonamentalment la comunicació metge - malalt però també (a vegades s'omet) les habilitats de comunicació entre col·legues. (Palés, J).*

### 6.1.3. Responsabilitat

Pel que fa a la subdimensió de l'assistència entesa com la presencialitat, l'expert aporta el seu acord en la línia aquí presentada.

*Taula 7. Paraules clau relacionades amb la dimensió corresponent a la responsabilitat amb totes les subdimensions relacionades amb les respostes dels informants experts*

<b>RESPONSABILITAT</b>	
Subdimensió: <b>Assistència</b>	
<b>Presència</b>	Jordi Palés
<b>Puntualitat</b>	
<b>Puntualitat</b>	Albert Oriol
Subdimensió: <b>Realització de cerques de coneixement</b>	
<b>Dedicar temps</b>	
<b>Esperit de servei</b>	Miquel Vilardell
<b>Responsabilitat social i individual</b>	Ciril Rozman
<b>Responsabilitat per a la professió i la societat i vers si mateix</b>	Jordi Palés
<b>Servei al ciutadà</b>	Maria Nolla
<b>Responsabilitat social</b>	Albert Jovell
Subdimensió: <b>Corregeix debilitats</b>	
<b>Esforç</b>	Miquel Vilardell
<b>Honesto</b>	
<b>Accepta les crítiques externes</b>	Ciril Rozman
<b>Honestedat</b>	Jordi Palés
<b>Voluntat de millora en la competència</b>	Maria Nolla
<b>Honestedat</b>	Randol Barker
Subdimensió: <b>Contribució aprenentatge grupal</b>	

<b>Suggeriments de millora</b>	
Capacitat de seguiment	Albert Jovell

- *Consciència pròpia, Respecte per la dignitat i l'autonomia del pacient, presència i disponibilitat. (Palés, J).*

Respecte a la puntualitat, la qual s'estableix com un acte de respecte entre iguals, fóra plausible pensar que el respecte pel temps de l'altre en una relació basada en la horitzontalitat i en la simetria, queda especificada per l'informant segons la transcripció següent en ser preguntat:

- *Crec d'importància aprofundir en la responsabilitat derivada de les convencions socials que impregnen el dia a dia (puntualitat, per exemple). (Oriol, A).*

Referent a la subdimensió que implica la responsabilitat de l'estudiant a fer les tasques encomanades, en aquest cas les cerques, Les aportacions dels experts, extrapolables pel que fa a la obligació del professional a respondre de determinats actes, esmenten com a aptituds i capacitats relacionades, la dedicació de temps, juntament amb l'esperit de servei, vinculades a la responsabilitat com a professional però també envers la societat social i a sí mateix i també pel que fa a l'atenció comunitària, valors lligats al contracte social:

- *Per aprendre és necessari en primer lloc tenir un bon mestre o una bona escola que t'ensenyin les competències i les fonts d'estudi, però és necessari (...) dedicar-hi temps i esforç. (Vilardell, M).*
- *La competència professional l'esperit de servei i sacrifici. (Vilardell, M).*
- *Un médico responsable individual y socialmente. (Rozman, C).*
- *Responsabilitat per a la professió i la societat. (Palés, J).*
- *(...) Idealment al servei de l'atenció a la salut del ciutadà. (Nolla, M).*
- *Un profesional de la medicina precisa responsabilidad social. (Jovell, A).*

En el cas de la subdimensió corresponent a la correcció de mancances i debilitats per part de l'estudiant que el capacitin per a redreçar les possibles desviacions o errors, les aportacions dels experts respecte les competències relacionades giren totes entorn el concepte de la humilitat que impedeixi el sentiment de superioritat envers els altres i el capaçiti per establir relacions en clau d'igualtat. I honestedat, que el capaçiti per a ser coneixedor de la realitat i prendre decisions íntegres; aquesta idea, juntament amb l'afany per a millorar, són expressades pels experts respecte els valors reconeguts de l'ideari professional:

- *Personalment els que considero bàsics, són: la humilitat, la dedicació i l'esforç. (Vilardell, M).*

- *Un médico honesto y digno de confianza quien mediante la adecuada transparencia resuelva los conflictos de intereses derivados de las influencias externas.* (**Rozman, C**).
- *Integritat i honestedat.* (**Palés, J**).
- *I sobre un mateix juntament amb la voluntat de millora en la competència professional* (**Nolla, M**).
- *Compromiso con: la integridad, honestidad, humildad, auto-conocimiento.* (**Barker, R**).

El punt sobre la contribució al grup d'aprenentatge no va ser esmentat per cap dels experts entrevistats.

Pel que fa suggeriments de millora no contemplats a l'escala per a ser avaluats, l'aportació rebuda és la capacitat de seguiment i revisió identificada com a rellevant:

- *Capacidad de seguimiento* (**Jovell, A**).

#### **6.1.4. Relaciones interpersonals**

La dimensió *Relacions interpersonals* va ser la dimensió en la qual més elements van ser identificats pels experts, tal i com es pot apreciar a la taula següent.



Taula 8. Paraules clau relacionades amb la dimensió de relacions interpersonals amb totes les subdimensions relacionades amb les respostes dels informants

<b>RELACIONS INTERPERSONALS</b>	
Subdimensió: <b>Ordena discussió</b>	
<b>Capacitat de lideratge</b>	Ciril Rozman
<b>Altruisme</b>	Jordi Palés
<b>Altruisme</b>	Randol Barker
Subdimensió: <b>Respecte</b>	
<b>Respecte</b>	Miquel Vilardell
<b>No tenir prejudicis</b>	
<b>Valoració de les coses dels altres</b>	
<b>Delicadesa en el tracte</b>	Ciril Rozman
<b>Respecte per la dignitat i autonomia del pacient</b>	Jordi Palés
<b>Respecte per l'altre</b>	Albert Oriol
<b>Respecte per la diferència</b>	
<b>Respecte per l'altre</b>	Randol Barker
Subdimensió: <b>Crítica constructiva</b>	
Subdimensió: <b>Comportament Cooperatiu</b>	
<b>Adaptabilitat</b>	Miquel Vilardell
<b>Companyonia</b>	
<b>Flexibilitat</b>	
Subdimensió: <b>Col·laboració</b>	
<b>Solidaritat</b>	Miquel Vilardell
<b>Empatia</b>	
<b>Negociació entre persones adultes i autònomes</b>	Ciril Rozman
<b>Empàtic</b>	
<b>Empatia</b>	
<b>Altruisme</b>	Jordi Palés
<b>Disponibilitat</b>	Albert Jovell
<b>Posar-se en el lloc del malalt</b>	
<b>Empatia</b>	
<b>Actitud compassiva</b>	
<b>Altruisme</b>	Randol Barker

<b>Suggeriments de millora</b>	
- Vessant emocional de les relacions	Maria Nolla Miquel Vilardell
- Control d'emocions	

Pel que fa a la subdimensió relacionada amb la capacitat d'ordenar la discussió, trobem acords en la mateixa línia que els experts verbalitzen com la competència per a ser el cap, i també entorn la capacitat de prioritzar el bé aliè fins i tot per damunt del propi:

- *Un médico capaz de liderar un equipo médico (Rozman, C).*
- *Competència i manteniment de la competència, Compromís, Confidencialitat, Empatia, Altruisme, Integritat i honestedat, conducta ètica, responsabilitat per a la professió i la societat. (Palés, J).*
- *Altruismo. (Barker, R).*

A la subdimensió relacionada amb el respecte trobem les següents apreciacions dels informants experts, les quals giren entorn tota accepció del terme és a dir la consideració per l'altre i les dimensions que com a persona l'acompanyen (autonomia, valors, creences, dignitat, diferència). En la professió mèdica i en la relació amb el pacient, sovint el metge es troba davant una persona la qual té en la seva esfera més íntima un seguit de creences, les quals durant les etapes de malaltia i vulnerabilitat afloren a flor de pell; Per tant, la competència pel que fa a l'abordatge d'aquestes consideracions en el tracte és al que fan referència les següents afirmacions:

- *Consciència pròpia, Respecte per la dignitat i l'autonomia del pacient, presencia i disponibilitat. (Palés, J).*
- *Tenir la capacitat de l'empatia, l'adaptabilitat i flexibilitat, tenir control de les emocions, no tenir prejudicis i saber posar-se a la pell de l'altre, respecte als altres i capacitat de valoració de les coses dels altres. (Vilardell, M).*
- *La bondad que le inspire la delicadeza en el trato con los pacientes. (Rozman, C).*
- *Respecte per la dignitat i l'autonomia del pacient. (Palés, J).*
- *Els atributs professionals (el respecte per l'altre o la empatia, per exemple). (Oriol, A).*
- *Actituds basades en valors en relació a les persones (per exemple respecte per la diferència). (Oriol, A).*
- *Respeto en los otros. (Barker, R).*

Pel que fa a la subdimensió respecte la capacitat de fer crítica constructiva per part de l'estudiant, cap dels informants experts hi ha fet cap referència.

En relació a la subdimensió de comportament cooperatiu i a les competències que es troben entorn aquesta esfera, és a dir, al fet de compartir de manera solidària allò útil per als diferents integrants del grup, els experts s'hi refereixen com:

- *L'adaptabilitat i flexibilitat.* **(Vilardell, M).**
- *La solidaritat i el companyerisme.* **(Vilardell, M).**

En referència a la subdimensió corresponent a la col·laboració, és a dir a la competència de treballar en comú amb els companys i els atributs que cal que acompanyin i que formen part d'aquesta competència i la fan possible, trobem concordança en les respostes dels experts:

- *Personalment els que considero bàsics són: (...), la solidaritat (...) el saber treballar de forma interdisciplinar, tenir la capacitat de l'empatia.* **(Vilardell, M).**
- *Negociación entre dos personas adultas y autónomas.* **(Rozman, C).**
- *Un médico comunicativo y empático.* **(Rozman, C).**
- *Disponibilidad (...) . Empatía, altruisme.* **(Palés, J).**
- *El saber ponerse en el lugar del enfermo. Tratar al otro como le gustaría ser tratado. (...) Precisan empatía, actitud compasiva, saber expresarse de forma que se les entienda, lenguaje no verbal apropiado, etc.* **(Jovell, A).**
- *Compromiso con el altruismo.* **(Barker, R).**

Novament els dos nous punts proposats pels informants experts i no presents a l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals analitzada en aquesta tesi van ser per part de Miquel Vilardell, com a suggeriment de millora la proposta del domini de les emocions, i també Maria Nolla proposa d'incloure aspectes relacionats amb el vessant emocional de les relacions. Tal i com es detalla de la transcripció:

- *Tenir control de les emocions. (Vilardell, M).*
- *Atès la complexitat i la incertesa creixents en l'actuació professional, crec que cal fer explícits aquests aprenentatges de l'esfera més relacional/emocional del comportament dels professionals. (Nolla, M).*

### 6.1.5. Opinions dels informants experts respecte els motius per l'avaluació dels valors professionals als estudis de grau de Medicina

Respecte les argumentacions que els informants experts exposen pel que fa als motius per tal de que siguin treballats i avaluats els valors professionals com una competència més durant els estudis de grau en Medicina, les raons indiquen una única direcció fins a la saturació respecte la pertinència de la seva avaluació. I les raons oscil·len des de la necessitat de l'existència d'aquests valors i la seva presència en l'acte mèdic de manera oportuna, fins al fet de donar el mateix valor al professionalisme, considerant-lo com una altra competència dels estudis, malgrat la ommissió que se'n fa actualment. A més del reconeixement explícit que allò que no es valora s'acaba infravalorant, justificant, també, el fet que és imprescindible que l'estudiant en prengui consciència per tal que formin part del "currículum visible" dels estudis, en tant que el metge és l'encarregat de promoure la justícia social dins el sistema sanitari, denunciant les desigualtats, i per tant cal que els tingui integrats en la seva manera d'actuar. Raonaments, doncs, reincidentes respecte el fet que una formació adequada cal que els contempli en el mateix grau de rellevància que es contemplen d'altres capacitats:

- *Per la confiança és imprescindible ser portador de valors personals i tenir la capacitat de posar-los en el moment adequat durant l'acte mèdic. (Vilardell, M).*
- *S'ha d'avaluar com qualsevol altre competència si volem donar-li la importància que es mereix i per altre banda perquè son aspectes molt importants que han d'adquirir i que malauradament es tenen bastant oblidats. (Palés, J).*
- *El que no s'avalua es devalua, diu el dit popular. (Oriol, A).*

- *Si aquest àmbit competencial no s'avalua, el que aprèn és probable que no en prengui consciència ni el treballi de forma conscient. Simplificant seria que “el que no s'avalua, no existeix”.* (Nolla, M).
- *Las facultades han de garantizar a la sociedad que los profesionales que le van a atender lo hacen acorde los valores del contrato social.* (Jovell, A).
- *Es difícil evaluar los comportamientos que muestran la presencia de los valores por arriba. Lo mas fácil es observar y notar lo que pasa durante reuniones de PBL. Pero lo que pasa fuera de esas reuniones es igualmente importante. Es posible pedir de cada estudiante sus auto-observaciones y reflexiones, para despertar su conciencia (...).* (Barker, R).
- *Una formació clínica adequada, la qual comprèn, juntament amb els coneixements, l'adquisició d'habilitats i actituds.* (Rozman, C).
- *A propósito de la competencia clínica se ha llegado a distinguir entre lo que se entiende por un buen médico y lo que es un médico bueno. El primero ha conseguido tener una gran pericia técnica en el arte de curar, es decir, tiene conocimientos científicos y notables habilidades clínicas que pone en práctica durante su ejercicio. El segundo se caracteriza por la exquisita bondad humana que le hace tener un gran respeto por los principios éticos de nuestra profesión. Considero que la plena competencia clínica se alcanza tan sólo si se está en posesión de ambos adjetivos, es decir, de buen médico y médico bueno.*(Rozman, C).
- *Un médico que sea ejemplo de profesionalismo, o sea, que sin renunciar a los derechos de disfrutar del merecido descanso y de una vida familiar digna, asuma su profesión con sentido vocacional que impregne todas las facetas de su vida.* (Rozman, C).

A tall de síntesi, es podria resumir la unanimitat dels experts en el fet que, per a una formació completa, esdevé imprescindible que existeixi l'avaluació reglada i conscient dels valors professionals, en tant que són fonamentats per tal d'obtenir una competència clínica plena i integral en els estudis de medicina.

## **6.2. Resultats de l'estudi de l'evolució dels estudiants avaluats en professionalisme amb l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals**

Es van avaluar 79 estudiants en el 2n curs (mòdul de *Morfologia, estructura i funció del cos humà 4 –MEFCH4-*), i 74 en el 3r curs (mòdul de *Patologia Humana 1 –PH1-*). Es disposen les dades dels dos cursos per a 73 estudiants. En alguns càlculs el nombre d'estudiants és inferior atès que en alguns estudiants no es va puntuar algun ítem. El 66,3% de la mostra són dones.

### **6.2.1. Índexs descriptius**

La Taula 9 mostra els índexs descriptius (mitjana, desviació típica, valors mínim i màxim i rang) de l'avaluació en les tutories d'ABP basada en els valors dels professionals segons les dimensions i el curs.

S'obté una fiabilitat satisfactòria en termes de consistència interna amb una alfa de Cronbach total de 0,79.

Taula 9. Índexs descriptius de l'avaluació dels professionals segons les dimensions i el curs

	Total	HA	C	R	RI
<b>2n curs</b>					
N	79	79	79	79	79
Mitjana	7,49	7,45	7,20	7,83	7,61
Desv. típica	1,23	1,35	1,33	1,24	1,26
Valor Mínim	3,73	3,75	3,75	3,00	4,00
Valor Màxim	9,27	9,50	9,50	9,67	9,33
Rang	5,54	5,75	5,75	6,67	5,33
<b>3r curs</b>					
N	74	74	74	74	74
Mitjana	8,21	8,19	8,18	8,24	8,34
Desv. típica	1,29	1,34	1,67	2,06	1,33
Valor Mínim	4,50	5,00	4,00	0,00	5,00
Valor Màxim	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
Rang	5,50	5,00	6,00	10,00	5,00

**HA:** Habilitats d'aprenentatge. **C:** Comunicació. **R:** Responsabilitat. **RI:** Relacions Interpersonals

Observant els histogrames de les puntuacions totals en cadascun del cursos (Figura 6), i d'acord amb els resultats de les proves de normalitat aplicades, es conclou que la distribució de puntuacions a 2n curs sí que s'ajusta a la normalitat mentre que la distribució de puntuacions de 3r curs no s'ajusta a la corba normal i, per tant, s'incompleix aquest supòsit paramètric. Per altra banda, cap de les dimensions, analitzades per separat en cadascun dels cursos, no s'ajusta a la corba normal (Taula 10).

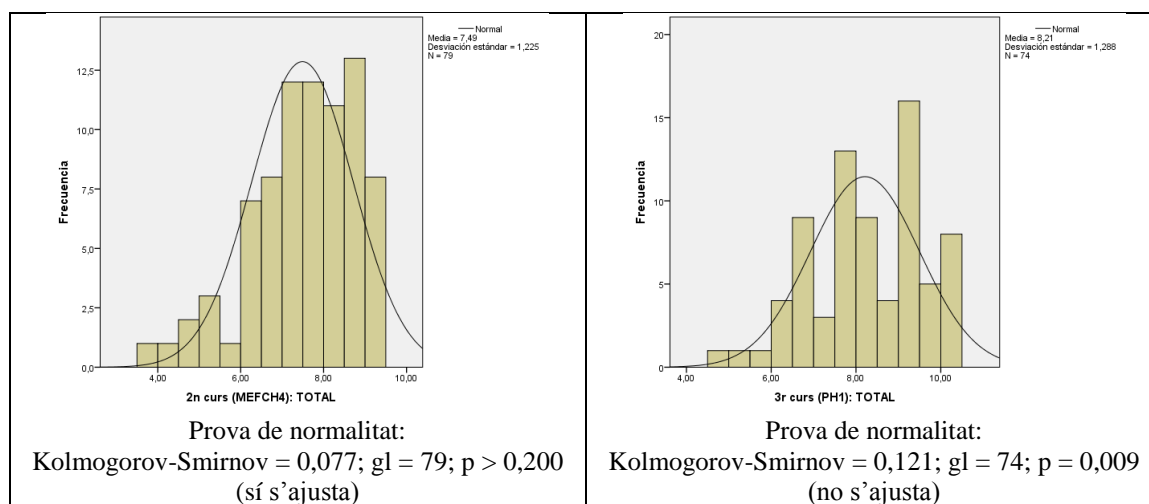


Figura 6. Histogrames i proves de normalitat de les puntuacions totals en cada curs

Taula 10. Proves de normalitat per dimensió i curs

Curs	Dimensió	K-S	GI	P
2n	Habilitats d'aprenentatge	0,118	79	0,009
	Comunicació	0,130	79	0,002
	Responsabilitat	0,163	79	0,000
	Relacions interpersonals	0,127	79	0,003
3r	Habilitats d'aprenentatge	0,173	74	0,000
	Comunicació	0,188	74	0,000
	Responsabilitat	0,197	74	0,000
	Relacions interpersonals	0,191	74	0,000

### 6.2.2. Contrast per sexe

En cap dels dos cursos es van detectar diferències significatives en les puntuacions totals en funció del sexe (Figura 7).

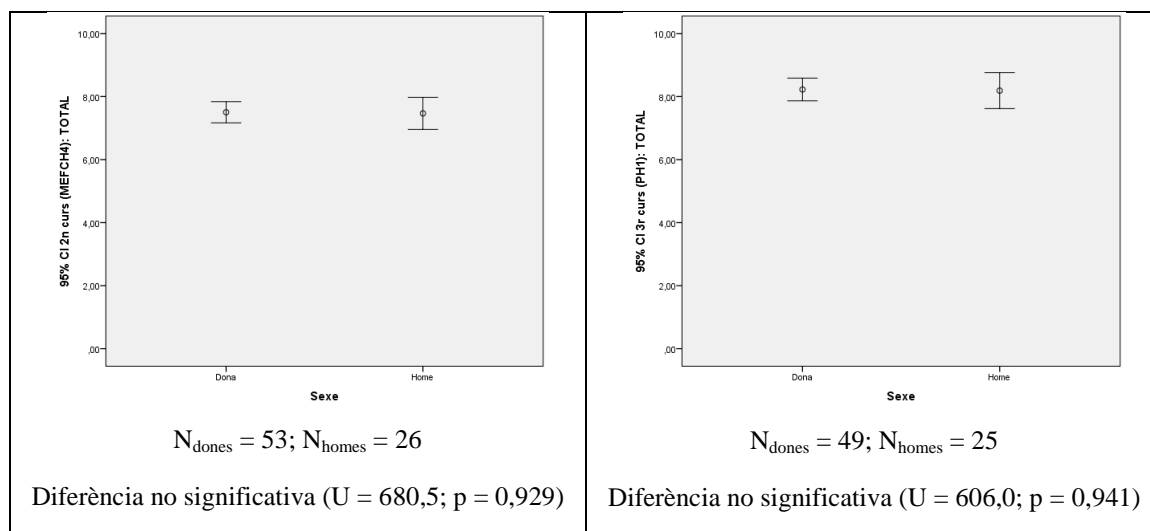


Figura 7. Contrast de les puntuacions totals en funció del sexe



### 6.2.3. Contrast entre pretest (2n curs) i posttest (3r curs)

Les puntuacions globals de l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals utilitzada per a l'avaluació van ser majors en el 3r curs que en el 2n curs (Figura 8). La prova de Wilcoxon indica que les diferències observades són estadísticament significatives ( $N = 73$ ,  $Z = -3,593$ ,  $p = 0,000$ ).

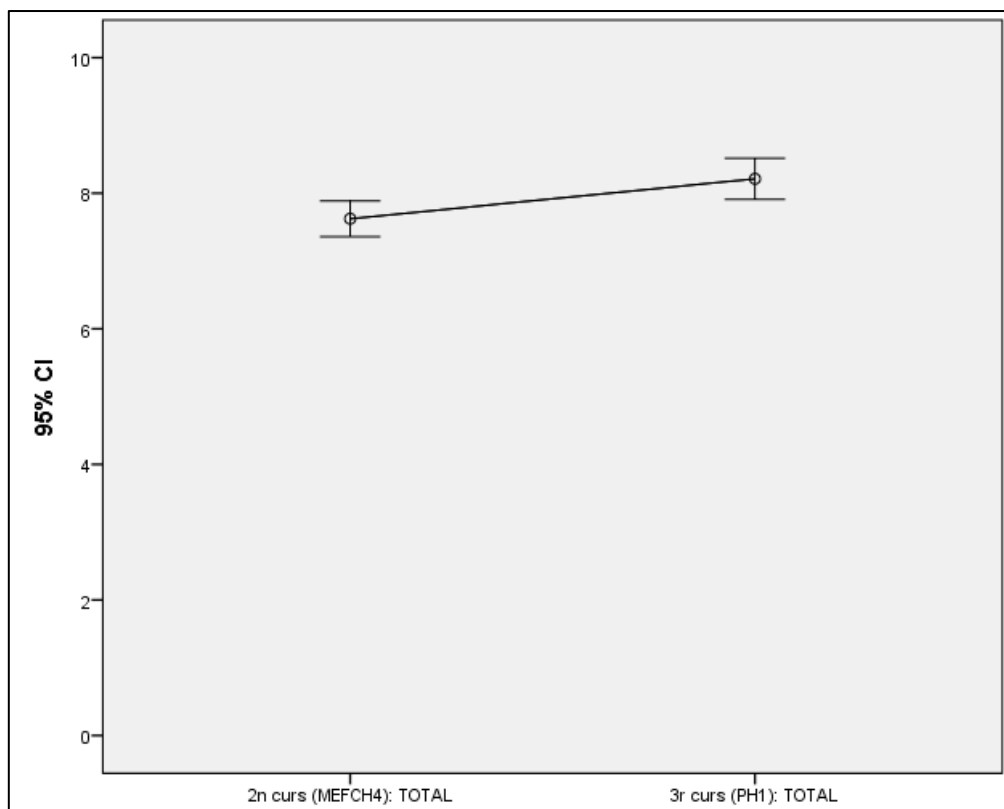
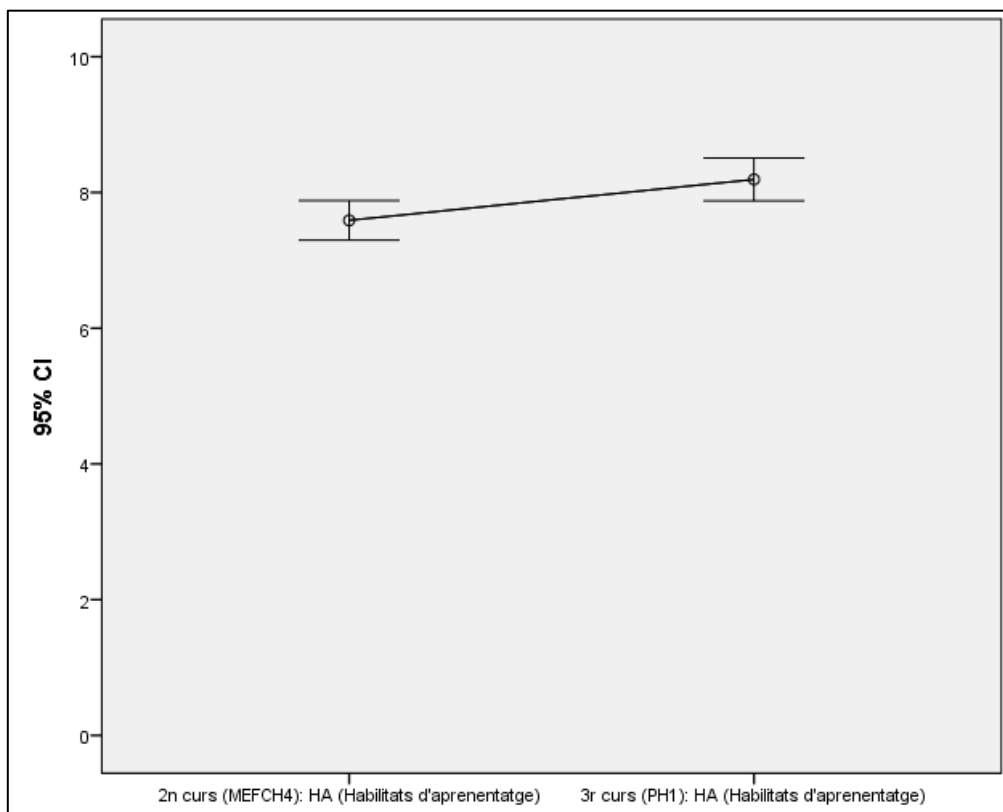


Figura 8. Comparativa global entre 2n i 3r curs

Si comparem els resultats per dimensions, també s'observen puntuacions significativament més elevades en el 3r curs en comparació amb el 2n curs en totes les dimensions:

- Habilitats d'Aprenentatge ( $N = 73$ ,  $Z = -3,284$ ,  $p = 0,001$ ) (Figura 9),
- Comunicació ( $N = 73$ ,  $Z = -3,564$ ,  $p = 0,000$ ) (Figura 10),
- Responsabilitat ( $N = 73$ ;  $Z = -2,042$ ;  $p = 0,041$ ) (Figura 11), i
- Relacions Interpersonals ( $N = 73$ ,  $Z = -3,265$ ,  $p = 0,001$ ) (Figura 12).

En global, per tant, podem afirmar que el grup com a tal ha millorat.



*Figura 9. Comparativa de la dimensió Habilitats d'Aprenentatge entre 2n i 3r curs*

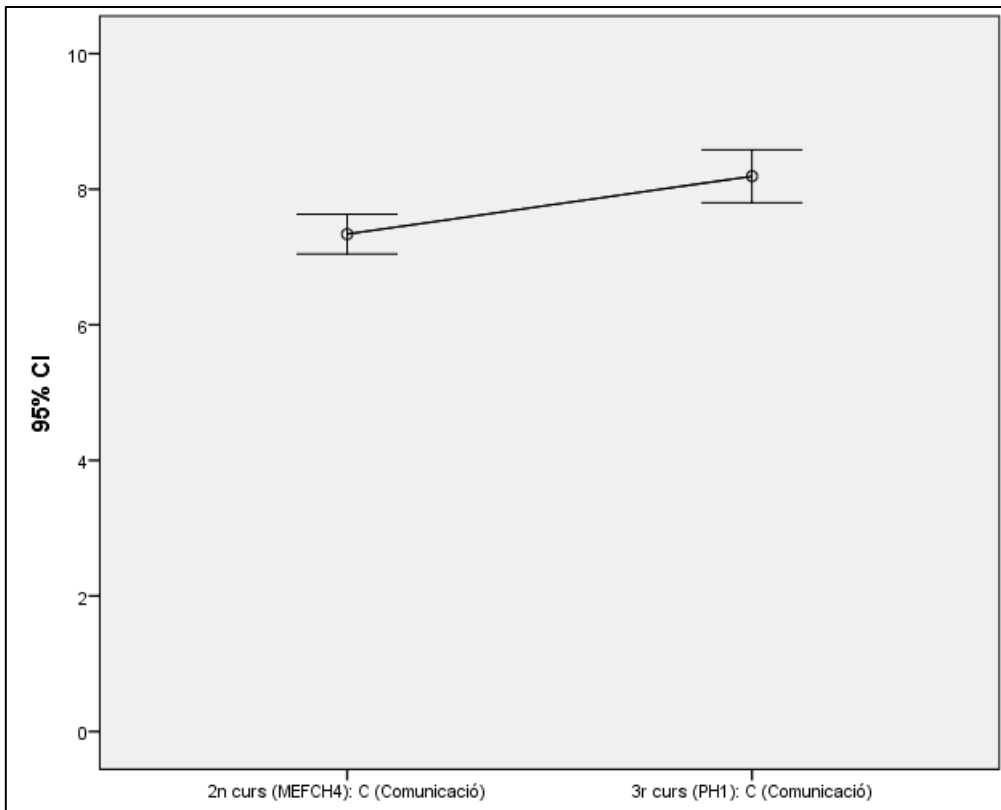


Figura 10. Comparativa de la dimensió Comunicació entre 2n i 3r curs

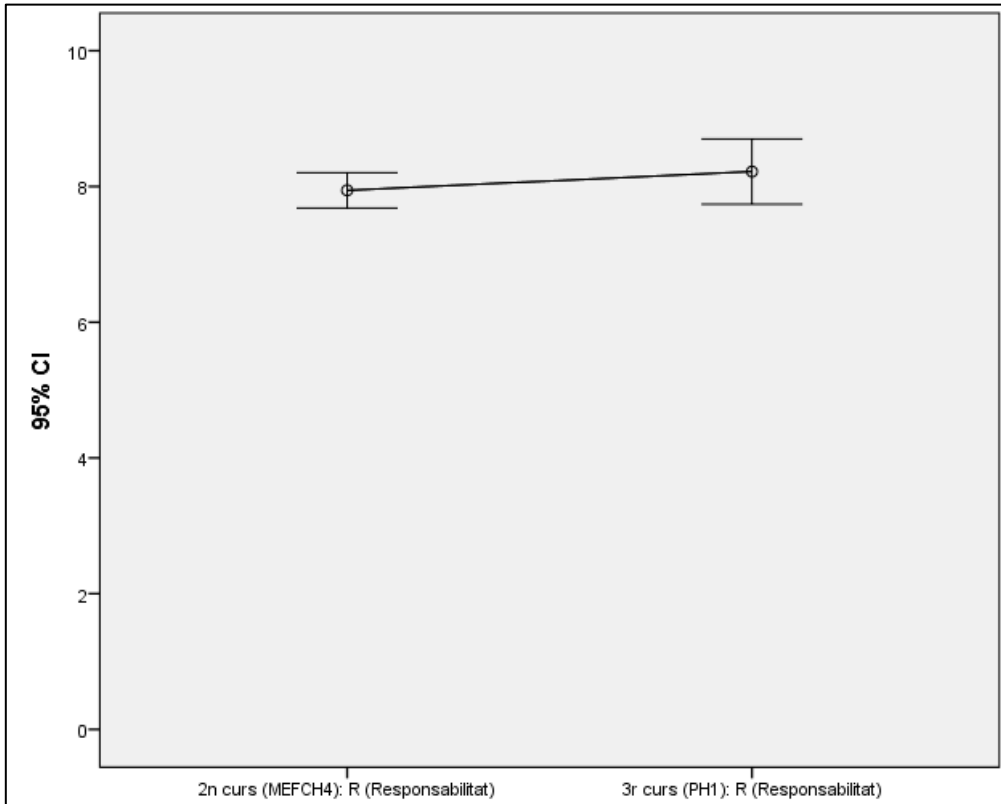


Figura 11. Comparativa de la dimensió Responsabilitat entre 2n i 3r curs

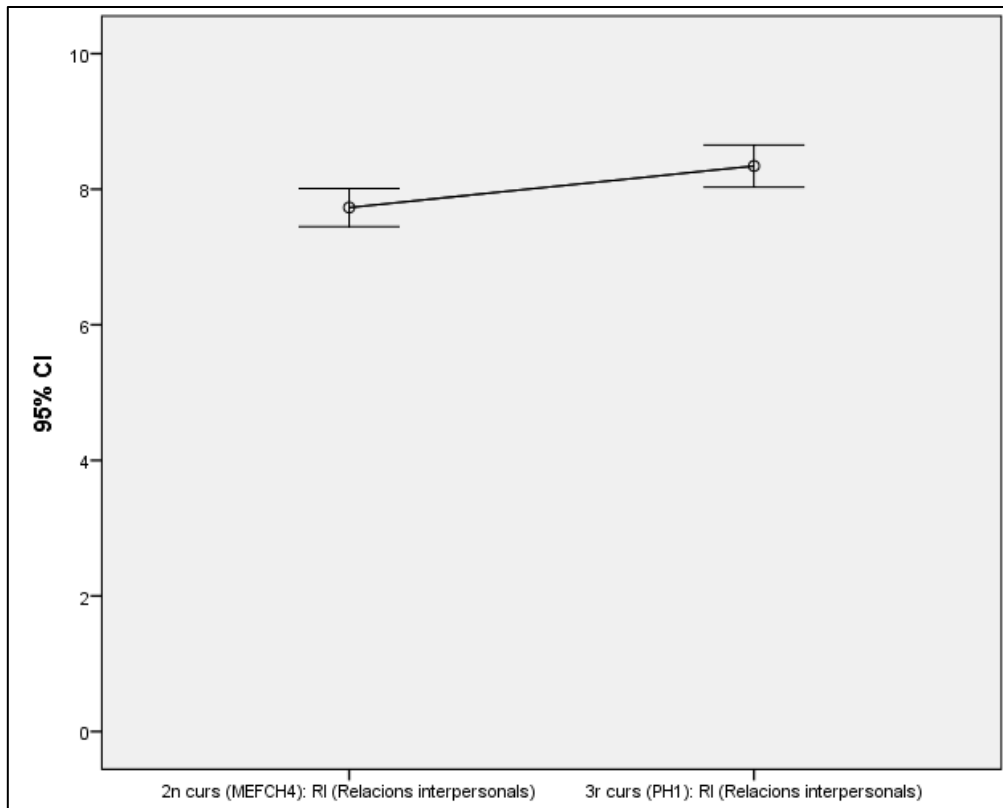
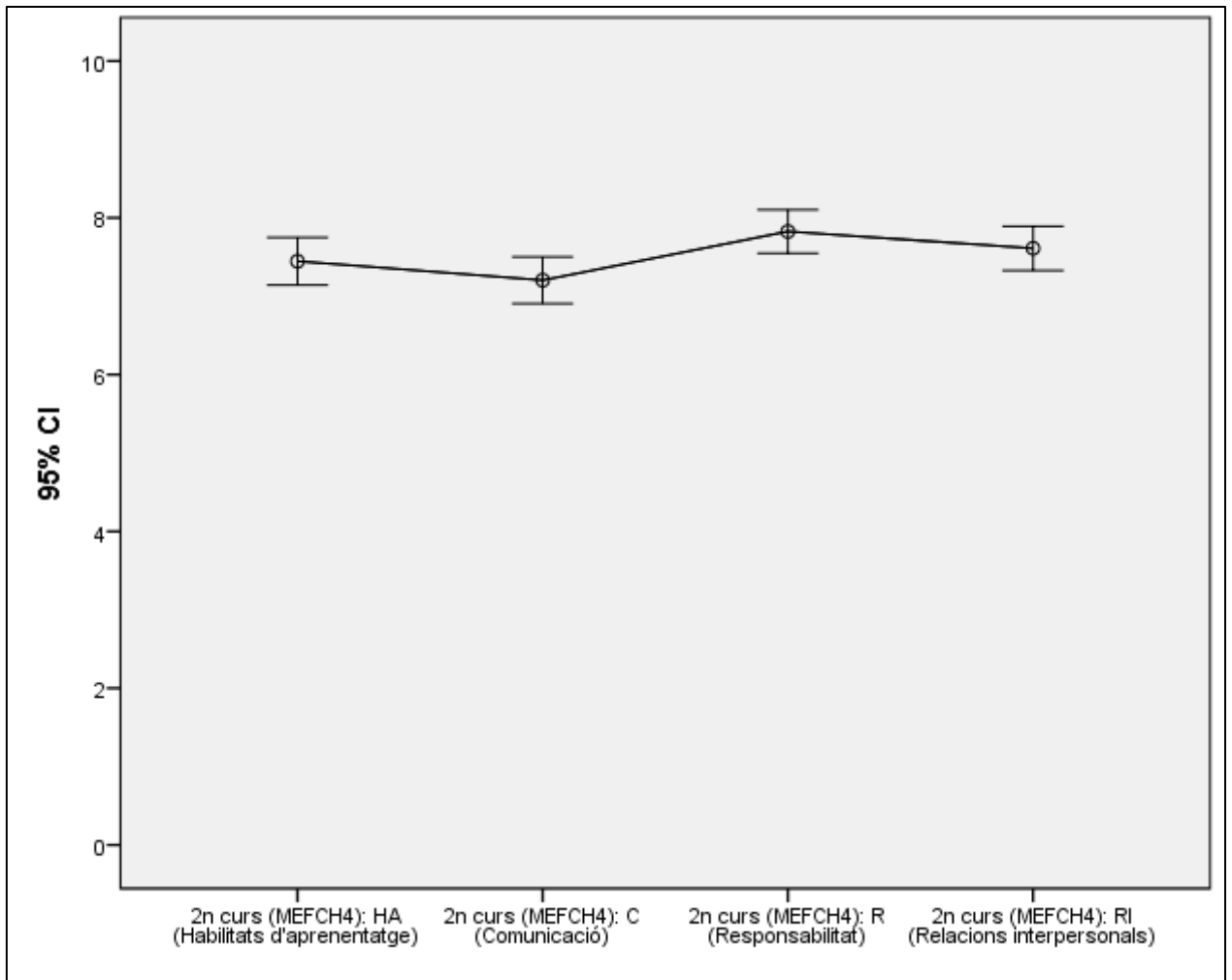


Figura 12. Comparativa de la dimensió Relacions Interpersonals entre 2n i 3r curs

#### 6.2.4. Contrast entre dimensions

Quan s'ha analitzat si hi ha diferències significatives entre les dimensions, dins de cada curs –amb la prova estadística F de Friedman–, s'observa que sí que n'hi ha a 2n (Chi-quadrat = 42,705; gl = 3; p = 0,000) però no a 3r (Chi-quadrat = 3,280; gl = 3; p = 0,350) (vegeu Figura 13 i Figura 14). Aquest fet, conjuntament amb els resultats comentats fins ara, es pot interpretar com una millora i un equilibrament entre les dimensions en l'evolució de 2n a 3r curs.



*Figura 13. Diferències entre dimensions a 2n curs*

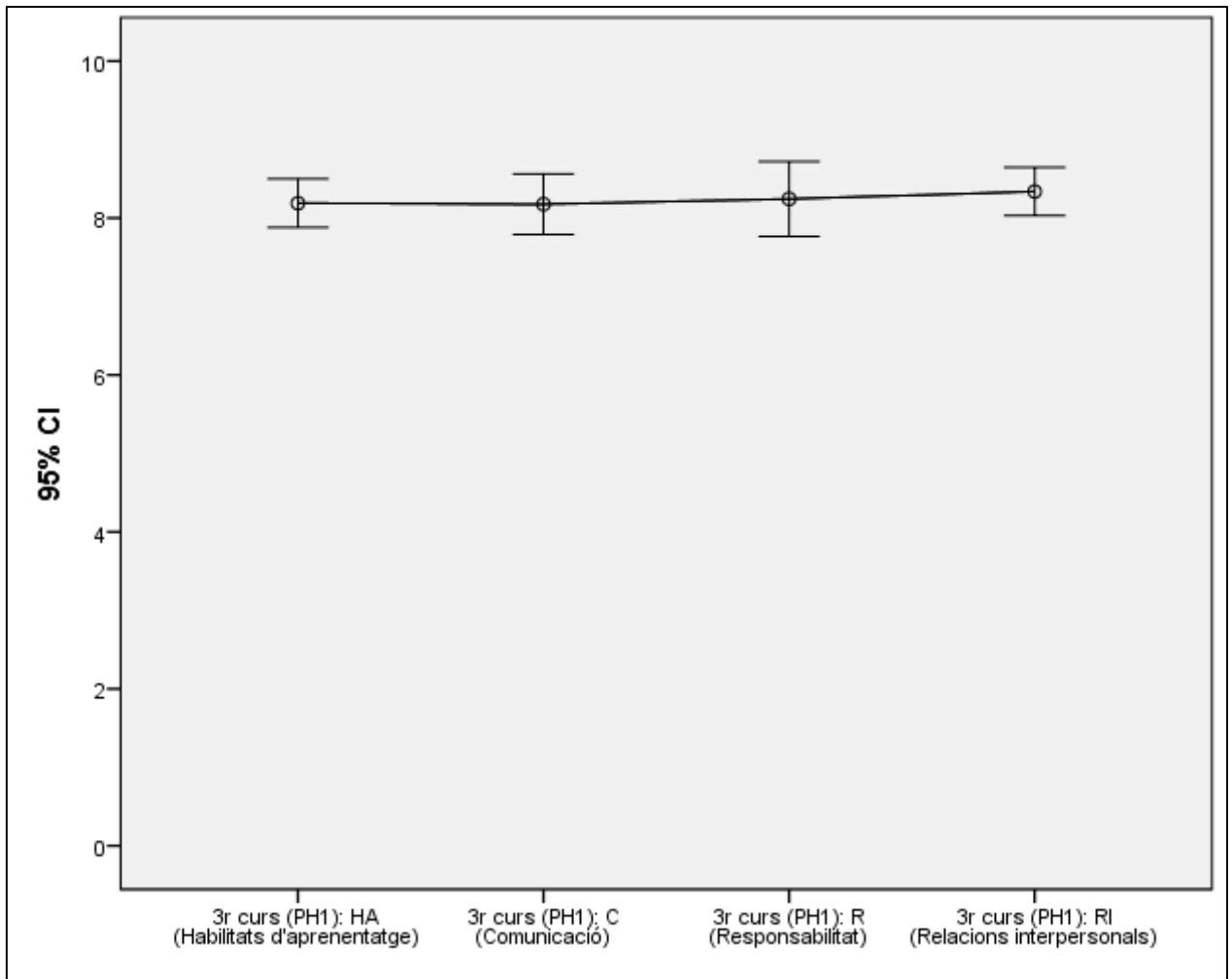


Figura 14. Diferències entre dimensions a 3r curs

### 6.2.5. Correlacions

Com es pot apreciar a la Taula 11, s'observa una correlació directa moderada, però estadísticament significativa, entre les avaluacions globals dels dos cursos ( $p = 0,000$ ). També s'observen correlacions positives i moderades, però estadísticament significatives ( $p < 0,05$ ), en les avaluacions de les quatre dimensions per separat essent la d'Habilitats d'Aprenentatge la més elevada ( $r = 0,464$ ).

Taula 11. Coeficient de correlació de Spearman entre els cursos analitzats

	Total	HA	C	R	RI
r (Spearman)	0,461	0,464	0,293	0,323	0,286
Sig. (p)	0,000	0,000	0,012	0,005	0,014
N	73	73	73	73	73

HA: Habilitats d'aprenentatge; C: Comunicació; R: Responsabilitat; RI: Relacions interpersonals

Que la correlació sigui moderada i significativa globalment (Figura 15) i entre les dimensions, es pot interpretar en el sentit que, per una banda, com s'ha dit abans, el grup ha millorat, i a més a més ha succeït que els que tenien puntuacions més baixes a segon curs tendeixen a tenir les puntuacions més baixes a tercer, malgrat la millora; al mateix temps, els que tenien les puntuacions més altes a segon són els que continuen amb les puntuacions més altes a tercer curs.

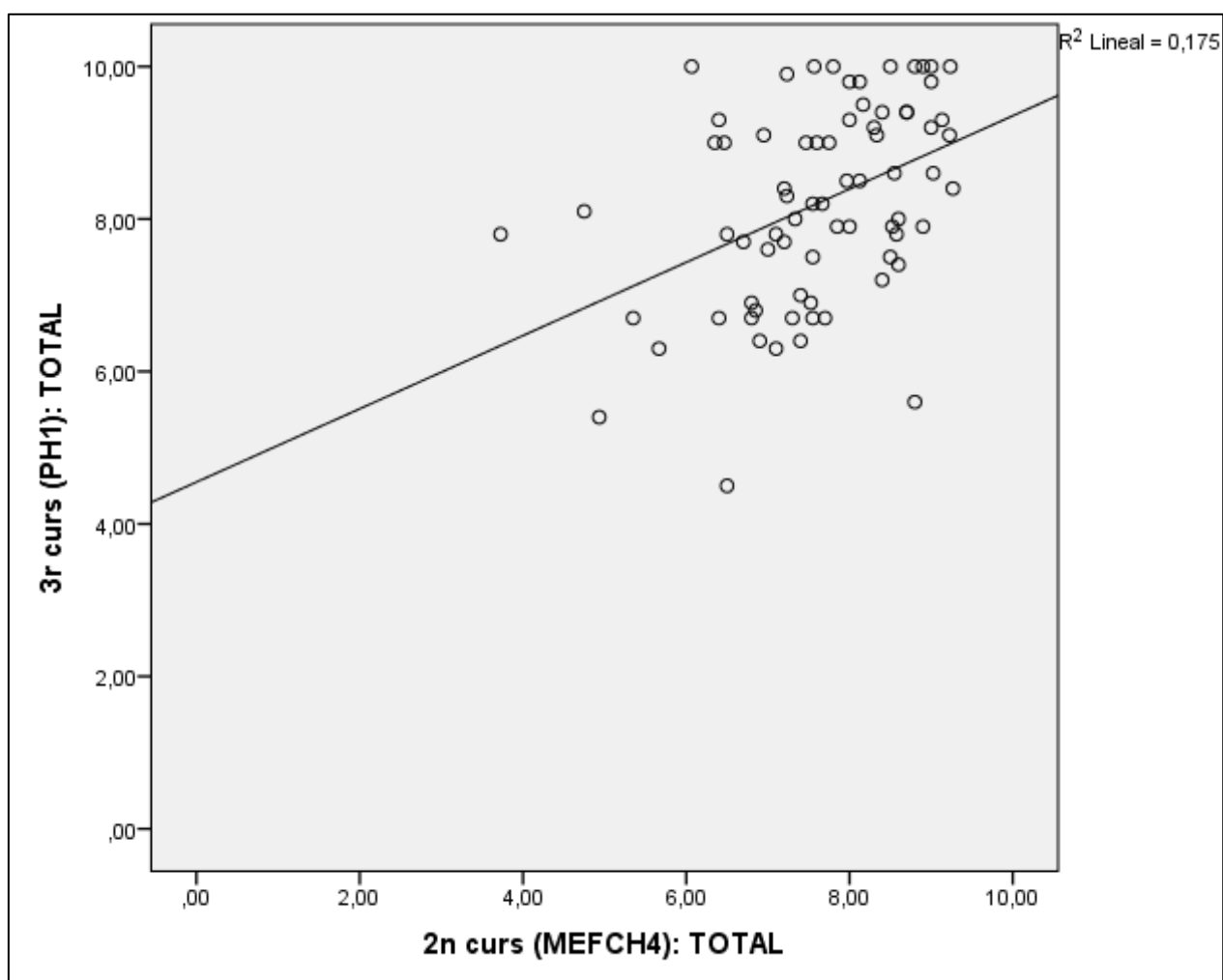


Figura 15. Gràfica de dispersió de la puntuació total entre 2n i 3r curs

## 6.3. Discussió

### 6.3.1. Respecte la percepció contextual

El professionalisme i la conducta ètica són essencials en la pràctica mèdica i la importància, per tant, no han de ser atorgades només a la formació i l'avaluació dels coneixements mèdics, sinó també als valors professionals. El concepte segons el qual el metge no ha de tractar malalties, sinó malalts es palesa en l'afirmació del professor Angel Sánchez en la seva definició del metge “d'especialista en la persona malalta” (Sánchez, 2008) en el seu discurs a l'*Academia de Medicina de Salamanca* on expressava la idoneïtat de tractar el pacient des d'un abordatge integral, no com un mer portador de malalties, sinó com una persona amb emocions, sentiments i dotat d'unes característiques biopsicosocials úniques. Autors com Rivero i Durante (2010) reivindiquen la tasca d'implementar els valors professionals des de l'inici dels estudis. Es per això que aquesta tesi tracta la millora de la formació dels estudiants de medicina en aquelles competències que faciliten i avalen l'assistència del pacient en tant que ésser humà, de la millor manera, implementant en la formació dels estudis de medicina les competències vinculades als valors i actituds professionals desitjables i esperables en el metge. Fins fa molt poc es pensava que aquests valors i el raonament crític s'aconseguien de manera espontània. Promoure el professionalisme és una part molt important de la formació mèdica, que comprèn un conjunt de valors, actituds i aspectes relacionals que no són fixos ni homogenis. (O'Sullivan i Toohey, 2008) van estudiar el desenvolupament professional en estudiants de medicina i van arribar a la conclusió que, per a l'adquisició dels corresponents valors i actituds professionals, en la formació calia incloure aspectes específics de professionalitat, juntament amb l'ètica i valors humanístics, com ara la integritat i l'honestedat, per exemple. Aspectes com ara l'empatia, la responsabilitat, l'honestedat i el respecte es consideren molt importants en el professionalisme mèdic. Avui dia però no existeix una definició exacta o consensuada del professionalisme i de les seves implicacions, malgrat que sigui necessària, i sí existeixi consens que cal que sigui avaluat. Tampoc hi ha un consens comú sobre la manera de mesurar la professionalitat dels estudiants de grau. Wilkinson *et al.*, 2006 varen classificar cinc dimensions en el mesurament de la professionalitat: l'adhesió als principis de la pràctica ètiques, les interaccions efectives amb els pacients, les interaccions efectives amb els professionals de la salut, la fiabilitat i el compromís amb



la competència. Rosselot (2006) també va tractar d'establir una llista de les diferents actituds que cal tenir en compte en els estudis de medicina basada en els principis i competències que podrien definir el professionalisme. Aquest llistat inclou aspectes com ara l'honestedat, la integritat, l'empatia, la confiança i el compromís, entre d'altres. Tot i que és àmpliament conegut i acceptat que el sistema ABP ajuda a desenvolupar valors professionals, aquests han de ser avaluats (Kelson i Distlehors, 2000).

A la Facultat de Medicina de la UdG, les sessions d'ABP són la clau metodològica fonamental en l'aprenentatge, no només de continguts sinó també dels valors professionals i la seva posada en pràctica s'expressa en els comportaments durant la tutoria. Segons alguns autors, determinats comportaments en etapes inicials de l'educació mèdica es correlacionen amb comportaments poc adequats durant la pràctica professional dels metges (Linne i Kirk, 2007).

L'Espai Europeu d'Educació Superior ha suggerit que cal realitzar un canvi global en els processos d'avaluació per tal d'examinar no només les competències específiques sinó també les transversals amb major profunditat. Per tant, sembla important l'avaluació en l'adquisició de valors professionals durant les sessions de tutoria d'ABP. En les tutories, quan s'avalua la professionalitat, s'incideix en la seva importància tant pels professors com pels estudiants. D'aquí la importància de comptar amb una eina eficaç per a l'avaluació d'aquests aspectes. Sembla ser a més, segons Linne i Kirk (2007), que per a l'ensenyament del professionalisme és important establir expectatives, realitzar avaluacions, i detectar i posar remei a conductes inapropiades, encara que per això calgui la implementació d'un canvi cultural. A aquest efecte es va manllevar i adaptar l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals presentada en aquesta tesi en la que s'estandaritzen els diferents aspectes professionals i d'actitud mostrats pels estudiants durant les sessions d'ABP, fruit d'aquesta anàlisi i com a resultat d'aquest estudi que aquí es presenta, disposem d'una nova versió millorada de l'escala, partint de la informació facilitada pels participants experts.

Les quatre dimensions que presenta l'escala d'avaluació formativa són, en coherència amb les afirmacions del director de la Fundación Lilly<sup>10</sup> (Gutiérrez, 2012, p. 28),: valors professionals relacionats amb l'aprenentatge d'habilitats, la comunicació, la responsabilitat i les relacions interpersonals, sempre presents durant les sessions d'ABP. L'avaluació i formació en valors i actituds professionals fomenta, doncs, la importància del “saber fer” dels estudiants.

L'escala sembla ser una eina eficaç per dur a terme el procés d'avaluació. Aquest estudi és un primer intent per optimitzar una eina d'avaluació pel que fa a la pertinença contextual, i no hi ha altres anàlisis de les escales d'avaluació d'ABP dels que s'han publicat fins ara que estudiïn la seva percepció contextual com és el cas que es presenta en aquesta tesi. En comparar l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals amb l'opinió dels informants experts, es pot dir que inclou la majoria dels aspectes professionals que els experts consideren importants, amb l'excepció de l'autonomia de l'estudiant, un llenguatge apropiat no verbal i el control emocional. S'ha de considerar l'afegir aquests nous elements susceptibles de millora de l'escala analitzada, ja que semblen ser importants per al desenvolupament de bones habilitats dels futurs metges. D'altra banda, certs elements de l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals no es consideren rellevants segons l'opinió dels experts consultats; aquest serien: la participació en la preparació de pla d'estudi, tenir la capacitat de fer les observacions pertinents, la contribució a la claredat, ser capaç de donar una crítica constructiva, i la contribució a l'aprenentatge en grup. Es requereix, doncs, una investigació addicional per confirmar si aquests cinc aspectes són necessaris o no.

L'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals esdevé una eina útil per a l'establiment de criteris uniformes entre els diferents tutors, facilita la sistematització de l'avaluació i l'autoavaluació per parells i la presa de consciència per part del tutor envers els estudiants del seu propi desenvolupament en l'adquisició de competències professionals. Dit això, l'èxit del procés d'avaluació també depèn d'altres aspectes, com ara la manera com s'implementa, així com de l'acceptació del canvi cultural previ

---

<sup>10</sup> Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-Universidad Complutense de Madrid

entorn els valors professionals en la institució, tant per part del cos docent com per part de la comunitat d'estudiants.

### **6.3.2. Evolució dels estudiants avaluats amb l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals**

L'ús de l'escala d'avaluació formativa duta a terme a la Facultat de Medicina de la UdG sembla ser efectiva, fins i tot en la dimensió de la responsabilitat. Cal esmentar el fet que, en d'altres estudis, la manca de responsabilitat és ben reconeguda en els estudiants de medicina pels seus companys (Ginsburg *et al.*, 2005).

En l'actualitat més de dos terços de les facultats de medicina del Regne Unit estan augmentant els seus procediments de selecció dels estudiants de medicina mitjançant proves de desenvolupament no només cognitiu, sinó també no cognitiu. Això és conseqüència de que, des de l'educació mèdica, cada vegada es té més clar que les proves selectives cal que incloguin més que les habilitats purament cognitives, en coherència amb les moltes altres habilitats subjacents de l'àmplia varietat de la multitasca que té encomanada el professional de la medicina. Aleshores, acceptant que els metges requereixen alguna cosa més que coneixements acadèmics i habilitats tècniques, cal cercar des d'un inici d'altres qualitats addicionals i seleccionar els candidats que o bé ja tenen aquestes qualitats o tenen un potencial del seu desenvolupament. En aquesta línia apareix un estudi que suggereix justament que el mesurament de les qualitats no cognitives i de caràcter personal en els sol·licitants a aquest tipus d'estudis podrien millorar la selecció dels estudiants de medicina, especialment en allò que es refereix al rendiment en les habilitats interpersonals i comportaments professionals que necessiten els futuribles metges (Adam *et al.*, 2012). Aquests autors van publicar el primer estudi exploratori per observar si el rendiment acadèmic i les conductes professionals que son importants en un context professional de la salut, poden ser predictius. Sugerint en les seves conclusions que el mesurament de les qualitats no-cognitives, és a dir les qualitats de caràcter personal en els postulants als estudis de medicina, podria fer una contribució útil a la selecció i a les decisions d'admissió.

Val a dir també que en la mateixa direcció algunes facultats de medicina d'altres països, com és el cas de la Facultat de Medicina de la Universitat de McMaster, els futurs estudiants de medicina ja fa anys que són seleccionats utilitzant no tan sols proves de contingut de coneixements, sinó a través de diferents processos de selecció qualitativa, com ara una carta de motivació com a primer filtre, una entrevista personalitzada en la qual el candidat és entrevistat per un professor de la facultat, un estudiant de medicina i un membre de la comunitat. Aquest tipus de processos permeten fer un cribratge congruent amb el perfil professional. En convergència amb aquesta línia, autors com ara Rivero i Durante (2010) coincideixen en la conveniència de fer un estudi per veure la vocació prèvia dels aspirants que permeti discernir quines són les motivacions que els porten a cursar estudis com els de medicina. Paral·lelament, Lundberg (2001) assenyala que actualment la vocació pels estudis de medicina pot estar pervertida i que l'interès de molts aspirants sol tendir vers l'exercici d'una professió econòmicament productiva.

Al nostre país el sistema d'accés als estudis simplement està determinat per una prova de selectivitat basada exclusivament en un examen de continguts de resultat quantitatiu a partir del qual s'accedeix als estudis universitaris de qualsevol tipus.

El fet de no efectuar cap selecció prèvia que consideri les motivacions, vocacions i personalitats òptimes respecte l'accés als estudis, possiblement pugui ser també un altre possible hipòtesi explicativa respecte els resultats obtinguts en la dimensió referent a la responsabilitat.

Resultats similars respecte la responsabilitat en els estudiants de medicina s'han trobat en l'estudi efectuat per O'Sullivan i Toohey (2008). Els autors tenien com a objectiu determinar si els aspectes específics de la professionalitat estaven poc desenvolupats en estudiants de medicina en estudiants de segon, quart i sisè del grau dels estudis de medicina. Realitzaren una comparativa que prenia com a referència els professors, on tant acadèmics com estudiants responien uns qüestionaris que descrivien uns escenaris determinants en els quals es plantejaven problemes que implicaven els valors professionals. Pel que fa als estudiants de segon curs, els resultats mostren que la responsabilitat i la rendició de comptes en les respostes estudiantils en 2/4 escenaris contestats van ser significativament diferents dels acadèmics. Per tant s'observa un

infradesenvolupament de la dimensió corresponent a la responsabilitat pels estudiants de segon, igual doncs, que en l'estudi aquí presentat.

Aprendre habilitats, comunicació i relacions interpersonals, en canvi, són les dimensions que varen mostrar una diferència estadísticament significativa en quan a la mateixa cohort d'estudiants que són avaluats en diferents moments en el temps.

Cal destacar que malgrat que no existeixi una definició precisa del professionalisme, segons autors com Ramírez (2009, p.331) el terme implica el compliment amb l'excel·lència i responsabilitat amb els deures i atributs d'un professional. En medicina el no fer-ho així dóna com a resultat una mala qualitat en l'atenció mèdica i el que és més greu encara, possibilita el posar en risc la vida dels pacients. D'aquí la importància d'estudis com els que presenta aquesta tesi en l'esforç per a la implementació de les actituds i comportaments professionals des d'un inici precoç en l'estudiant de medicina, d'una banda, i en la recerca d'instruments pertinents contextualment que permetin actuar com a facilitadors de la formació i l'avaluació conscient i, de l'altra banda, l'estudi de l'evolució dels estudiants avaluats i formats amb l'escala per tal de poder fer-ne un seguiment que faci possible el detectar a temps i corregir les possibles desviacions observades.

## CAPÍTOL 7. CONCLUSIONS, LIMITACIONS I PROSPECTIVES

Seguidament es mostren les conclusions derivades dels resultats d'aquesta recerca presentats en el capítol anterior, més concretament les que fan referència a l'experiència en l'ús de l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals, les de la pertinença contextual i les referents a l'evolució del grup d'estudiants avaluats amb l'escala avaluadora en valors i actituds professionals. Igualment es presenten en aquest darrer capítol les derivacions envers la pràctica formativa i els aprenentatges dels quals m'he nodrit al llarg d'aquesta recerca, així com les reflexions entorn els límits i perspectives que aquesta tesi formula.

### 7.1. Interrelació contextual escala-metodologia ABP: conclusions

Malgrat que aquesta tesi planteja el desenvolupament del professionalisme en els estudis de grau de medicina que utilitzen la metodologia ABP, voldria fer palès que tot i que aquest estudi focalitza la seva recerca en l'espai de la tutoria en el qual s'esdevé l'avaluació formativa dels valors i actituds professionals establerts a l'escala presentada al llarg d'aquest treball, aquest és només un moment de la metodologia de l'ABP. Els lligams entre la metodologia i aquesta part en la qual ens centrem presenten un seguit de vincles i impregnacions estretament relacionats, en tant que formen part d'un tot.

A tall de síntesi podríem establir que ambdós (mètode i avaluació formativa de valors) en la seva interrelació en el context **representen un canvi de concepció curricular amb un currículum integrat, però alhora integral** que s'allunya dels paradigmes metodològics clàssics, i que contempla la inclusió dels valors i actituds fins ara oblidats en els currículums tradicionals. La pròpia metodologia crea en l'escenari de la tutoria i el seu grup el context adequat per al treball cooperatiu, amb tots els paral·lelismes al treball en equip que l'estudiant en el seu futur rol facultatiu caldrà que desenvolupi, i és en aquest mateix escenari de treball col·laboratiu que cobren valor i significat les dimensions establertes en l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals: les habilitats d'aprenentatge, la comunicació, la responsabilitat i les relacions interpersonals, més enllà de la planificació per a la creació d'un substrat inicial en professionalisme.

**El mètode esdevé escenari, però també contingut** en la manera com es desenvolupa la metodologia. Els casos plantejats no busquen tan sols el coneixement, sinó que van més enllà en tant que contemplen l'esfera integral de l'ésser humà i per tant esdevenen un cúmul d'oportunitats d'aprenentatge no tan sols per al coneixement o habilitats, sinó també per les actituds professionals com el mateix Branda (2004) expressa. A tall d'exemple: en la fase de cerca posterior a la fase d'identificació d'objectius d'aprenentatge del cas és on la responsabilitat compartida i les habilitats d'aprenentatge de cadascun dels integrants emergeixen. En les discussions de la tutoria és on s'evidencia de facto l'esfera comunicativa, i de relacions interpersonals en cadascun dels seus membres. I tanmateix i de manera continuada és en l'avaluació de la intervenció del cas on es contemplant no només a quina meta arribem, sinó en el que és tan o més important: el com s'hi arriba. I aquesta manera d'arribar al repte, cuidant el camí per l'autopista de l'excel·lència, és el que Branda (2007) descriu com les condicions i estàndards de conducta per arribar a un aprenentatge efectiu, en el que ell considera que ha de ser una bona dinàmica de grup “la cual es frágil como una mariposa, que lleva mucho tiempo construir però que rápidamente puede morir” (Branda, 2007, p. 26).

**Les dimensions registrades a l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals representen també les condicions òptimes per al bon funcionament grupal i de treball.**

**Mètode i escala construeixen alhora una estructura bàsica sobre la qual articular l'aprenentatge dels valors professionals de metge del futur.** La metodologia de l'ABP inicia els estudiants des del principi en unes bones pràctiques tant pel que fa als bons hàbits docents respecte a competències com l'autoaprenentatge, recerca, reflexió, síntesi, capacitat crítica, avaluativa o autogestora del coneixement, però també en la interacció de l'estudiant de medicina amb el seu entorn més immediat que és el medi d'aprenentatge.

**Coherència en la interrelació mètode-escala:** El mètode ABP prioritza en termes generals la concreció i l'aplicabilitat; el fet de disposar d'una escala que defineix sense ambigüitats allò esperable i quantificable pel que fa a una qüestió que podria prestar-se

a certa abstracció conceptual com és el cas dels valors, clarifica expectatives i ofereix concreció a tutors i estudiants.

**Mètode i escala recreen ambdós el clima propici de simetria en la relacions:** Tan si entenem aquestes en el sentit tutor-alumne, en tant que l'estudiant disposa també d'una escala d'avaluació pel tutor, com en el rol futur del que hauria de ser posteriorment la relació metge-pacient, el germen del qual comença a treballar-se en el substrat de valors d'interacció descrits a l'escala i aplicats en la tutoria.

Aquestes són, doncs, les consideracions que en la seva interrelació fan de l'ABP el mètode continent i contingut d'una avaluació formativa en actituds i valors que transmet a l'estudiant i futur professional més enllà de la tutoria i de la clínica, el que és una educació per la vida no tan sols en l'esfera laboral sinó també relacional.

## **7.2. Conclusions referents a la utilització de l'escala avaluadora en valors i actituds professionals**

La implementació de l'experiència en la utilització d'una escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals comporta un seguit de reflexions, tant per l'estudiant com pel tutor com per la mateixa institució, amb un seguit d'implicacions i aportacions les quals pivoten entorn tres fases: La fase del disseny curricular, la fase interactiva i la fase avaluadora, encara que totes tres estan íntimament relacionades entre sí.

### **7.2.1. Fase de disseny curricular**

Aquesta etapa correspon a la fase de planificació inicial i es fa evident en la memòria dels estudis de grau de Medicina de la UdG, el compromís amb la metodologia docent rectora quan defineix que el model metodològic per l'estructuració del Pla d'Estudis és l'ABP (Universitat de Girona, 2007; p. 36). És en aquest mateix apartat que el document considera les actituds necessàries dels futurs metges: *Aquesta metodologia basada en l'aprenentatge actiu dels alumnes té per objectiu l'aprenentatge continu mitjançant el desenvolupament de competències vinculades a nous coneixements, habilitats, i actituds necessaris dels nous metges en l'entorn clínic* (Universitat de Girona, 2007; p. 36). En coherència amb aquesta afirmació de la memòria respecte



L'aprenentatge de les competències en actituds, s'adopta l'opció metodològica de l'ABP en la seva implementació pràctica. Així mateix, s'adopta l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals per a les tutories d'ABP com a educació i avaluació del professionalisme en aquest context, previ al tracte amb el pacient. Aquesta decisió es pren en tant que es va considerar que en aquesta etapa l'escala d'avaluació comportaria un seguit d'avantatges com així ha sigut. Es podria concloure que la seva utilització esdevé una estratègia de desenvolupament, motivadora, que ajuda a desenvolupar la capacitat crítica i reflexiva, que compromet l'estudiant, que promou l'honestat i que proporciona informació al tutor ja que contempla criteris explícits, oberts a interrogació, disponibles des del principi i comuns a tot l'equip docent i a la comunitat estudiantil.

L'esmentada escala esdevé a més una eina docent facilitadora en tant que forma i avalua l'aprenentatge en el professionalisme des del comportament observable, i evident, essent aquesta la seva unitat d'anàlisi. També permet avaluar des de l'objectivació d'allò observable a les tutories i establir criteris comuns avaluadors per a l'equip docent el qual disposa d'uns indicadors clars i fàcilment objectivables. És a més coherent amb la metodologia d'ABP emprada per la institució, en la qual els casos no tenen una focalització exclusivament biomèdica, sinó que el seu plantejament va molt més enllà abraçant elements socials i psicològics, entre d'altres.

L'instrument permet addicionalment un procés d'innovació docent, ja que fins fa poc es considerava que l'adquisició del professionalisme i les seves conductes es produïa de manera espontània, igual que d'altres com ara el pensament crític o el judici clínic. Per tant, era un tema que no es treballava explícitament en els plans docents dels estudis de medicina. L'instrument avaluat en aquesta tesi és, doncs, una manera d'incrementar l'aprenentatge associat a l'experiència avaluadora.

### **7.2.2. Fase interactiva**

En aquesta fase es produeixen les interaccions dels estudiants i tutors amb l'escala. A manera de síntesi, es podria concloure que és en aquesta fase que la presa de contacte amb l'escala presenta un seguit d'aspectes avantatjosos que es podrien resumir en el fet

que la seva utilització contempla l'avaluació des de la seva percepció més àmplia de l'aprenentatge, en tant que contempla els processos com un aprenentatge que serveix no només per l'exercici de l'art de la medicina, sinó com un aprenentatge per a la vida i de creixement personal. Així l'estudiant té un marc clar i definit del que s'espera d'ell des de l'inici i rep els inputs de companys i del tutor per modular el seu procés de millora continuada, al marge que és convidat des de l'autoreflexió a la seva autoavaluació tenint una guia que l'ajuda en el moment de revisar el seu propi desenvolupament. I per tant, des de tots aquests *feedbacks* multidireccionals, pot aprendre dels errors, essent conscient de determinades carències i posar-hi remei, aspecte motivador que l'ajuda en el seu progrés. L'escala facilita el *feedback* del grup, l'observació-avaluació, el procés reflexiu d'autoavaluació, d'autoregulació, de coavaluació i de col·laboració en un contínuum d'aprenentatge i avaluació, d'una manera activa i participativa per part de l'estudiant procés en el qual la qualificació queda justificada i transparent. Conseqüentment, s'afavoreixen l'adquisició de les competències avaluadores ja sigui autoavaluadores i d'avaluació per parells, entre d'altres, en la seva utilització. Com efecte addicional, prepara el futur professional per la pràctica autònoma de determinats comportaments fent-lo autònom per a la promoció del "saber fer", essent el seu plantejament de caràcter formatiu en les quatre dimensions clau: responsabilitat, relacions interpersonals, habilitats d'aprenentatge, i comunicació. Esdevé, doncs, una avaluació de processos en la qual l'estudiant pot evolucionar i millorar constantment, en un rol actiu i responsable del seu procés constructor de l'aprenentatge. Li permet integrar comportaments i valors pertinents en tant que educa en aquests al llarg dels sis anys de manera constant, i contribueix al desenvolupament de la qualitat en els futurs professionals ja que l'escala s'utilitza en totes les assignatures del grau. Tot això es realitza al llarg de tot el temps que duren els estudis de medicina.

### **7.2.3. Fase avaluadora**

La memòria dels estudis especifica clarament les característiques de l'aprenentatge que l'estudiant ha de participar activament en el seu procés d'aprenentatge, desenvolupant, entre d'altres, les seves capacitats d'avaluació (Universitat de Girona, 2007; p. 37). Des d'un protocol avaluador i des d'unes dinàmiques prèviament explicitades que es

concreten en l'instrument materialitzat en l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals, que possibilita una participació activa de l'estudiant en l'avaluació en la seva i en la dels companys, gràcies a l'escala s'avaluen competències contextualment, donat un cas clínic i una situació concreta es produeixen uns comportaments concrets, els quals són avaluats dins el grup de tutoria, seguint un conjunt de criteris prèviament coneguts per l'estudiant. Aquest fet dóna sentit a la tasca avaluadora ja que implica unes qualificacions rellevants, realistes i estimulants, alhora formatives i sumatives. Permet a l'estudiant automodular-se pel que fa a la consecució dels objectius esperables, i ajuda tots els actors implicats en la tasca d'avaluar amb uniformitat els 80 estudiants dividits en grups els quals tenen tutors diferents, però que comparteixen uns criteris comuns explicitats en l'escala.

### **7.3. Conclusions de l'estudi referent a la pertinença contextual**

Amb aquest estudi es conclou que l'escala és una eina eficaç per a l'avaluació dels valors professionals durant les sessions d'ABP. Catorze de les vint subdimensions incloses a l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals són rellevants d'acord a l'opinió d'experts i, per tant, han de ser incloses en una eina per avaluar les actituds i valors referents al professionalisme. Per tal d'adaptar i millorar la qualitat de l'escala, però, s'han d'incloure nous elements: l'autonomia de l'estudiant, el raonament clínic, l'ús d'un llenguatge apropiat no verbal, la capacitat de seguiment, la capacitat de controlar les emocions i el vessant més emocional de les relacions. Es requereix, no obstant, investigació addicional per confirmar si els cinc punts que no es consideren importants pels experts han de ser inclosos o no. Amb tot, l'anàlisi de pertinença contextual de l'escala és conclouent envers les coincidències de l'escala analitzada i els elements de millora.

Pel que fa a les dimensions, podem afirmar que en termes específics la dimensió corresponent a les *Relacions interpersonals* és la que té la majoria de les subdimensions considerades. Tenir un comportament de col·laboració és l'element en el qual més observacions dels experts coincideixen.

En analitzar els elements que falten, només cinc de les subdimensions del qüestionari actual no són esmentades per cap dels experts; aquestes són les següents: contribució en la preparació del pla d'estudi, contribució de l'estudiant a la claredat, a fer comentaris rellevants, contribució a l'aprenentatge grupal, i en la realització de la crítica de forma constructiva.

Respecte a la dimensió *Habilitats d'aprenentatge*, la subdimensió corresponent a la preparació dels elements d'un pla d'estudi i la seva contribució al grup d'aprenentatge no van ser considerades per cap dels experts consultats. D'altra banda, aspectes com l'autonomia, i el raonament clínic les esmenten dos dels informants experts (Ciril Rozman i Randol Barker), tot i no estar incloses a la rúbrica. Tres experts diferents (Maria Nolla, Miquel Vilardell i Ciril Rozman) posen l'accent en el pensament crític i l'anàlisi.

En relació amb la dimensió corresponent a la *Comunicació*, els aspectes no esmentats pels experts són la contribució dels estudiants a la claredat dels conceptes estudiats i la seva capacitat per fer les observacions pertinents. D'altra banda, es van obtenir noves propostes de millora d'acord amb els comentaris dels experts. Albert Jovell va considerar que era important incloure una subdimensió referent al llenguatge no verbal adequat; Jordi Palés també va considerar la comunicació entre metge i pacient com un aspecte important a contemplar, tot i que l'estudi aquí presentat analitza la fase prèvia al contacte de l'estudiant de medicina amb el pacient. Les habilitats de comunicació són molt importants per a cinc dels set experts consultats. La comunicació s'entén en dos nivells diferents: entre col·legues i amb els pacients. Aquest últim aspecte no s'avalua durant les sessions de tutoria d'ABP per la naturalesa intrínseca de les tutories.

Pel que respecta a la dimensió *Responsabilitat*, la subdimensió corresponent a la comprensió dels temes no va ser esmentat per cap dels experts consultats, mentre que Albert Jovell va incloure la capacitat de seguiment en el temps com a rellevant. Subdimensions relacionades amb la puntualitat i l'assistència a les sessions d'ABP només s'esmenten per un dels experts. La responsabilitat, tant social com individual, entesa aquesta última com els estudiants que duen a terme recerques en determinats camps del coneixement, es considerada important per la majoria dels experts consultats.

Finalment, la dimensió *Relacions interpersonals* va ser la majoritària respecte les subdimensions identificades pels experts. Només l'element de crítica constructiva no va ser esmentat, tot i dos nous suggeriments de millora a van ser proposats al respecte. Miquel Vilardell va proposar considerar un tema relacionat amb el control de les emocions i Maria Nolla també va proposar la inclusió respecte el vessant emocional en les relacions amb els seus col·legues. L'empatia va ser una de les actituds que va ser considerada més important per part de tres experts diferents.

Per concloure, doncs, podríem afirmar que seria plausible considerar que l'escala en termes generals, tenint en compte els resultats, és un instrument adequat per avaluar els valors i actituds professionals esperables d'un estudiant de grau en medicina durant les tutories d'ABP i és pertinent amb el context. Catorze de les vint subdimensions són considerades pels experts com a rellevants, malgrat la potencial incorporació de determinades subdimensions que de ser introduïdes la farien susceptible de millora. Sembla ser, doncs, un substrat d'avaluació formativa vàlid dins el context de les tutories per a començar a treballar els valors professionals des d'un inici en tots els mòduls o assignatures de manera transversal i durant el grau dels estudis.

#### **7.4. Conclusions respecte l'evolució del grup d'estudiants avaluats amb l'escala avaluadora en valors i actituds professionals**

Pel que fa a l'evolució del grup avaluat amb l'escala avaluadora en valors i actituds professionals dins la tutoria d'ABP, podem concloure que la cohort de la qual hem fet el seguiment al llarg del temps, com a grup en general, presenta una millora. Per tant, hi ha un assoliment respecte les pretensions inicials que varen apostar per la implementació a la facultat respecte la modalitat d'avaluació formativa i els resultats obtinguts temps després.

Respecte les dimensions avaluades Relacions Interpersonals, Habilitats d'Aprenentatge, Comunicació i Responsabilitat totes elles presenten una millora.

## 7.5. Derivacions envers la pràctica formativa

Pel que fa a les derivacions envers la pràctica formativa fruit de les conclusions trobades en aquesta recerca, podríem dir que l'escenari que ens dibuixen esdevé un paisatge diferent del que trobem en l'actualitat i de manera majoritària a les facultats de medicina. Aquest nou paisatge que emergeix es perfila amb unes directrius clarament esperançadores pel que fa al disseny curricular dels estudis per a l'ensenyament-aprenentatge del professionalisme en medicina, de manera que podríem afirmar que els valors professionals són considerats competències clau en l'ensenyament dels estudis de medicina, al mateix nivell que d'altres competències. Per tant caldria que això fos contemplat curricularment en el disseny dels plans d'estudi. De la mateixa manera, els valors i actituds professionals caldria que fossin treballats i avaluats explícitament al llarg del grau i postgrau. Alhora, durant els estudis de grau, caldria que es treballessin i avaluessin transversalment, és a dir, en totes les assignatures, en tant que són competències transversals dignes de ser considerades d'aquesta manera, i no de manera estanca com a assignatures amb principi i final.

Cal considerar que els valors i actituds professionals esdevenen un punt de fulcre important en tant que canvien les relacions de verticalitat del passat envers el pacient per relacions horitzontals i simètriques, tal i com ho fa la metodologia d'ABP en els rols professor-estudiant.

Atenent als resultats d'aquesta tesi l'ús de l'escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals, sembla ser efectiva entre els estudiants de medicina amb els quals ha estat utilitzada, en totes les seves dimensions.

S'ha de tenir en compte el fet que els estudiants que han efectuat l'entrenament utilitzant la metodologia d'aprenentatge de l'ABP, milloren les seves conductes i actituds professionals; això és un punt de partida encoratjador que ens fa pensar que malgrat que calen més estudis com el que presentem aquí, caminem en una bona direcció en la implementació de metodologies i instruments innovadors per aconseguir uns millors resultats pel que fa a professionals de la medicina practicants i militants de l'humanisme en l'atenció en la salut.

## 7.6. Límits i prospectiva de la recerca

Val a dir que, com tota recerca, aquesta també presenta determinades limitacions de les quals som conscients, en tant que l'escala durant les sessions d'ABP avalua l'adquisició de competències professionals en un entorn reduït i controlat, com són les tutories realitzades en grups de 10 estudiants. No obstant, és un primer pas de conscienciació i d'avaluació abans no passin a l'etapa de pràctiques d'atenció primària o hospitalària, i posteriorment a la vida professional real. A més, cal esmentar, respecte les limitacions, la possibilitat real que certs papers s'adoptin de forma automàtica i rutinària, sense estar completament interioritzats pels estudiants. Seria interessant implementar una altra escala d'avaluació, en fases posteriors més orientada a avaluar les competències professionals d'aquest tipus, quan els estudiants comencen a treballar amb els pacients, familiars i altres professionals de la salut, és a dir per a fases posteriors. Caldria plantejar-se si la translació de comportaments i actituds que es treballa dins la tutoria s'efectuarà convenientment en el mitjà hospitalari durant les pràctiques, escenari en el qual l'estudiant rep una forta influència dels modelatges observats en aquest període. Caldria doncs plantejar-se, si per assegurar-se una extrapolació d'aquests valors lligats a la professió fora útil el disseny d'una nova escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals, adaptada, però, al nou escenari, evitant la previsible reproducció de rols mecànics i estereotipats fruit de possibles modelatges no desitjats (Bandura, 1987) del nou medi. En tant que l'educació de l'estudiant de medicina, doncs, es duu a terme en molts moments i llocs, i no tan sols a les sessions de tutoria. Amb tot, però, l'experiència aquí presentada esdevé un punt de partida de substrat preparatori per a escenaris posteriors que requeriran intervencions adequades i adaptades als nous contextos, però que gaudiran d'un constructe previ de base sobre el qual assentar nous constructes.

Tot i això, la recerca aquí presentada esdevé una contribució al desenvolupament de la qualitat en els futurs professionals, en el seu aspecte més innovador en tant que des de la vessant de la qualitat docent implica la planificació exhaustiva, per treballar i avaluar de manera explícita i sistemàtica el professionalisme, fet que, fins aquest moment, no era contemplat en els plans docents dels estudis de medicina. Aporta, doncs, millores en la

preparació del futur professional per la pràctica autònoma de determinats comportaments, fent autònom l'estudiant en la promoció del "saber fer", essent el seu plantejament de caràcter formatiu en les quatre dimensions clau: responsabilitat, relacions interpersonals, habilitats d'aprenentatge, i comunicació (Gutiérrez, 2012), competències que, com diu l'autor, que no tenen caducitat. Aquesta esdevé una avaluació de processos en la qual l'estudiant pot evolucionar i millorar constantment, en un rol actiu i responsable del procés constructor del seu aprenentatge. Podem afirmar, doncs, que l'eina contempla l'avaluació des de la seva percepció més positiva de l'aprenentatge, en tant que contempla els processos com un aprenentatge que serveix no només per l'exercici de l'art de la medicina, sinó com un aprenentatge per a la vida i de creixement personal per a l'estudiant.

Esdevé positiu el fet que les dimensions corresponents a habilitats d'aprenentatge, comunicació, responsabilitat i relacions interpersonals siguin estadísticament significatives en ser mesurades en diferents moments al llarg del temps, cal considerar un seguit de limitacions també en aquesta troballa. Els resultats aquí presentats en el capítol anterior es basen en l'anàlisi de dos mòduls específics utilitzant una mostra relativament petita, d'altra banda, però, la única disponible a la UEM de la Facultat de Medicina en el moment que varen ser alliberades les dades utilitzades per aquest treball. Relativament poc temps després, la UEM va fer un gir pel que fa a les seves funcions, objectius i perfils professionals que integraven la unitat.

Malgrat que els estudiants són els mateixos cal tenir en compte que el seu interès envers el mòdul i el seu contingut pot ser diferent, depenent dels seus gustos i preferències personals. D'altra banda, els tutors són diferents per a cadascun del grup dels mòduls i els seus criteris en l'avaluació dels valors professionals i actituds en les sessions de tutoria de l'ABP poden ser lleugerament diferents. Finalment, la hipòtesis de que, a causa d'un període de divuit mesos d'entrenament utilitzant la metodologia d'aprenentatge de l'ABP, els estudiants probablement millorin les seves conductes i la seva professionalitat és un argument a tenir en compte si contemplem a més que prèviament no han estat entrenats abans en aquesta estratègia d'aprenentatge concreta; malgrat tot, però, existeix la possibilitat de que per obtenir una millora substancial



respecte els valors i actituds professionals sigui necessari un període més llarg que el que aquí s'analitza que és d'un any i mig.

Les investigacions futures haurien d'anar encaminades a ser realitzades amb una mostra major, que contemplés altres mòduls de pla d'estudis del grau de Medicina després d'un període més llarg en l'entrenament metodològic de l'ABP amb la finalitat d'analitzar l'efectivitat de les intervencions en l'avaluació del professionalisme en els estudiants durant les sessions d'ABP. Així mateix, caldria la realització d'estudis comparatius entre estudiants que, utilitzant l'estratègia de l'ABP, han estat seleccionats per ser posseïdors d'un determinat perfil professional buscat, versus d'altres que el seu accés als estudis escollits és per un sistema selectiu basat en qualificacions numèriques com passa al nostre país.

### **7.7. A mode d'epíleg: aprenentatges com a investigadora**

Els aprenentatges adquirits al llarg del camí de la recerca que suposa qualsevol tesi, i aquesta no n'ha estat una excepció, han anat apareixent en diferents moments, al llarg del procés, amb diferents descobertes que alenaven la caminada. D'altres aprenentatges han sorgit fruit de replantejaments en la recerca, o de viaranys que rectificuessin un camí que em conduís a trobar els paisatges que plantejàvem en forma de preguntes a l'inici d'aquest treball. Durant el viatge hi ha hagut moments per a tot, de satisfaccions, de troballes, de pèrdues com la del Dr. Albert Jovell que, com a participant expert, oferia les seves reflexions i les seves propostes. Amb tot, malgrat partides com aquesta darrera, que ens deixen a tots amb la profunda sensació d'orfandat que provoquen indefectiblement, i sempre, la partida dels grans mestres, vull pensar que abans de marxar, amb la generositat que el caracteritzava, ens ha deixat el seu llegat, els seus pensaments més profunds envers els valors de la professió que ostentava i que he tingut la sort de poder recollir-los en aquest treball. La caminada, no cal dir, ha suposat un creixement professional i també un de molt important, el personal, no només amb la teorització dels valors d'una professió, sinó amb la constatació de la pràctica diària i generosa d'aquests per part de tots aquells que d'una manera o altra hi han col·laborat, en una lliçó pràctica de saber fer. He après com cercar informació amb rigor, on buscar-la dins el blau immens de l'oceà de les publicacions, i llegir-la amb sentit crític per a

contextualitzar-la en temps i espai i per a utilitzar-la adequadament. Documentar-me, ara sobre qualsevol tema de manera rigorosa és un exercici pràctic que he adoptat quan abordo una temàtica nova. Establir-ne el context teòric, i allò que els estudiosos n'han publicat, i que em situa, i referencia l'assumpte dins un marc.

Ha estat important per a mi contactar amb fonts de primera mà, experts, veterans i referents en l'àmbit de l'educació mèdica, com ha estat el cas de la tesi que teniu a les mans, trucar a la seva porta, i demanar-los de compartir el seu coneixement per a la recerca de la millora en la docència del professionalisme en els futurs metges. Gaudir del seu saber tothora ha estat un exercici que m'ha fet comprendre que la recerca no té límits, si tenim l'esperit de buscar l'excel·lència de la millor manera per anar més lluny en el coneixement. Planificar una cronologia com a eina de treball facilitadora per a situar-me en el temps dins un seguit de tasques que possibilitessin arribar als objectius desitjats, ha estat de gran ajuda, diria que quasi tant com la brúixola que marcava el rumb del viatge. Sense ella, en aquest cas sense el cronograma, desorientar-se en una travessia tan llarga com ha estat aquest treball hauria estat possible amb tota seguretat; no obstant, el cronograma situava el nord de manera ferma, i m'ha ajudat en la modulació dels *tempos* i horitzons.

He pres consciència, també, que les innovacions cal analitzar-les i avaluar-les per a poder-les sostenir i corroborar davant la comunitat científica. I també en aquest recorregut de millora en l'escriure i reescriure, he incorporat a la manera de fer quotidiana en la disciplina d'ordenar i reordenar per a expressar amb claredat idees i raonaments. La tesi, doncs, ha estat una oportunitat d'aprenentatge constant al llarg dels anys que m'ha costat finalitzar, però aquests aprenentatges, tots ells, m'han regalat la ocasió per a la reflexió profunda en aquest mirar enrere i poder fer visible l'experiència dels meus anys com a docent a la Universitat, i tot allò que m'han aportat les experiències de la implementació d'una nova metodologia com és l'ABP, i la implantació en uns estudis tan complexos com els de medicina en una facultat de nova creació. Sembla paradoxal que per materialitzar això hagi calgut un temps però sovint, mentre estem vivint el procés, tot s'esdevé tan ràpid i vertiginós, obligat per les necessitats del dia a dia, que cal cert temps per a poder parar-se, asseure's en una pedra al marge del camí, i contemplar el paisatge que tenim al davant per a poder entendre que aquest és fruit d'un paisatge anterior en el temps i en l'espai. Per adonar-se que allò

important dels escenaris presents és que tots provenen de diferents punts de partida i de trobada, de les aportacions dels altres caminants, i que queden molts camins encara per fer amb moltes descobertes, i molts paisatges nous, fruit del treball i del rigor. Aquesta tesi m'ha ofert un bell obsequi: saber que vull seguir la caminada de la recerca. Però amb l'enriquiment de totes les competències anteriorment descrites que són, ara ja, part del meu bagatge personal i professional, i em permetran extrapolar-les i inferir-les a futurs estudis i publicacions. Gràcies al procés d'aquesta tesi, he visualitzat aspectes claus per entendre el paisatge, la importància del rigor metodològic i l'art de saber mirar, m'han ensenyat que cal mirar més enllà de la línia que dibuixa l'horitzó per a poder entendre la magnitud, i complexitat d'allò que aparentment no es veu a simple vista, anar sempre més lluny en la cerca de l'excel·lència, ni que això impliqui perllongar el trajecte per a trobar quelcom més que aportí al coneixement un valor afegit en l'art de l'ensenyament-aprenentatge de la professió mèdica. Seure i repensar allò que he fet meu i que m'ha estat transmès de tots els actors al llarg de la meva professió: pacients, familiars, experts, estudiants, metges, docents... En un intercanvi constant de maneres de fer, de sabers, de forteses i febleses, d'errors dels quals aprofitar la oportunitat que presenten per extreure'n noves adquisicions de coneixement, ha estat un exercici ple d'esforç però també de satisfaccions, sobretot quan penso que d'alguna manera l'equip dels qui treballàvem plegats a la UEM de la Facultat de Medicina de la UdG dirigits pel Luis Branda durant aquells anys de lluita per a la implementació d'una nova metodologia docent, d'intentar guanyar la resistència als canvis, de provar de fer les coses d'una altra manera a "com s'havia fet tota la vida", de debats, de formació, d'organització de cursos en ABP pels nous docents, de jornades laborals de més de dotze hores, i de feina amb i per als estudiants... Aquells temps, durs i il·lusionants alhora, foren el germen de la tesi que teniu ara a les mans. El nostre era un treball cooperatiu per aconseguir arribar al resultat final del nostre somni: la humanització en l'exercici de l'art de la medicina.

## ANNEXOS

### ANNEX 1. Qüestionari d'avaluació dels estudiants sobre valors i actituds professionals

1.a): Escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals (20 ítems)

#### AVALUACIÓ DE L'ESTUDIANT DURANT I AL FINAL DEL MÒDUL/BLOC

<b>HABILITATS D'APRENENTATGE</b>				
<b>L'estudiant:</b>				
1	Ha mostrat molt sovint l'habilitat per identificar les àrees d'aprenentatge rellevants als problemes	2		
	Ho ha mostrat sovint		1	
	No ho ha mostrat			0
2	Ha utilitzat molt sovint el seu coneixement previ per identificar àrees d'aprenentatge relacionades amb els problemes	2		
	L'ha utilitzat sovint		1	
	No l'ha utilitzat			0
3	Ha contribuït molt sovint a la preparació del pla de treball del grup, escollint les àrees d'aprenentatge i justificant-les de forma raonada	2		
	Hi ha contribuït sovint		1	
	No hi ha contribuït			0
4	Ha demostrat molt sovint la comprensió de les àrees de coneixement escollides explicant-les i sintetitzant-les raonadament	2		
	Ho ha demostrat sovint		1	
	No ho ha demostrat			0
5	Ha fet molt sovint una anàlisi crítica, contrastant i aplicant els coneixements aportats al cas problema	2		
	L'ha fet sovint		1	
	No l'ha fet			0
		<b>TOTAL</b>		

<b>COMUNICACIÓ</b>				
<b>L'estudiant:</b>				
6	Se ha expressat molt sovint de manera clara i precisa evitant les redundàncies	2		
	S'hi ha expressat sovint		1	
	No s'hi ha expressat			0
7	Ha fet molt sovint comentaris per aclarir el que es discuteix en el grup	2		
	Ho ha fet sovint		1	
	No ho ha fet			0
8	Ha participat molt sovint en les discussions del grup sense interrompre als seus companys i escoltant de manera activa	2		
	Ho ha fet sovint		1	
	No ho ha fet			0
9	Ha fet molt sovint comentaris rellevants als temes discutits en el grup	2		
	Ho ha fet sovint		1	
	No ho ha fet			0
10	Ha fet molt sovint una síntesi de la informació discutida de forma clara	2		
	Ho ha fet sovint		1	
	No ho ha fet			0
		<b>TOTAL</b>		

<b>RESPONSABILITAT</b>					
<b>L'estudiant:</b>					
11	Ha assistit a totes les sessions	2			
	No ha assistit en 3 ocasions*, però amb una justificació adequada		1		
	No ha assistit en 3 ocasions* i sense cap justificació			0	
12	Ha arribat a l'hora establerta en totes les sessions	2			
	No ha arribat en 3 ocasions*, però amb justificació		1		
	No ha arribat en 3 ocasions* i sense justificació			0	
13	Ha realitzat molt sovint la cerca de les àrees de coneixement identificades pel grup com la seva responsabilitat	2			
	Ho ha realitzat sovint		1		
	No ho ha realitzat			0	
14	Ha fet molt sovint accions de millora per corregir les seves mancances	2			
	Ho ha fet sovint		1		
	No ho ha fet			0	
15	Ha contribuït molt sovint a l'aprenentatge del grup aportant nous coneixements	2			
	Hi ha contribuït sovint		1		
	No hi ha contribuït			0	
<b>TOTAL</b>					

\*en mòduls o blocs de menys de sis setmanes de durada, l'avaluació dels ítems d'assistència i puntualitat es realitzarà a partir de dues ocasions i no de tres.

<b>RELACIONS INTERPERSONALS</b>					
<b>L'estudiant:</b>					
16	Ha contribuït molt sovint a ordenar la discussió tenint en compte l'opinió dels seus companys	2			
	Hi ha contribuït sovint		1		
	No hi ha contribuït			0	
17	S'ha expressat molt sovint amb un llenguatge adequat, essent respectuós amb els seus companys.	2			
	S'hi ha expressat sovint		1		
	No s'hi ha expressat			0	
18	Ha fet molt sovint crítiques de manera constructiva	2			
	Ho ha fet sovint		1		
	No ho ha fet			0	
19	Ha mostrat molt sovint tenir un comportament cooperatiu dirigint les seves accions i comentaris al treball del grup.	2			
	L'ha mostrat sovint		1		
	No l'ha mostrat			0	
20	Ha demostrat molt sovint col·laboració amb els companys ajudant-los a la millora del seu aprenentatge	2			
	Ho ha demostrat sovint		1		
	No ho ha demostrat			0	
<b>TOTAL</b>					

**1.b): Escala d'avaluació formativa en valors i actituds professionals (25 ítems)**

<b>HABILITATS D'APRENTATGE</b>
Utilitza el seu coneixement previ en les àrees rellevants del problema
Identifica en els problemes àrees rellevants del seu aprenentatge
Contribueix en la construcció del pla d'estudi
Organitza i executa un pla d'estudi efectiu per al seu aprenentatge i el del grup
Justifica la informació amb referències adequades
Realitza una anàlisi crítica de la informació recollida
Contribueix a l'aprenentatge del grup de manera efectiva
Realitza autoavaluació i avaluació de companys i tutor utilitzant allò observat a les tutories
<b>COMUNICACIÓ</b>
Efectua una bona síntesi de la informació recollida de manera clara i concisa
Participa en la discussió de la informació integrant el seu coneixement amb el del grup
S'expressa de manera clara i concisa evitant ambigüitats i redundàncies
Els seus comentaris contribueixen a clarificar les idees dels seus companys
Participa en les discussions del grup sabent escoltar de manera activa i no interrompent
<b>RESPONSABILITAT</b>
Informa en cas d'absència
No hi ha justificació d'absència
Es respectuós amb els horaris de treball del grup
No és puntual de manera habitual
Realitza cerca i estudi de les àrees de coneixement
Realitza activitats per a complir objectius no apresos en les sessions d'ABP
Realitza accions per a corregir les seves debilitats
<b>RELACIONS INTERPERSONALS</b>
Contribueix a ordenar la discussió
Es tolerant i respectuós amb els membres del grup
Sap fer i rebre crítiques
Mostra comportament cooperatiu
Mostra actituds de col·laboració

## **ANNEX 2. Qüestionari obert passat als informants**

- 1.** Quins creus que haurien de ser els valors i actituds d'un professional de la medicina?
  
  - 2.** Si ets partidari de la formació i avaluació d'aquests valors i actituds durant els estudis de grau, explica'n el perquè.
  
  - 3.** Si creus que aquests valors, actituds i comportaments cal que estiguin avaluats durant els estudis de grau, argumenta-ho.
  
  - 4.** Si creus que la comunicació cal que sigui treballada i avaluada durant els estudis de grau de Medicina, especifica en quins aspectes.
  
  - 5.** Si creus que la responsabilitat cal que sigui treballada i avaluada durant els estudis de grau de Medicina, especifica en quins aspectes.
  
  - 6.** Si creus que les habilitats referents a les relacions personals cal que siguin treballades i avaluades durant els estudis de grau de Medicina, especifica en quins aspectes.
  
  - 7.** Si creus que les habilitats d'aprenentatge cal que siguin treballades i avaluades durant els estudis de grau de Medicina, especifica en quins aspectes.
- MOLTES GRÀCIES PER LA TEVA COL·LABORACIÓ!!!!!!!**

### ANNEX 3. Petició cursada als informants experts

Benvolgut:

El motiu de contactar amb tu és cursar la petició formal com a participant expert en la part de recerca qualitativa en la tesi doctoral: *DESENVOLUPAMENT DEL PROFESSIONALISME EN EDUCACIÓ MÈDICA: AVALUACIÓ DE VALORS I ACTITUDS PROFESSIONALS EN L'APRENTATGE BASAT EN PROBLEMES (ABP)*. En la qual seria important comptar amb la teva opinió respecte el qüestionari que t'adjunto. Pel teu coneixement t'informo prèviament que en cap cas la teva resposta serà considerada anònima. Finalment agrair-te el teu temps i disponibilitat amb la contribució de les teves opinions que sens dubte ens seran de gran ajuda.

Cordialment,

**Mònica Soler Ranzani**

Responsable d'organització UEM

Facultat de Medicina

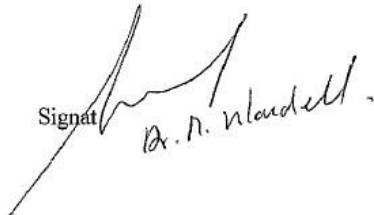
Universitat de Girona



## ANNEX 4. Autoritzacions dels informants experts del no anonimat de les seves respostes respecte l'avaluació del professionalisme en els estudis de grau de medicina, en el marc de la tesi doctoral



Dr. M. V. ~~BARCEL~~ ~~TARRÉS~~ AUTORITZO a la doctoranda Mònica Soler Ranzani, a que les respostes que vaig enviar-li respecte l'avaluació del professionalisme en els estudis de grau de medicina no siguin anònimes en el marc de la tesi doctoral :  
"DESENVOLUPAMENT DEL PROFESSIONALISME EN EDUCACIÓ MÈDICA: VALIDACIÓ DE L'AVALUACIÓ FORMATIVA DE VALORS I ACTITUDS PROFESSIONALS EN L'APRENENTATGE BASAT EN PROBLEMES (ABP)".  
Fet que signo als esmentats efectes:

Signat   
Dr. M. V. Tarrés

Dr. *Albert Oriol i Barea* AUTORITZO a la doctoranda Mònica Soler Ranzani, a que les respostes que vaig enviar-li respecte l'avaluació del professionalisme en els estudis de grau de medicina no siguin anònimes en el marc de la tesi doctoral :  
"DESENVOLUPAMENT DEL PROFESSIONALISME EN EDUCACIÓ MÈDICA: VALIDACIÓ DE L'AVALUACIÓ FORMATIVA DE VALORS I ACTITUDS PROFESSIONALS EN L'APRENTATGE BASAT EN PROBLEMES (ABP)".  
Fet que signo als esmentats efectes:

Signat



1/25/15

Sigut send



Dr. BARCELONA AUTORITZO a la doctoranda Mònica Soler Ranzani, a que les respostes que vaig enviar-li respecte l'avaluació del professionalisme en els estudis de grau de medicina no siguin anònimes en el marc de la tesi doctoral :  
"DESENVOLUPAMENT DEL PROFESSIONALISME EN EDUCACIÓ MÈDICA: VALIDACIÓ DE L'AVALUACIÓ FORMATIVA DE VALORS I ACTITUDS PROFESSIONALS EN L'APRENTATGE BASAT EN PROBLEMES (ABP)".  
Fet que signo als esmentats efectes:


Signat

Les Pardoas Barber MD

26/1/15

El sotasignant Dr.Ciril Rozman AUTORITZA a la doctoranda Mònica Soler Ranzani, a que les respostes que va enviar-li respecte l'avaluació del professionalisme en els estudis de grau de medicina no siguin anònimes en el marc de la tesi doctoral :  
“DESENVOLUPAMENT DEL PROFESSIONALISME EN EDUCACIÓ MÈDICA: VALIDACIÓ DE L'AVALUACIÓ FORMATIVA DE VALORS I ACTITUDS PROFESSIONALS EN L'APRENTATGE BASAT EN PROBLEMES (ABP)”.  
Fet que signa als esmentats efectes:

Signat

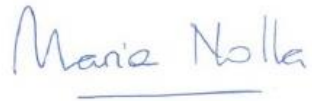


Barcelona, a 26 de gener de 2015

Maria Nolla Domenjó AUTORITZO a la doctoranda Mònica Soler Ranzani, a que les respostes que vaig enviar-li respecte l'avaluació del professionalisme en els estudis de grau de medicina no siguin anònimes en el marc de la tesi doctoral :

“DESENVOLUPAMENT DEL PROFESSIONALISME EN EDUCACIÓ MÈDICA: VALIDACIÓ DE L'AVALUACIÓ FORMATIVA DE VALORS I ACTITUDS PROFESSIONALS EN L'APRENTATGE BASAT EN PROBLEMES (ABP)”.

Fet que signo als esmentats efectes:



Signat, Barcelona, 27 de gener de 2015

Dr. JORDI PALES ARGULLOS, AUTORITZO a la doctoranda Mònica Soler Ranzani, a que les respostes que vaig enviar-li respecte l'avaluació del professionalisme en els estudis de grau de medicina no siguin anònimes en el marc de la tesi doctoral :

“DESENVOLUPAMENT DEL PROFESSIONALISME EN EDUCACIÓ MÈDICA: VALIDACIÓ DE L'AVALUACIÓ FORMATIVA DE VALORS I ACTITUDS PROFESSIONALS EN L'APRENTATGE BASAT EN PROBLEMES (ABP)”.

Fet que signo als esmentats efectes:



Signat  
JORDI PALES

## BIBLIOGRAFIA

Adam J, Bore M, Mckendree J, Munro D, Powis D. Can personal qualities of medical students predict in-course examination success and professional behaviour? An exploratory prospective cohort study. BMC Med Educ 2012; 12: 69-77.

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco : Título de Grado en Medicina [ Internet]. Madrid : ANECA ; 2005 [consultat 13 setembre 2011]. Disponible a: [http://www.aneca.es/var/media/150312/libroblanco\\_medicina\\_def.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150312/libroblanco_medicina_def.pdf)

Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya. Competències professionals bàsiques comunes dels llicenciats en medicina formats a les universitats de Catalunya. Barcelona: AQU; 2004.

Álvarez Méndez JM. La evaluación a examen. Madrid: Miño y Dávila; 2003.

Alwan Al, Al-Moamary M, Al-Attas N, Al Kushi A, AlBanyan E, Zamakhshary M, Al Kadri HMF, Tamim H, Magzoub M, Hajeer A, Schmidt H. The Progress Test as a diagnostic tool for a new PBL curriculum. Education for Health 2011; 24: 493-503.

Aradilla A, Tort G. Módulo transversal en enfermería geriàtrica y comunitària. El aprendizaje basado en problemas como oportunidad para un aprendizaje compartido. Bellaterra: Colección Materiales 180.Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.

Arnold L, Stern DT. What is medical professionalism. A: Measuring medical professionalism. Oxford: Oxford University Press; 2006; p.15-37.

Azjen I. The theory of planned behaviour. Organizational behaviour and human decision processes, 1991; 50:179-211.

Azjen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice Hall; 1980.

Bandura A. Pensamiento y acción. Barcelona: Martínez Roca; 1987.

Bandura A, Walters RH. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza Editorial; 1979.

Barrows H. Problem-based learning in medicine and beyond: A brief overview. A: Wilkerson L, Gijsselaers WH (eds.): Bringing Problem-Based Learning to Higher Education: Theory and Practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1996. p. 3-12.

Bauman Z. Modernidad líquida. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1999.

Benítez L. Medicina y humanismo. Acta Médica Grupo Angeles. 2007; 5 ( 2): 101-4.

Blanco A. (2007). Las rúbricas: un instrumento útil para la evaluación de competencias. A: Prieto L (ed.). La enseñanza universitaria centrada en el aprendizaje. Barcelona: ICE Universidad de Barcelona; 2007. p. 171-88.

Bloom BS. Taxonomy of educational objectives, Handbook I: The cognitive domain. New York: David McKay Co Inc; 1956.

Boenink AD, De Jonge P, Smal K, Oderrwald A, Van Tilburg W. The effects of teaching medical professionalism by means of vignettes: an exploratory study. *Med Teach* 2005; 27: 420-32.

Boud D. Cognitively diagnostic assessment. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1995.

Boud D. The challenge of problem-based learning. London: Kogan Page; 1997.

Branda LA. El Aprendizaje basado en problemas en la formación en ciencias de la Salud. A: El aprendizaje basado en problemas: una herramienta para toda la vida. Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2004. p.17-25.

Branda LA. El Aprendizaje basado en problemas. El resplendor tan brillante en otros tiempos. A: Araujo, Sastre G (Eds.). El aprendizaje basado en problemas. Una nueva perspectiva de la enseñanza en la universidad. Barcelona: Gedisa; 2008. p. 17-46.

Branda LA. El Aprendizaje basado en problemas. De herejía artificial a *res popularis*. *Educ Med* 2009a; 12:11-23.

Branda L. L'aprenentatge basat en problemes. A: Branda *et al.* (eds.). EINES d'Innovació Docent en Educació Superior. Bellaterra: Servei de publicacions UAB; 2009b.11-46.

Branda LA, Lee Yin-wai. Evaluación de la competencia del tutor. Buenos Aires: Ed. Bahía Blanca; 2000.

Branda LA, García Diéguez M. Formación de recursos humanos y capacitación docente. A: Gutiérrez RR (ed.). Programa de Medicina para la UNS. Planificación de una carrera de medicina basada en nuevos paradigmas: Buenos Aires: Ed. Bahía Blanca; 2004. p. 179-86.

Braverman H. Labor and monopoly capital: the degradation of work in 20th century. Nueva York: Monthly Review Press; 1974.

Brew A. La autoevaluación y la evaluación por compañeros. A: Brown S, Glasner A (eds). *Evaluar en la universidad*. Madrid: Narcea; 2003.p. 179-90.

Brown S. Estrategias institucionales en evaluación. A: Brown S, Glasner A (eds). *Evaluar en la universidad*. Madrid: Narcea; 2003. p. 23-34.

Burbules N, Densmore K. La persistencia del profesionalismo: es duro abrirse camino. *Educación y Sociedad* 1992; 11: 97-104.

Cabrera Montoya B, Jiménez Jaén M. Los enseñantes en la sociedad. Acerca del análisis sociológico del profesorado. *Investigación en la Escuela* 1994; 22; 35-46.



Cazérez JC, Iglesias D, De Oliveira R, Bernadà M, Rey A, Saldombide L *et al.* (eds.) Aprendizaje basado en problemas.[monografía a internet]. Uruguay: Facultad de Medicina CLAEH; 2006 [consultat 17 ag. 2011]. Disponible a: [http://www.claeh.edu.uy/medicina/medicina/doc/doc\\_aprendizaje\\_basado\\_problemas.pdf](http://www.claeh.edu.uy/medicina/medicina/doc/doc_aprendizaje_basado_problemas.pdf).

Cohen J. Professionalism in medical education. An American perspective: From evidence to accountability. *Med Educ* 2006; 40: 607-17.

Conde A, Pozuelo, F. Las plantillas de evaluación (rúbrica) como instrumento para la evaluación. Un estudio de caso en el marco de la reforma de la enseñanza universitaria en el EEES. *Investigación en la Escuela* 2007; 63:77-90.

Consejo General de Colegios de Médicos. Código de Deontología Médica 2011. Madrid: Organización Médica Colegial de España [consultat 31 de gener 2013]. Disponible a: [https://cgcom.es/codigo\\_deontologico/index.html#/142](https://cgcom.es/codigo_deontologico/index.html#/142)

Cortina, A. Universalizar la aristocracia: por una ética de las profesiones. *Claves de razón práctica*. 1996; 75: 46-52.

Cruess RL, Cruess SR, Steinert S. Teaching medical professionalism. New York: Cambridge University Press; 2009.

Cunill M, Serdà BC. Características de la comunicación con enfermos de cáncer en el contexto sanitario y familiar. *PSIC* 2011; 8: 65-79.

Davies R. Can a doctor be humanist?. A: Davies R (ed.). *The merry heart: reflections on reading, writing, and the world of boocks*. New York: Penguin Boocks; 1998. p. 122-81.

Del Rincón D, Arnal J, Latorre A, Sans A. Técnicas de investigación en cièncias sociales. Madrid: Dykinson; 1995.

Deelman A, Hoeberigs B. El ABP en el contexto de la Universidad de Maastrich. A: Araujo F, Sastre G (eds.). *El aprendizaje basado en problemas. Una nueva perspectiva de la enseñanza en la universidad*. Barcelona: Gedisa; 2008. p. 131-52.

Densmore K. Profesionalismo, proletarización y trabajo docente. A: Popkewitz T (ed.). *Formación del profesorado. Tradición, teoría, práctica*. Valencia: Servei de Publicacions de la Universitat de Valencia. 1990. p. 119-47.

Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. 2ª ed. California: Thousand Oaks ed; 2000.

Derber C. Professionals as workers. *Mental labor in advanced dapitalism*. Boston: G.K. Hall and Co; 1982.

Díaz Barriga, A. El profesor de educación superior frente a las demandas de los nuevos debates educativos. *Perfiles educativos* 2005; 27: 9-30.

- Dolmans DHJM, Schmidt HG. What do we know about cognitive and motivational effects of small group tutorials in problem-based learning? *Adv Health Sci Educ* 2006; 11: 321–36.
- Elizondo LL. Evaluación formativa y sumativa de la sesión tutorial de aprendizaje basado en problemas utilizando un sistema de rúbricas de referencia. *Educ Med* 2004; 14: 51-9.
- Escudero Muñoz JM. Evaluación educativa: Aproximación general, orientaciones y ámbitos. A: Escudero JM, González MT, Del Cerro J (eds.). *Evaluación de programas, centros y profesores*. Murcia: Diego Marín; 1998. p. 3-13.
- Eva KW, Cunnington JPW, Reiter HI, Keane DR, Norman GR. How can I know what I don't know? Poor self assessment in a well-defined domain. *Adv Health Sci Edu* 2004; 9:211–24.
- Fernández Enguita M. *La escuela a examen*. Madrid: Eudema; 1990.
- Ferrer V. *La metodología didáctica de l'ensenyament universitari*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 1994.
- Fitzpatrick M. *Prologue to professionalism*. New York: Robert Brady Co; 1983.
- Font A. Líneas maestras del aprendizaje basado en problemas. *El reto del Espacio Europeo de Educación Superior*. 2004; 18:79-95.
- Font A. Aprent dret per problemes. L'experiència de la Universitat de Barcelona. A: Branda *et al.* (eds.). *EINES d'innovació docent en educación superior*. Bellaterra: IDES de la UAB; 2009. p. 47-69.
- García-Diéguez M, Durante E. El uso de problemas en la educación médica.No siempre es sinónimo de aprendizaje basado en problemas. *Educ Med* 2004; 24:61-7.
- García-Huidobro D, Núñez F, Vargas P, Astudillo S, Hitschfeld M, Gennero R *et al.* Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil de médico esperado. *Rev Med Chile* 134:947-54.
- Ginsburg S, Kachan N, Lingard L. Before the white coat:perceptions of professional lapses in the pre-clerkship. *Med Educ* 2005; 39:12-19.
- Goodrich H. Understanding rubrics. *Educational Leadership* 1997; 54: 14-17.
- Grundy S. *Producto o praxis del currículum*. Barcelona: Ediciones Morata; 1998.
- Gual A, Palés J, Nolla M, Oriol A. Proceso de Bolonia (III). Educación en valores: profesionalismo. *Educ Med* 2011; 14:73-81.
- Gutiérrez P. La humanización de la medicina. *Educ Med* 2006; 9:51-4.
- Gutiérrez JA. Ciencia, valores y arte médico. A: Millan J, del Llano JE (eds.). *Ser médico los valores de una profesión*. Madrid: Unión Editorial; 2012. p.27-44.

Hafner JC, Hafner PM. Quantitative analysis of the rubric as an assessment tool: an empirical study of student peer-group rating. *Int J Sci Educ* 2003; 25: 509-28.

Haghparast N, Sedghizadeh PP, Shuler CF, Ferati D, Christersson C. Evaluation of student and faculty perceptions of the PBL curriculum at two dental schools from a student perspective: a cross-sectional survey. *Eur J Dent Educ* 2007; 11:14-22.

Hammer D, Berger B, Beardsley R, Easton M. Student professionalism. *Am J Pharm Educ* 2003; 67:1-29.

Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Bogotá: McGraw - Hill Interamericana de México; 1997.

Jiménez Jaén M. Los enseñantes y la racionalización del trabajo en educación. Elementos para una crítica de la teoría de la proletarización de los enseñantes. *Rev Educ* 1988; 285: 231-45.

Kelson ACM, Distlehorst LH. Groups in problem-based learning (PBL): Essential elements in theory and practice. A: Evenson DH, Hmelo CE (eds.). *Problem-based learning: A research perspective on learning interactions*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Pub; 2000. p.167-84.

Koh GCH, Khoo HE, Wong ML, Koh D. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. *Can Med Assoc J* 2008; 178: 34 –41.

Kubler Ross E. *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Luciérnaga; 1987.

Larson M. *The rise of professionalism: A sociological analysis*. Berkeley: The University of California Press; 1977.

Larson M. El poder de los expertos: ciencia y educación de masas como fundamento de una ideología. *Rev Educ* 1988; 284:151-89.

Larson M. Acerca de los expertos y las profesiones o la imposibilidad de haberlo dicho todo. *Rev Educ* 1989; Número extraordinario (La comparación en ciencias sociales y en educación): p. 199-225.

Lawn M, Ozga J. ¿Trabajador de la enseñanza? Nueva valoración de los profesores. *Rev Educ* 1988; 285:191-215.

Lincoln S, Guba G. *Naturalistic inquiry*. London: Sage; 1985.

Linne M, Kirk MD. Professionalism in medicine. Definitions and considerations for teaching. *Proc Bayl Univ Med Cent* 2007; 20:13-6.

Lunberg GD. *Severed trust. Why America medicine hasn't been fixed*. New York: Basic Books; 2001.

Lupton D. The imperative of health. Public health and the regulated body. London: Sage; 1995.

Maastricht University. How to assess professionalism? 2010 [consultat 13/2/2010]; Disponible: <http://www.unimaas.nl/default.asp?template=werkveld.htm&id=J555UERP57251SKJ3JG1&taal=nl>.

Margetson D. Current educational reform and the significance of problem-based learning. Stud Higher Edu 1994; 19:5–19.

Mateo J. La evaluación educativa, su práctica y otras metáforas. Barcelona: Universidad de Barcelona: ICE; 2000 [Consultat el 22 de febrer de 2013]. Disponible a: [http://puerto.edu.uy/estructura/unidades\\_de\\_gestion/uap/matevalaprend/J.%20A.%20M%20ateo.pdf](http://puerto.edu.uy/estructura/unidades_de_gestion/uap/matevalaprend/J.%20A.%20M%20ateo.pdf)

Mateo J, Martínez-Olmo F. Medición y evaluación educativa. Madrid: la Muralla; 2008.

Maturana H. La realidad: ¿Objetiva o construída?. Fundamentos biológicos de la realidad. Barcelona: Anthropos-Universidad iberoamericana-ITESA; 1995.

Mcowell L, Sambell K. La experiència en la evaluación innovadora. A: Brown S, Glasner A (eds.). Evaluar en la universidad. Madrid: Narcea; 2003. p. 91-104.

Medina JL. Una reconceptualización de los saberes profesionales que se enseñan en la universidad más allá de las competencias. A: Medina JL, Jarauta B (eds.). Enseñanza y aprendizaje en educación superior. Madrid: Síntesis; 2013. p. 2-49.

Medina JL. El regreso a la razón. La problemática de la construcción disciplinar a través del diagnóstico de enfermería. ROL 2006; 29: 43-59.

Medina JL. La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería. Barcelona: Laertes; 1999.

Muñíz J. Teoría clásica de los test. Madrid: Pirámide; 1998.

Ochoa PJ. Significado del trabajo en la profesión médica.[tesis a internet] Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2012 [citad 7 juny de 2014]. Disponible a: <http://www.tdx.cat/handle/10803/120257>.

Oriol A. Contrato social y profesionalismo. ROL 2010a; 33:5

Oriol A. El profesionalismo: asignatura pendiente del sistema educativo médico. Eidon. 2010b; 33: 52-57.

O'Sullivan A, Toohey SM. Assessment of professionalism in undergraduate medical students. Med Teach 2008; 30: 280-6.

Pardell H, Berenguer J, Bruguera M, Gervas J, Gómez C, Gracia D *et al.* El médico del futuro. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2009.

Parsons T (ed.). Essays on sociological theory. Glencoe: Free Press; 1954.

- Pérez R. Evaluación de programas educativos. Madrid: La Muralla; 2006.
- Pereyra MA. El profesionalismo a debate. Cuadernos de Pedagogía 1988; 161:12-6.
- Perry, A. A Sociologist's View: the handmaiden theory. A: M. Jolley & G. Brykczynska (Eds.). Nursing: its hidden agendas. London : Edward Arnold; 1993. p. 43-79.
- Pfeiffer A, Noden BH, Walquer ZA, Aarts R, Ferro J. General population and medical student perceptions of good and bad doctors in Mozambique. Educ Health 2011; 24: 387-99.
- Race P. ¿Por qué evaluar de un modo innovador?. A: Brown S, Glasner A (eds.). Evaluar en la universidad. Madrid: Narcea; 2003. p. 77- 90.
- Ramírez JL, Ocampo R, Rodríguez F. Profesionalismo en medicina. An Radiol Mex 2009; 4:331-5.
- Restrepo, B. Aprendizaje basado en problemas (ABP): una innovación didáctica para la enseñanza universitaria. Educación y Educadores 2005; 8: 9 p. Disponible a: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/eye/article/viewArticle/306/544>.
- Rivero O, Durante I. El profesionalismo en la medicina actual. Rev Fac Med UNAM 2010; 53:27-34.
- Rodríguez de Castro F. Proceso de Bolonia (V): el currículum oculto. Educ Med 2012; 15:12-22.
- Rodríguez Sendín JJ. Definición de ‘Profesión médica’, ‘Profesional médico/a’ y ‘Profesionalismo médico’. Educ Med 2010; 13: 63-6.
- Rosselot E. Dimensions of medical professionalism. Perspectives for the twenty-first century. Rev Med Chile 2006;134: 657-64.
- Rozman C. Reflexions sobre l’ensenyament de la medicina vint-i-un anys després: Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques; 2011.
- Sánchez A. Reflexiones de un internista. Discurso para la recepción del Académico electo. Salamanca. Real Academia de Medicina de Salamanca; 2008.
- Sandin P. Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones. Madrid: McGraw-Hill; 2003.
- Self DJ, Schrader DE, Balwin DCJr, Wolinsky FD. A pilot study of the relationship of medical education and moral development. Acad Med 1991; 66: 629-34.
- Sennet R. La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo. Barcelona: Anagrama; 2000.
- Serrano S. El regal de la comunicació. Barcelona. Ara llibres; 2003.

Serrano S. La comunicació entre persones. Recomanacions en la comunicació metge pacient/familiars. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 2005.

Singaram S, Van Der Vleuten P, Van Berkel H, Dolmans, H. Reliability and validity of a tutorial group effectiveness instrument. *Med Teach* 2010; 32:133-7.

Sola C. Fundamentos de la técnica didáctica ABP. A: Sola C *et al.* (eds.). Aprendizaje basado en problemas. De la teoría a la práctica. México D.F: Trillas. 2006. p. 37-50.

Stake R. Investigación con estudio de casos. Madrid: Morata; 1998.

Stern DT. A framework for measuring professionalism. A: Stern DT, *et al.* (eds.) *Measuring medical professionalism*. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 3-13.

Stern D, Papadakis M. The developing physician-becoming a professional. *N Engl J Med* 2006; 355:1794-9.

Stout J. The flight from authority. Notre Dame: Notre Dame University Press; 1981.

Swick HM. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000; 75: 612-6.

Swanson DB, Case SM, Van der Vleuten CPM. Strategies for student assessment. A: D Boud D, Feletti G (eds). *The challenge of problem-based learning*. London: Kogan Page; 1997. p. 269-82.

Terés C. Qué está pasando con los valores profesionales en la formación de los médicos. *Visión del alumno. Educ Med.* 2006; 9 (supl.1): 9-11.

Toulmin S. Regreso a la razón. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Península; 2003.

Universitat de Barcelona Agència de Polítiques i de qualitat. Codi de bones pràctiques en recerca [monografia a internet]. Barcelona: Agència de polítiques i qualitat de la Universitat de Barcelona; 2010[ citat 1 nov. 2014] Disponible a : <http://hdl.handle.net/2445/28542>

Universitat de Girona, Facultat de Medicina. Memoria de programación de los estudios de grado en Medicina de la Universitat de Girona: Girona: Universitat de Girona, 2010.

Universitat de Girona, Facultat de Medicina. Espiánt una tutoria d'ABP.[vídeo]. Girona: Universitat de Girona; 2012.[actualitzat 4 oct. 2012; citat 24 gen. 2012]. Disponible a : [www.udg/fm/UnitatEducacioMèdica/Info](http://www.udg/fm/UnitatEducacioMèdica/Info)

Vecchi C, del Valle M, García Diéguez M. Evaluación de los estudiantes. A: Gutiérrez R (ed.). Programa de medicina para la U.N.S. Planificación de una Carrera de Medicina basada en nuevos paradigmas. Argentina: GS Impresiones, Güemes; 2004.p.141-6.

Vitta C, Jesús Fior S, Fernández CM. Reflexión sobre el Juramento profesional: Rosario. XXX Simposio nacional de profesores de práctica profesional. Universidad Nacional de Rosario; 2008.

Wilkinson TJ, Gill DJ, Fitzjohn J, Palmer CL, Mulder RT. The impact on students of adverse experiences during medical school. Med Teach 2006; 28:129 -35.

World Federation for Medical Education. Basic Medical Education: WFME Global Standards Quality Improvement : [ Internet]. Copenhagen : WFME Office, University of Copenhagen ; 2003 [consultat 15 setembre 2011]. Disponible a: <http://www3.sund.ku.dk/Activities/WFME%20Standard%20Documents%20and%20translations/WFME%20Standard.pdf>.