



ELSEVIER

Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reflexión

¿3 o 4 años de residencia en anestesiología? Cómo plantear la discusión en términos de educación basada en competencias

Francisco Manuel Olmos-Vega^{a,b,*} y Antonio José Bonilla-Ramírez^{a,b}

^a Departamento de Anestesiología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D. C., Colombia

^b Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D. C., Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de agosto de 2016

Aceptado el 25 de noviembre de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Educación médica

Internado y residencia

Educación

Educación basada en competencias

Anestesiología

Keywords:

Medical education

Internship and residency

Education

Competency-based education

Anesthesiology

R E S U M E N

Ante la disyuntiva de prolongar la duración de la residencia en anestesiología de 3 a 4 años se han esgrimido varias razones de lado y lado. Sin embargo, la discusión debe partir de un rediseño curricular de los programas nacionales para dar el paso de un entrenamiento de tiempo fijo y competencias variables al paradigma de educación basada en competencias, es decir, competencias fijas y tiempo variable.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

3 or 4 years for anesthesia residency program? How to approach the discussion in terms of competency-based education

A B S T R A C T

Faced with the dilemma of extending the anesthesiology residency from 3 to 4 years, there have been several arguments for and against. However, the starting point of the discussion must be redesigning the national program curricula to move away from a fixed-time training and variable competencies, to a competency-based model; i.e., fixed competencies and variable time frames.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Departamento de Anestesiología, Pontificia Universidad Javeriana. Carrera 7 No. 40-62, cuarto piso, salas de cirugía, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Correo electrónico: olmos.francisco@gmail.com (F.M. Olmos-Vega).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.11.004>

0120-3347/© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Planteamiento del problema

Desde hace más de una década se ha discutido la necesidad de ampliar la duración del programa de anestesiología en Colombia de 3 a 4 años. Los que están a favor argumentan que ampliar el período de entrenamiento a 4 años garantizaría una exposición amplia del residente a todas las áreas de la anestesiología, incluyendo a aquellas que han sido relegadas en los currículos tradicionales (como anestesia para trauma o anestesia para neonatos). Los detractores, en cambio, argumentan que, basados en su casuística, tras 3 años de entrenamiento los residentes logran sobrepasar por mucho los casos necesarios para realizar de manera segura los principales procedimientos de nuestra disciplina, y que incrementar el período de duración va de la mano con un aumento del tiempo en el cual el residente deja de percibir ingresos y, al contrario, es un año más de pago de matrícula. Sin embargo, la aproximación y la posible solución a este problema están siendo planteadas desde el punto de vista de un modelo curricular que fue denunciado como obsoleto hace 100 años y que fue dejado atrás hace una década en Norteamérica y en Europa^{1,2}.

El modelo curricular vigente se basa en el tiempo que los residentes se exponen a las diferentes áreas de la anestesiología y hace énfasis en crear una estructura curricular basada en rotaciones que tienen una duración de 2 meses. Este tipo de currículo es construido con base a los conocimientos que se espera el residente adquiera durante su entrenamiento; los procesos de aprendizaje dependen de lo que los docentes enseñen a los residentes; el objetivo es adquirir el conocimiento propio de la disciplina, y la finalización del programa es fija y no variable³. El problema con este enfoque es que, como docentes, podemos certificar, frente a los entes de control y al público en general, que nuestros residentes cursaron un número mínimo de créditos que incluyen la exposición a áreas puntuales de la anestesiología, y que tras 3 años (o 4) podemos dar testimonio de que tienen los conocimientos y, en menor medida, las habilidades y actitudes necesarias para la práctica clínica. Pero ¿es eso cierto? No es un secreto la falta de uniformidad en la calidad de los profesionales de la salud en Colombia. Las complejidades del sistema de salud y la creciente presión de los entes de control y de nuestros pacientes deberían llevarnos a optimizar las habilidades de nuestros residentes y a ser capaces de demostrar de manera válida y confiable que ellos cuentan con todas las *competencias* necesarias para tratar pacientes de manera segura y confiable. Por competencias nos referimos a la capacidad observable de un profesional de la salud que requiere la integración de múltiples componentes, tales como conocimientos, habilidades y actitudes⁴.

¿Qué deberíamos hacer entonces?

Todos los programas de pregrado y posgrado en medicina deberían basarse en la *adquisición de competencias*, no en *estructuras* y *tiempo*. La educación basada en competencias (EBC) es diametralmente opuesta a nuestro paradigma actual. La EBC hace énfasis en el resultado final del entrenamiento, es decir, en las características y las capacidades del profesional

que queremos graduar, lo que es diferente a hacer énfasis en los contenidos que queremos enseñar: el aprendizaje no es jerárquico y depende de manera igualitaria del docente y del estudiante; el objetivo no es adquirir el conocimiento, sino saber aplicarlo, y la finalización del programa no es fija, sino variable^{3,4}. Bajo este modelo, nosotros como facultades de medicina estaríamos en la capacidad de certificar con exactitud cuáles son las capacidades de nuestros residentes, pues podríamos asegurar que son competentes en todos los dominios necesarios para la práctica médica⁵⁻⁷.

¿Cómo funciona este modelo curricular?

El principio fundamental de la EBC es que los profesionales de la salud deben ser competentes en todos y cada uno de los dominios que hacen parte fundamental del quehacer médico. La EBC dice que no solamente deben ser expertos médicos, si no también desarrollar roles que han sido relegados en los modelos tradicionales, pero que sin embargo son primordiales para nuestro desempeño profesional. En el modelo canadiense, por ejemplo, los *dominios de competencia* que deben adquirir sus profesionales son 7: experto médico, comunicador, colaborador, líder, promotor de la salud, académico y profesional⁸. En Estados Unidos y en Europa los dominios cambian discretamente, pero también se enfocan en la integralidad^{9,10}. Adicionalmente, para cada dominio de competencia se describieron un número de *competencias específicas* que describen las características del dominio más claramente. El mensaje es que cada programa debe diseñarse para garantizar y evaluar que los residentes logren ser competentes en cada uno de estos dominios. En el estado actual de la educación en Colombia ¿tiene usted como docente la evidencia necesaria para saber si su residente es capaz de comunicar malas noticias?, ¿de liderar adecuadamente un equipo durante la reanimación cerebro-cardio-pulmonar?, ¿de ser consciente de los retos del actual sistema de salud y de actuar de manera correspondiente?

Los escépticos del modelo EBC argumentaban que si bien era claro el resultado final en términos de las características que debían tener los profesionales de la salud, era difícil traducir esos dominios abstractos en procesos graduales más sencillos y, sobre todo, observables¹¹. Es por esto que se crearon los hitos (*milestones*) de cada una de las competencias específicas. Los hitos son procesos observables en la práctica diaria que corresponden a la progresión en cada uno de los dominios de competencia de los residentes a lo largo de su entrenamiento. Por ejemplo, un residente de primer año debe estar en capacidad de realizar una historia clínica completa, identificar los problemas clínicos relevantes y entender el proceso de toma de consentimiento informado dentro de una valoración preanestésica bajo supervisión directa. Sin embargo, un residente de último año debe ser además capaz de hacerlo de manera independiente, de servir como consultor para colegas de otras especialidades y de asegurarse que el consentimiento informado es exhaustivo y que es entendido por el paciente. De esta forma se especifica cuáles son las acciones que deben ser capaces de realizar los residentes según su año de residencia con respecto a cada competencia. El modelo fue criticado porque las competencias y los hitos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8621631>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8621631>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)