

Editorial

XXVIII Congreso Colombiano de Anestesiología y Reanimación: Los aciertos, los sinsabores y el futuro

En el pasado mes de marzo se realizó el XXVIII Congreso Colombiano de Anestesiología y Reanimación cuyo propósito fue desarrollar las actividades académicas con estrategias y metodologías activas, para informar sobre los nuevos desarrollos de la especialidad, para darle sostenibilidad a las destrezas técnicas de los profesionales y para promover las actividades de investigación de los socios. Por otra parte se quería celebrar los 60 años de creación de la organización.

El congreso se llamó “Camino a la excelencia” porque se quería emular el programa “Reconocimiento a la excelencia académica” propuesto por SCARE, el cual reconocía los esfuerzos que los anestesiólogos del país hacían por lograr su constante actualización, para mejorar su desempeño profesional y que además sería reemplazado por la recertificación aprobada en la Ley de Talento Humano. Los movimientos en Colombia que promovían el desarrollo del talento humano propusieron la recertificación de los profesionales de la salud como un mecanismo para lograr la alta calidad en el desempeño profesional. El modelo se fundamenta en demostrar, por parte de los profesionales, que ellos dedican el suficiente tiempo para profesar su vocación de servicio, para actualizarse a través de las actividades académico investigativas y a través de la educación continua; todo lo anterior, con el propósito de mejorar perpetuamente su desempeño profesional. Con la realización del congreso se esperaba que este escenario se diera.

La encuesta previa realizada a los socios para la selección de los temas de los cursos precongreso, el observatorio de eventos implementado meses antes por la organización, la identificación de los temas y nuevos desarrollos tecnológicos para la anestesiología por parte de los coordinadores de los comités científicos, la reglamentación de la participación de las casas comerciales en el evento, la planificación cuidadosa de los aspectos logísticos y la muy acertada selección de los conferencistas por parte del comité organizador, –cuyo criterio predominante fue la historia académica de estos–, fueron las características relevantes que aseguraron los resultados académicos del congreso.

En el congreso se realizaron múltiples conferencias con temas en los cuales los socios se actualizarán sobre los nuevos desarrollos de la especialidad y lograran darle sostenibilidad a sus destrezas técnicas para cualificar cada día más su desempeño profesional. En el congreso participaron 15 conferencistas internacionales, 73 nacionales, los cuales abordaron múltiples temas bajo diferentes estrategias. Al congreso concurrieron 2190 participantes quienes asistieron a las diferentes actividades académicas como: 11 Cursos precongreso, 7 conferencias plenarias, 18 bloques temáticos de conferencias magistrales, 81 conferencias, 3 mesas redondas, 1 panel, 1 foro de discusión, 1 simposio y ponencias de concursos de Investigación. La satisfacción global de los participantes fue del 92%. En la muestra comercial participaron un total de 42 empresas: 17 empresas distribuidoras de dispositivos y equipos para anestesia y cuidado crítico, 13 laboratorios farmacéuticos y 12 empresas de diferentes áreas comerciales. La muestra recibió 6500

visitas de los participantes. Las empresas expresaron en una encuesta, que en el congreso habían cumplido con los objetivos estratégicos y comerciales en este evento en un 89%.

Como la SCARE dentro de su plan de acción, tiene contemplado realizar campañas para disminuir los eventos adversos de los pacientes y en consecuencia, controlar la incidencia de procesos jurídicos, en el congreso se lanzaron las siguientes campañas: “No a la anestesia simultánea” y “Cirugía segura salva vidas”. Esta campaña se realizó mediante actores comediantes en presentaciones menores de 5 minutos realizadas durante los descansos de las actividades académicas.

Con el propósito de responder a las tendencias actuales relacionadas con el aprendizaje colaborativo y el uso de nuevas tecnologías, se hizo el lanzamiento del proyecto “Anestesia web2.0” que comprende el desarrollo de nuevos componentes en la actual página web de la organización con la existencia de aplicaciones tipo web 2.0 como: wikis, blogs y repositorios de imágenes, presentaciones y video, lo que va dar lugar a una educación médica continua con equidad, pertinencia, flexibilidad y disponibilidad

Con motivo de la celebración de los 60 años de la SCARE, se diseñó un museo virtual en plataforma 3D, el cual tiene 7 salas donde estarán desde imágenes, documentos y dispositivos históricos para preservar la historia de nuestra organización. Además, en el marco del congreso se instaló el museo de la historia de la anestesia en el cual se expusieron las fotos de todos los ex presidentes de nuestra organización y exposición de dispositivos históricos aportados o prestados por diferentes seccionales y socios de nuestra organización. El museo virtual fue visitado por 420 personas. Finalmente, para los socios que no pudieron asistir al congreso en forma presencial se gestionó la trasmisión de este por la internet en forma sincrónica y gratuita.

Todo lo anterior, refleja la diversidad, integralidad y la dinámica que tanto la junta directiva y el comité organizador le aportaron al congreso.

No obstante, hubo situaciones logísticas y algunos desaciertos frente a las actividades académicas que son recibidas por la organización como una herramienta y sustrato para la mejora continua de los procesos de educación. Entre ellos se destacan: el espacio del sitio fue pequeño para el número de participantes, algunas conferencias no cumplieron con las expectativas de los participantes, el sistema de registro tuvo inconvenientes tecnológicos y la entrega de las certificaciones no fue oportuna.

El congreso se evaluó desde la percepción subjetiva de los participantes pero no desde el impacto a largo plazo en el desempeño profesional y en el resultado en la atención de los pacientes. En el futuro se espera medir estas variables que impactan a nivel individual y social. Por esto, el departamento de educación y el de investigación de la SCARE realizan en la actualidad una revisión sistemática sobre los métodos de educación médica continua, resultados que se aspiran presentar en el próximo seminario de educación.

La educación continua, que es la que le da sostenibilidad a los conocimientos después de la universidad, siempre ha utilizado los métodos propios del ciclo formativo universitario (conferencias magistrales, etcétera) ya cuestionados por el poco impacto en el adecuado desarrollo del aprendizaje. Con respecto a estos métodos clásicos utilizados por la educación vale la pena citar lo que plantea Edgar Morín sobre la educación. El dice que ésta permanece ciega ante lo que es el conocimiento humano: “Es muy reciente el hecho de que la educación, que es la que tiende a comunicar los conocimientos, permanezca ciega ante lo que es el conocimiento humano, sus disposiciones, sus imperfecciones, sus dificultades, sus tendencias tanto al error como a la ilusión, y no se preocupe en absoluto por hacer conocer lo que es conocer. En efecto, el conocimiento no se puede considerar como una herramienta ready made que se puede utilizar sin examinar su naturaleza. El conocimiento del conocimiento debe aparecer como una necesidad primera que serviría de preparación para afrontar riesgos permanentes de error y de ilusión que

no cesan de parasitar la mente humana. Se trata de armar cada mente en el combate vital para la lucidez. Es necesario introducir y desarrollar en la educación el estudio de las características cerebrales, mentales y culturales del conocimiento humano, de sus procesos y modalidades, de las disposiciones tanto psíquicas como culturales que permiten arriesgar el error o la ilusión”¹. En este sentido, la educación médica continua debe reflexionar sobre sus métodos y sobre las formas particulares de aprendizaje propias de la edad adulta que por cierto es estudiada por la Andragogía², en contraposición a la pedagogía, para que se logre mayor impacto en el desaprendizaje³ y en la calidad del desempeño profesional.

La gran tarea de la educación continua es mirarse a sí misma, mirar sus modelos y sus estrategias porque actualmente hay evidencias que obligan a definir otros caminos.

Mansouri y col. en un meta-análisis donde buscan las investigaciones que hay en la literatura que evalúen el conocimiento médico adquirido en las diferentes actividades de educación continua, el desempeño profesional y el resultado de esa educación en la atención de los pacientes, concluyen que solo hay un efecto moderado de los modelos estudiados en el conocimiento médico, y bajo en el desempeño y el resultado de esa educación en la atención de los pacientes. En este trabajo demuestra además, que hay efecto favorable cuando se utilizan métodos interactivos y con múltiples estrategias, así como cuando se ofrece o diseña para grupos pequeños en número y de un mismo campo profesional⁽¹⁾.

De igual manera, Davis y col. concluyen que los métodos tradicionales como las conferencias tienen poco impacto directo en la mejora de la práctica profesional⁽²⁾; mientras que se demuestra que algunos métodos más activos como los talleres producen mayor impacto que las reuniones, conferencias, charlas, simposios y cursos en las prácticas profesionales y en el resultado de los pacientes. En este sentido, O’Brien y col. encuentran que hay un efecto mediano cuando se realizan metodologías activas como los talleres, mientras que para metodologías que combinan talleres y además presentaciones didácticas el efecto puede ser mayor. Las solas presentaciones didácticas no mejoran los resultados⁽³⁾.

Otro autor, evaluó a través de una revisión sistemática de la literatura la evidencia con respecto a los métodos de evaluación de la educación continua, los resultados en los pacientes y el impacto en el desempeño profesional, tiempo después de realizadas las actividades de educación. El encontró que no hay métodos confiables ni estandarizados para evaluar el resultado en cuanto a métodos de evaluación, los resultados del paciente ni resultados a largo plazo. Solo hay algunos con escalas validadas para tales mediciones⁽⁴⁾.

1. Tomado de los siete saberes para la educación del futuro. Edgar Morin. Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura. Unesco 1999.
2. En el Diccionario de María Moliner, pedagogía (del griego paidagogia) se define como ‘el arte o ciencia de enseñar y educar a los niños’; por extensión, el término se aplica a la educación en general. Sin embargo, a partir de la década de los setenta, bajo la influencia decisiva de Knowles y su escuela, se viene utilizando el término de ‘andragogía’ para significar ‘la ciencia y el arte de ayudar a aprender a los adultos’ [Knowles MS. Andragogy in action. Applying modern principles of adultlearning. San Francisco: Jossey-Bass; 1984.
3. Desaprender es el proceso por medio del cual se trata de olvidar o descartar un conocimiento acumulado. No se trata de menospreciar el conocimiento, ni las destrezas adquiridas con anterioridad, ni la fuente a través de la cual fueron logrados y que soportan muy buena parte de los procesos sociales y laborales de las personas; se trata más bien de desistir del intento de aquellas vivencias, experiencias, conocimientos, creencias y paradigmas, que tenemos en nuestro cerebro, y aunque fueron útiles en otro tiempo, ya no lo son actualmente. Los adultos requieren desaprender lo que ya saben para reemplazarlo por algo nuevo. Así como cotidianamente Aprendemos a diferenciar los estados de ánimo de las personas, las preferencias de los nuevos amigos, las disposiciones y las formas de comportarnos en los nuevos entornos, a vivir y adaptarnos a las crisis económicas y sociales de los países latinoamericanos; debemos adquirir nuevas competencias en respuesta a los nuevos retos impuestos por la sociedad de la información y del conocimiento: nuevos adelantos tecnológicos, nuevas transformaciones legales, nuevas exigencias de calidad y competencia en la prestación de los servicios de salud, nuevas formas de interactuar en las diferentes disciplinas y nuevas formas de comportarnos en el entorno social. Por esto nuestro proceso de aprendizaje es aprender-desaprender-reaprender. Tomado de: Reyes Duque G. Porqué nos cuenta tanto trabajo desaprender. En: Anestesiología pediátrica. Editores: Jaramillo Mejía J, Reyes Duque G, Gómez Menéndez JM. Editorial Legis 2003. Pág.: 153-160.

Por lo anterior, el conocimiento actual evidencia que la educación continua está ciega con sus propios métodos y en inercia mental₄.

Muchos teóricos plantean que la educación continua, así como la educación en el ciclo de formación, no debe ser fragmentada dado que impide crear el vínculo entre las partes y el todo y viceversa. Por lo anterior, se requiere una educación continua donde se aprendan sus objetos en sus contextos, sus complejidades y el que aprende debe tener una formación holística, como lo es el mundo real; es decir, se debe considerar no solo lo cognitivo (el saber y el pensar) y lo psicomotor (el hacer) en la educación continua, sino que debe incluir dentro de sus procesos en forma integrada lo valorativo (el ser), dado que el crecimiento en el desempeño y la cualificación debe ser de igual forma. Por lo anterior, para algunos es más apropiado el término de “desarrollo profesional continuo” porque con esta definición desean involucrar una formación más activa, más autónoma, más flexible y pertinente a las necesidades individuales y más integral.

En conclusión, este congreso tuvo novedades, algunos desaciertos pero lo más importante fue que dejó inquietudes y propuestas de innovación que la organización tiene la obligación de asumir para mejorar el impacto de sus actividades científicas.

Gustavo Reyes D., M.D.
Subdirector científico Scare

BIBLIOGRAFIA

1. Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. J Contin Educ Health Prof. 2007 Winter;27(1):6-15.
2. Davis, David A. MD; Thomson, Mary Ann BHSc; Oxman, Andrew D. MD; Haynes R. Brian, PhD MD. Changing Physician Performance: A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies. JAMA, Volume 274(9).September 6, 1995.700-705.
3. O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2008. Oxford: Update Software. A substantive amendment to this systematic review was last made on 09 November 2000.
4. Jing Tian, Nancy L. Atkinson, Barry Portnoy, Robert S. Gold. A systematic review of evaluation in formal continuing medical education. J Contin Educ Health Prof 2007; 27(1):16.

4. Es la incapacidad que tiene el cerebro para modificar su estado previo de conocimientos o de asimilar los nuevos en forma original, sin acción de fuerzas externas o de la autorreflexión. Este término es empleado por Miguel Martínez Míguez en su libro “El paradigma emergente: hacia una nueva teoría de la racionalidad científica”. Él expone lo siguiente: “Lo percibido y su significado tienden naturalmente a depender de nuestros conocimientos previos, como el vehículo en movimiento tiende a seguir en esa misma dirección, por inercia, aún cuando su motor no funcione”; es decir, el concepto para definir la inercia mental se asimila a la física. Tomado de: Reyes Duque G. Porqué nos cuenta tanto trabajo desaprender. En: Anestesiología pediátrica. Editores: Jaramillo Mejía J, Reyes Duque G, Gómez Menéndez JM. Editorial Legis 2003. Pág.: 153-160.