



University of Dundee

Análisis cualitativo de múltiples fuentes de programas de residencia en Medicina de Urgencia en Chile: un estudio de caso

Basauri, Sofía; Scanlan, Gillian m.; Muir, Fiona

DOI:

[10.1016/j.edumed.2023.100885](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2023.100885)

Publication date:

2024

Licence:

CC BY

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Discovery Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Basauri, S., Scanlan, G. M., & Muir, F. (2024). Análisis cualitativo de múltiples fuentes de programas de residencia en Medicina de Urgencia en Chile: un estudio de caso. *Educación Médica*, 25(2), 100885. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2023.100885>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in Discovery Research Portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



ORIGINAL

Análisis cualitativo de múltiples fuentes de programas de residencia en Medicina de Urgencia en Chile: un estudio de caso



Sofía Basauri^{a,*}, Gillian M. Scanlan^b y Fiona Muir^b

^a Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^b Centre for Medical Education, Universidad de Dundee, Escocia, Reino Unido

Recibido el 28 de julio de 2023; aceptado el 27 de noviembre de 2023

Disponible en Internet el xxxx

PALABRAS CLAVE

Currículo;
Medicina de urgencias;
América Latina;
Cualitativo;
Posgrado en Medicina

Resumen

Introducción: la Medicina de Urgencia (MDU) es una especialidad en desarrollo a nivel mundial. En Chile se inició hace más de 2 décadas y aún está avanzando académicamente.

Objetivo: explorar el estado actual del desarrollo curricular de la MDU en Chile e identificar formas de estandarizarlo y mejorarlo.

Métodos: se realizó un estudio de caso cualitativo para explorar las perspectivas sobre el desarrollo del currículo de la MDU a través de entrevistas a residentes, graduados y directores de programas y análisis documental. Ambos conjuntos de datos fueron evaluados a través de análisis temático.

Resultados: se analizaron 4 documentos y se realizaron 8 entrevistas. Surgieron 4 temas principales: estructura curricular, influencia del contexto, expectativas de un médico de urgencia, perspectivas de la MDU. Los programas actuales se centran en el aprendizaje en el lugar de trabajo y tiempo protegido para el aprendizaje; sin embargo, difieren en la exposición clínica y la calidad de la capacitación. Como prioridad, se identificó la colaboración, enfatizando la necesidad de que los programas trabajen juntos para garantizar la calidad.

Conclusión: este estudio identifica el estado de situación del desarrollo curricular de la MDU en Chile, identificando similitudes y diferencias entre los programas y las áreas de mejora. Existe acuerdo sobre la necesidad de un currículo mínimo, considerando el contexto local y las necesidades de la sociedad.

© 2023 The Author(s). 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/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sbasauri@uc.cl (S. Basauri).

KEYWORDS

Curriculum;
Emergency medicine;
Latin America;
Qualitative;
Postgraduate medicine

Multi-source qualitative analysis of emergency medicine residency programmes in Chile: A case study

Abstract

Background: Emergency medicine (EM) is a developing specialty worldwide. In Chile, it has been developing for 25 years, however, there is a need for further progress.

Aim: We aimed to explore the current postgraduate curriculum in Chile and identify ways to standardise and improve it.

Methods: A qualitative case study approach was used to explore perspectives on EM curriculum development via interviewing residents, graduates and programme directors and documentary analysis of academic and governmental guidelines. Both data sets were evaluated through thematic analysis.

Results: Four documents were analyzed, and eight interviews were conducted. Four main themes emerged: curricular structure, influence of context, expectations of an emergency physician, EM perspectives. Current programs focus on workplace learning and protected time for learning; however, they differ in clinical exposure and quality of training. Collaboration was identified as a priority, emphasizing the need for programs to work together to ensure quality. *Conclusion:* This study identifies the state of curriculum development of EM in Chile. It identifies similarities and differences between programs and areas for improvement. There is agreement on the need for a standardized curriculum, considering local context and societal needs.

© 2023 The Author(s). 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/>).

Introducción

El servicio de urgencia (SU) es un entorno desafiante para la enseñanza y el aprendizaje, brindando una gran variedad de presentaciones clínicas, en un entorno ocupado con distracciones continuas. Las visitas a la urgencia han aumentado de forma constante en la última década, llegando a más de 19 millones de consultas solo en el servicio público en Chile en 2022¹, colapsando en muchos casos los sistemas de salud. En este contexto se ha reconocido que un paso crucial para enfrentar esto es contar con especialistas en Medicina de Urgencia (MDU), capacitados para atender las demandas de salud de la población².

El primer programa de capacitación en MDU en Estados Unidos comenzó en 1970 y muchos países, incluidos Canadá, Australia, Hong Kong, Singapur y el Reino Unido, obtuvieron reconocimiento en la década siguiente³. El desarrollo de la MDU en los países latinoamericanos comenzó en la década de los 90, con un reconocimiento tardío y un progreso académico lento. Actualmente, al menos 18 países se encuentran en una etapa inicial de desarrollo de la disciplina, 12 de los cuales han publicado su progreso evidenciando la presencia de una sociedad representativa o un programa de formación (el Apéndice 1 resume el desarrollo de la MDU en la región). Chile, 25 años después de sus pasos iniciales, aún no cuenta con un currículo estandarizado. Si bien las guías internacionales respaldan su desarrollo, éstas no se ajustan a las necesidades locales y no se han implementado procesos de garantía de calidad.

Respecto al desarrollo curricular, si bien se ha visto que planes de estudios basados en competencias, que garantizan una formación de calidad y permiten flexibilidad, pueden impactar positivamente la atención que se brinda en el SU⁴,

aún no se han implementado masivamente en Chile para la MDU. Además, un currículo estandarizado que busque cumplir con las expectativas públicas y gubernamentales, mejoraría la comunicación entre los diferentes grupos de interés, especialmente en procesos de aseguramiento de la calidad⁵.

En relación con el contexto educacional, este es un elemento clave en el desarrollo curricular, que permita luego definir los diferentes elementos que componen un plan de estudios, como los resultados de aprendizaje (RA), metodologías de enseñanza y evaluación de aprendizajes. Así, el primer paso es identificarlo y comprenderlo, considerando prácticas locales al seleccionar los métodos educativos apropiados⁶. Se identifica entonces la necesidad de estudiar el contexto educacional de la MDU en Chile, como una aproximación inicial al desarrollo académico de la especialidad, buscando mejorar la calidad de la formación de residentes.

El objetivo de este estudio es identificar la brecha entre el estado actual y el deseado del currículo de la disciplina. A través de un estudio de caso exploratorio se busca identificar fortalezas y áreas de mejora, a través del análisis de las perspectivas de los residentes, graduados y directores de programa (DP) y el análisis de documentos relevantes.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Este estudio de caso de múltiples fuentes se basa en la perspectiva filosófica del constructivismo, donde el conocimiento se construye conjuntamente a través de la

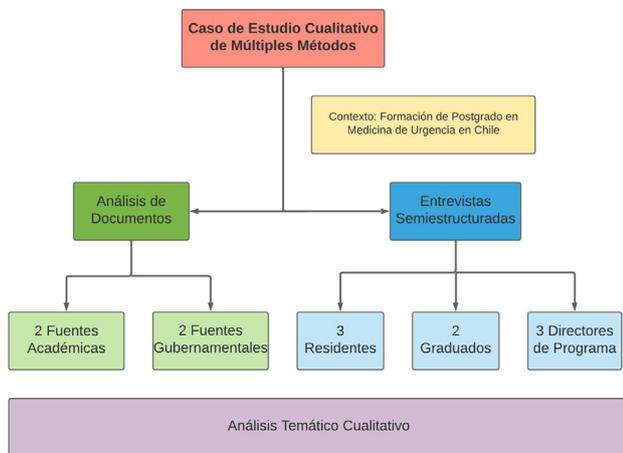


Figura 1 Metodología de investigación.

interacción social y múltiples perspectivas de la realidad⁷. Como metodología investigativa, se basa en la idea de que los resultados se construyen entre el investigador y los participantes, existiendo inevitablemente un lazo entre ambos⁸. En la figura 1 se muestra un diagrama de la metodología utilizada.

Contexto

Este estudio está ambientado en Chile, donde múltiples instituciones ofrecen programas de especialidad y subespecialidad hace décadas. El primer programa de formación en MDU se inició en 1994, con pocos residentes en la primera década y un marcado aumento tras el reconocimiento de la especialidad en 2013. Actualmente existen 14 programas de especialidad en 6 regiones del país. Según el registro nacional, hay 683 especialistas en MDU, que se han capacitado en alguno de estos programas o se han acreditado a través de otras certificaciones⁹.

Participantes y muestreo

Este estudio consta de 3 grupos de participantes: 1) residentes de MDU, representando a los estudiantes que experimentan los currículos actuales 2) graduados de MDU recientes, que completaron su formación en el último año y 3) DP, estos fueron seleccionados porque ofrecen diferentes perspectivas sobre el desarrollo curricular de la MDU en Chile. Usando el poder de la información para identificar el tamaño de la muestra¹⁰, se anticipó que se necesitarían 6 entrevistas, 2 de cada grupo. Ciento nueve participantes fueron invitados, 21 se ofrecieron como voluntarios. Se seleccionaron a los participantes según su relevancia para el estudio de caso, siguiendo un muestreo intencional con un enfoque de máxima variación¹¹.

Entrevistas

Las entrevistas se realizaron en línea a través de Skype®, grabadas con el consentimiento de los participantes. Se desarrolló una guía de entrevista para cada grupo

de participantes utilizando literatura de desarrollo curricular^{6,7,12,13} y la reflexión de la investigadora sobre su propia experiencia previa. El objetivo era identificar las perspectivas de los participantes sobre el estado de su currículo actual; formas de mejorarlo y qué características son esenciales en un médico de urgencia (MU) competente.

Análisis de documentos

Esta estrategia permite indagar la perspectiva ofrecida por guías académicas y gubernamentales disponibles para los educadores. Se seleccionaron 4 documentos descritos en la tabla 1.

Análisis de datos y credibilidad

Para poder comparar e integrar ambas fuentes de estudio, se eligió la metodología de análisis temático siguiendo el modelo descrito por Braun y Clarke¹⁴. Las entrevistas fueron transcritas, anonimizadas y analizadas siguiendo un enfoque inductivo, utilizando NVivo12® como software de gestión de datos. Todas fueron realizadas por la investigadora principal, garantizando continuidad. El análisis se discutió con pares fuera del equipo de investigación, aumentando la credibilidad¹⁵, mientras que la transferibilidad se aseguró al proporcionar una descripción detallada del diseño y contexto del estudio. La confiabilidad y confirmabilidad se abordaron mediante un registro de auditoría y la reflexividad, a través de un diario reflexivo y memos¹⁶.

El análisis de documentos se realizó de manera inductiva y luego deductivamente, guiado por las taxonomías para aprender, enseñar y evaluar como marco teórico¹⁷.

Resultados

Se realizaron 8 entrevistas, incluyendo 3 DP, 3 residentes y 2 egresados; cada uno con una duración de 30 a 60 minutos. La muestra representó 7 de los 10 programas existentes en ese momento: 3 de programas más grandes y experimentados y 4 de programas pequeños y nuevos. Todos se desarrollan en centros académicos urbanos. Las últimas entrevistas proporcionaron pocas perspectivas nuevas, lo que sugiere que se habían recopilado suficientes datos¹⁵.

Cuatro temas surgieron a partir de la codificación de ambas bases de datos, uno de ellos dividido en 4 subtemas como lo muestra la figura 2. La tabla 2 resume las ideas principales con citas ejemplificadoras.

Estructura curricular

Enseñanza clínica

Algunos programas tienen más de un campo clínico, incluida la atención pública y privada, mientras que otros abarcan un solo sector. Las entrevistas evidencian que las principales diferencias son el tiempo que pasan en el SU y en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Algunos participantes mencionaron esto como una fortaleza en su programa (Res2, Res3, PD1, PD2). Varios entrevistados enfatizan la importancia de tener exposición temprana a los pacientes en el SU.

Tabla 1 Documentos incluidos para análisis

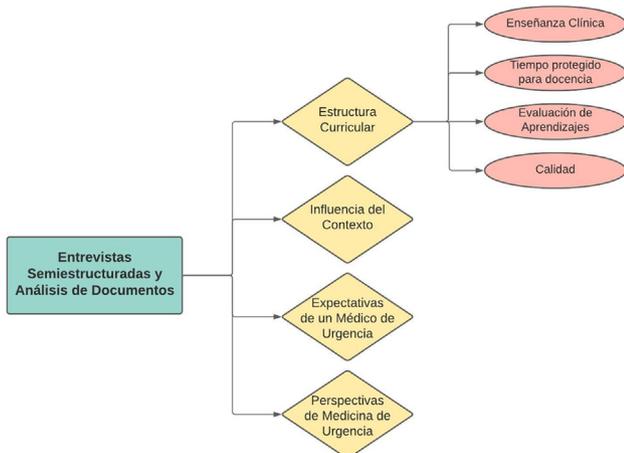
Documento	Tipo	Descripción
DocA (29) <i>IFEM model curriculum for emergency medicine specialists</i>	Académico	Modelo de currículo internacional desarrollado por consenso por IFEM, que describe los requisitos mínimos para la formación de posgrado de médicos de urgencia en todo el mundo
DocB (39) <i>Requisitos específicos para un programa de formación de especialistas en MDU y anexos de contenidos de las rotaciones</i>	Académico	Modelo de currículo local, desarrollado en Chile por una agencia de acreditación que ya no sigue operativa. Es la única guía académica local
DocC (40) <i>Requisitos específicos de postulación: descripción de aspectos técnicos y conocimientos mínimos para la certificación de especialidades médicas y odontológicas</i>	Gubernamental	Creado con fines de aseguramiento de calidad por médicos de urgencia en Chile, para una entidad gubernamental. Describe las competencias esperadas para médicos de urgencia en Chile, enfocado principalmente en contenidos
DocD (41) <i>Estándares y recomendaciones al proceso de atención de urgencia</i>	Gubernamental	Provee la perspectiva gubernamental local del rol de los médicos de urgencia en el lugar de trabajo. Se enfoca en los procesos y estándares para un adecuado funcionamiento de una unidad de emergencia

IFEM: International Federation for Emergency Medicine; MDU: medicina de urgencia.

Si bien DocA menciona que la enseñanza debe «ofrecer a los alumnos una exposición clínica óptima, así como una experiencia clínica adecuada, ya sea real o simulada, de modo que se pueda esperar que realicen tareas similares o relacionadas sin supervisión en el futuro» (p. 5), no especifica limitaciones de tiempo. Un cuadro comparativo de los currículos de diferentes países establece que el tiempo mínimo en el SU para los programas es de 18 meses. La exposición en la UCI varía de 2 a 12 meses y en pediatría, 1 a 6 meses. DocB, por otro lado, especifica un mínimo de 12 meses en el SU y al menos 4 meses en la UCI.

Tiempo protegido para docencia

Todos los entrevistados describieron tener reuniones educativas semanales de medio día o día completo. El formato varía, mencionando discusiones de casos, análisis de literatura y presentaciones de temas. La mayoría describió tener módulos específicos, como trauma y vía aérea.

**Figura 2** Mapa temático.

Se mencionó la simulación como un método de enseñanza utilizado ocasionalmente, enfatizando que se podría mejorar.

En cuanto a la enseñanza, DocA y DocB especifican la necesidad de tener oportunidades de aprendizaje formal con residentes y académicos. DocB describe módulos específicos como un requisito, sin embargo, no menciona RA. DocA no describe contenidos, pero sugiere el uso de planes de estudio desarrollados por otros países, definiendo los RA y siguiendo un modelo basado en competencias.

Evaluación de aprendizajes

Los participantes declararon tener evaluaciones en algunas rotaciones, siendo la UCI la más comúnmente evaluada. La mayoría de los participantes describieron tener exámenes anuales en forma de discusión oral de casos. Algunos mencionaron exámenes escritos, 2 mencionaron retroalimentación formativa y ninguno mencionó exámenes prácticos. Los residentes fueron críticos y afirmaron que, aunque la mayoría de las evaluaciones cumplieron con sus expectativas, preferirían múltiples métodos.

DocA y DocB enfatizan la necesidad de evaluar conocimiento, habilidades y actitudes para cada rotación. DocA describe los métodos más utilizados y sugiere incluir medidas formativas y sumativas de progreso a lo largo de la formación, asumiendo responsabilidades progresivas.

Calidad

Si bien la mayoría de los residentes y egresados declararon tener suficiente exposición clínica, en cuanto a la cantidad y variedad de los pacientes, todos manifestaron que la calidad de la enseñanza clínica debiera ser una prioridad. Los participantes destacaron que se podrían mejorar varias rotaciones si se tuvieran supervisores más dedicados, con un enfoque en el aprendizaje y no en la carga asistencial. Especialmente en el SU destacan la importancia de ser enseñados por MU entrenados.

Tabla 2 Resumen de ideas principales por tema y citas ejemplificadoras

Tema - Subtema	Idea	Cita
Estructura curricular - enseñanza clínica	Exposición temprana a pacientes de urgencia	«...para el primer año es fundamental tener más tiempo en el SU, para tener una perspectiva global...» (Res2)
Estructura curricular - tiempo protegido para docencia	Mayor uso de simulación en los programas	«...[la simulación] realmente te pone en situaciones y te estresa como en la vida real. Con la diferencia de que es un entorno seguro. Aunque tenemos simulación, creo que necesitamos más... especialmente durante el primer año» (Grad2)
Estructura curricular - evaluación de aprendizajes	Residentes prefieren múltiples métodos de evaluación	«...las evaluaciones son heterogéneas... hay rotaciones con examen final, y en algunas no lo hay... algunas rotaciones tienen a cargo un especialista, que está muy pendiente de tu presencia... mientras que a otras parece no importarles...» (Res1)
Estructura curricular - calidad	La calidad de enseñanza debiera ser una prioridad	«[la exposición clínica] tiene que ir de la mano de un lugar donde haya profesores que te enseñen a hacer las cosas... si tienes un lugar lleno de pacientes críticos, pero nadie te enseña nada, entonces terminas haciendo los mismos trucos... Creo que estamos en el punto de encontrar el equilibrio entre ambas cosas» (Grad1)
Influencia del contexto	Es importante reconocer las necesidades sociales y locales de atención médica	«...es necesario [un currículo estandarizado]... pero tiene que ser un mínimo, porque hay que considerar diferentes realidades... tiene que haber flexibilidad para adaptarse a las necesidades locales» (PD2)
Expectativas de los médicos de urgencia	La habilidad de estratificar el riesgo es fundamental en un médico de urgencia competente	«Nosotros [los MU] somos capaces de salvar vidas, identificar a los pacientes que van a evolucionar mal y a los que van a estar bien... esa estratificación de riesgo es algo muy particular de nuestra especialidad» (Grad2)
	El liderazgo es otra característica de un médico de urgencia competente	«El equipo confía en ti. Parecen tranquilos cuando estás allí, como si tuvieran miedo de lo que sucede cuando no hay un MU líder...» (Grad2)
	El contexto social local requiere cambios culturales	«Creo que lamentablemente estamos luchando contra la sociedad, porque va a ser muy difícil, si no imposible, que un paciente venga con su hijo de 5 años y no lo vea un pediatra» (Grad1)
Perspectivas de la MDU	La especialidad ha avanzado, pero aún está en proceso de consolidación	«... tenemos un fuerte impacto, pero aún necesitamos ser valorados más... los programas deben trabajar juntos para lograr esto» (Res3)
	Es importante el trabajo colaborativo para mejorar la calidad de formación	«...si trabajáramos juntos, podríamos presionar al gobierno y exigir calidad» (PD3)

MDU: Medicina de urgencia.

DocA y DocB declaran que la supervisión en el SU debe estar a cargo de especialistas calificados o profesores de MDU. DocB acepta médicos no especialistas con más de 10 años de experiencia o con reconocimiento nacional. Ambos documentos especifican la necesidad de contar con médicos académicos con tiempo dedicado, para lo cual DocB define un mínimo de un académico cada 6 residentes.

Influencia del contexto

La influencia del contexto surgió repetidamente, reconociendo la importancia de reconocer las necesidades sociales y locales de atención médica.

DocA sugiere individualizar la formación según las necesidades del residente y considerar las influencias culturales y educativas. Si bien esto no se aborda

explícitamente en DocB, sí lo considera al establecer requisitos como el personal docente.

Expectativas de los médicos de urgencia

Cuando se les preguntó qué características tiene un MU competente, la mayoría de los participantes identificaron el logro de conocimientos sólidos y habilidades prácticas para manejar condiciones emergentes. Cuatro participantes señalaron la capacidad de estratificar adecuadamente el riesgo de los pacientes, mientras que todos los DP mencionaron ser resolutivos como característica principal.

Todos los grupos enfatizaron la necesidad de tolerar la frustración y trabajar bajo presión, considerando la carga asociada a trabajar en un SU. Liderazgo y gestión se usaron indistintamente, considerado fundamental por todos los

graduados y DP entrevistados, enfatizando cómo la formación actual debe mejorar para lograr este objetivo.

Cuando se les preguntó sobre el papel del MU en pediatría, ginecología y ortopedia, todos acordaron que el MU debería estar involucrado en el manejo de estos pacientes. Sin embargo, para pediatría y ginecología, coinciden en que el MU debe centrarse solo en las condiciones críticas y emergentes, ya que la formación actual es insuficiente para un manejo completo de estas áreas. Destacan que la sociedad chilena no está preparada para un sistema de este tipo y lograrlo requeriría un gran cambio cultural.

Con respecto a la ortopedia, la mayoría de los participantes está de acuerdo en que los MU deberían poder manejar estas condiciones, excepto las quirúrgicas. Sin embargo, consideran que la formación actual no es suficiente, incluyendo un programa que no lo considera en su currículo.

Con respecto a poblaciones especiales, DocA sugiere que el MU debe atender a los pacientes de todas las edades, mientras que DocB está de acuerdo, pero solo se centra en condiciones emergentes y estabilización inicial. DocC no aborda esto, mientras que DocD lo categoriza según la agudeza, donde los pacientes de alta complejidad deben ser atendidos por un MU, mientras que otros, por médicos generales.

Perspectivas de la Medicina de Urgencia

La mayoría de los participantes mencionaron cómo la MDU es diferente de otras especialidades, en contraste con la visión tradicional de que el SU puede ser atendido por profesionales no especialistas. Mencionan que la MDU es cada vez más reconocida; sin embargo, es todavía un proceso en curso.

Los participantes enfatizaron la importancia de la colaboración entre los programas para garantizar la calidad. Todos los DP están de acuerdo en que la MDU debe estar representada por una sociedad para liderar la especialidad académica y administrativamente.

Todos los DP apoyan tener un currículo mínimo nacional, expresando preocupación por los programas que ofrecen una formación deficiente, destacando la ausencia de lineamientos y organismos reguladores actualizados. Algunos participantes, sin embargo, estaban preocupados por esto, subrayando la necesidad de flexibilidad y adaptación al contexto.

Discusión

Este es el primer estudio basado en evidencia que explora el desarrollo académico de la MDU en Chile y su región. Algunas perspectivas reflejan la literatura internacional, mientras que otros hallazgos se relacionan con la realidad local. Esta sección unifica los conceptos clave que surgen de ambos conjuntos de datos.

Estructura curricular: cantidad y calidad

Los resultados muestran que, aunque los programas de MDU actuales tienden a seguir una estructura similar, difieren en aspectos clave de la formación. La mayoría reconoce la

práctica clínica supervisada y el tiempo protegido para la docencia como un componente central. Esto se alinea con que la educación de posgrado ocurre principalmente en el lugar de trabajo, ofreciendo niveles crecientes de responsabilidades que permitan a los alumnos alcanzar la autonomía en su práctica¹⁸. Sin embargo, el tiempo dedicado a urgencia difiere entre programas, de 11 a 18 meses. Esto apenas cumple con el requisito mínimo de DocB (12 meses), mientras que todos los planes de estudios en DocA tienen como objetivo al menos 18 meses. Esto sugiere que algunos programas pueden ofrecer una exposición clínica insuficiente, lo que debe abordarse aumentando tiempo de exposición real o simulada. Esto se ha estudiado en otros entornos¹⁹, identificándose una amplia variación entre exposiciones clínicas incluso dentro de un mismo programa. A futuro, la investigación debe centrarse en determinar la exposición real que tienen los residentes, asegurando suficiente experiencia para lograr los niveles esperados de competencia.

En cuanto a calidad, los hallazgos indican que los currículos actuales no cumplen con requisitos internacionales del cuerpo académico. A medida que crece la especialidad, es fundamental que se asegure capacitación docente. Si bien esto es parte del desarrollo de cualquier nueva especialidad, debe abordarse tempranamente⁵.

Colaboración: clave para el éxito

La MDU ha progresado significativamente en Chile desde su reconocimiento en 2013, con una rápida expansión de programas de formación. Ha habido una transformación, alejando a otros especialistas del SU; sin embargo, esto está aún en proceso y nuestros hallazgos enfatizan la necesidad de colaborar entre programas para alcanzar la madurez como una especialidad bien establecida. Mallon et al.²⁰ recomiendan unificar sociedades, coordinar reuniones académicas, desarrollar un único examen de certificación y trabajar para fortalecer los programas de formación.

Currículo mínimo: una necesidad emergente

La literatura describe la estandarización de los currículos como parte fundamental del progreso académico de la MDU²¹. Aunque la colaboración parece clave, esto requerirá superar barreras, consensuando aspectos conflictivos, como el papel de los MU respecto a otras especialidades o la exposición clínica adecuada. Tal currículo debe permitir la adaptabilidad a diferentes escenarios, reforzando el impacto del contexto en el desarrollo curricular.

Los DP enfatizaron la necesidad de determinar RA claros. Los documentos académicos analizados, así como la literatura sobre educación de posgrado, respaldan que los RA apunten a los niveles más altos de adquisición de competencias^{18,22}. Las discusiones de casos y análisis de literatura exploran el nivel de aplicación de conocimiento, demostrado por «sabe cómo» en la pirámide de Miller²³. Sin embargo, el nivel «demostrar» se corresponde con la necesidad identificada por los participantes de incorporar más simulación en el currículo. Esta estrategia se ha utilizado exitosamente en la MDU, incluso *in situ* o como guía para la remediación^{24,25}.

Si bien los documentos académicos afirman la importancia de evaluar conocimientos, habilidades y actitudes, actualmente se evalúa a través de exámenes escritos y orales, principalmente. Evaluar los niveles «demostrar» y «hacer» (53), requieren de herramientas más complejas²⁶. Un programa de evaluación sistemático, alineado con RA claros ayudan en este aspecto²⁷. La simulación se ha utilizado en MDU para este propósito²⁸ y la evaluación en el lugar de trabajo juega un papel clave, proporcionando retroalimentación constructiva²⁹.

El contexto influye en el currículo y la práctica clínica

Una perspectiva recurrente es la influencia social sobre el papel del MU, en particular para pediatría y ginecología. Afirman que la sociedad chilena no está preparada para que los MU atiendan todas las consultas dentro del SU, esperando ser atendidos por otros especialistas. Si bien esto se ha abordado en otros países, aumentando la duración de la formación u ofreciendo subespecialidades, todavía parece ser un problema en varios contextos³⁰. DocB afirma que el MU solo debe tratar condiciones emergentes de estas poblaciones, mientras que el modelo internacional (DocA) propone ver pacientes de todas las edades. Futuros estudios deben enfocarse en cuánta formación requieren estas áreas, pudiendo impactar políticas educativas y administrativas.

Este estudio brinda perspectivas únicas de actores locales para comprender el contexto académico de la MDU en Chile. Los hallazgos pueden ser valiosos para quienes pretendan desarrollar políticas o documentos académicos que aborden la formación en MDU y, aunque el estudio se desarrolla en Chile, las interpretaciones pueden ser aplicables a otros contextos comparables.

Este estudio recalca la importancia de obtener múltiples perspectivas al desarrollar programas de formación efectivos. Desde una perspectiva política, este estudio destaca la importancia de la voz de los médicos en ejercicio para el desarrollo de documentos que guíen la atención médica en su disciplina. La aplicación de la evidencia a la práctica comienza con la comprensión del contexto y las necesidades de la realidad local. Al abordar esto, los hallazgos pueden contribuir a un mayor desarrollo académico, reconociendo el importante impacto que la MDU tiene en la comunidad.

Conclusión

A través de un diseño cualitativo, este estudio de caso analiza información de 2 conjuntos de datos, combinando las perspectivas de los participantes con documentos académicos y políticos. Al triangularlos con la literatura actual, se identificaron temas principales y subtemas, describiendo fortalezas y áreas de mejora en el estado actual del currículo, entendiendo las influencias culturales, sociales y educativas. Los hallazgos de este estudio servirán a la comunidad académica de MDU tanto en Chile como en las regiones hispanohablantes, guiando el desarrollo futuro a través de procesos de revisión curricular y control de calidad.

Responsabilidades éticas

Se obtuvo la aprobación ética del Comité de Ética Científica de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CEC MEDUC) y la Universidad de Dundee.

Se obtuvo consentimiento informado por participación de los entrevistados, confirmándolo durante la grabación de la entrevista.

Financiación

No existen fuentes de financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer las contribuciones de los siguientes profesores de la Pontificia Universidad Católica de Chile: Arnoldo Riquelme (MD, MMedEd), Barbara Lara, (MD, MPH) y Javiera Fuentes-Cimma (PT, Msc, MMedEd) por su constructiva crítica del manuscrito. Sus valiosos comentarios desde sus perspectivas como educadores e investigadores experimentados en el marco de este estudio de caso proporcionaron nuevos conocimientos durante el proceso de redacción.

Anexo A. Dato suplementario

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2023.100885>.

Bibliografía

- Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Atenciones de Urgencia; 2023 [consultado 29 Dic 2023], Disponible en: [http://cognos.deis.cl/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=/content/folder\[@name=%27PUB%27\]/folder\[@name=%27REPORTES%27\]/folder\[@name=%27Atenciones%20de%20Urgencia%27\]/report\[@name=%27Atenciones%20Urgencia%20-%20Vista%20por%20semanas%20-%20Servicios%27\]&ui.name=Atenciones%20Urgencia%20-%20Vista%20por%20semanas%20-%20Servicios&run.outputFormat=&run.prompt=true](http://cognos.deis.cl/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=/content/folder[@name=%27PUB%27]/folder[@name=%27REPORTES%27]/folder[@name=%27Atenciones%20de%20Urgencia%27]/report[@name=%27Atenciones%20Urgencia%20-%20Vista%20por%20semanas%20-%20Servicios%27]&ui.name=Atenciones%20Urgencia%20-%20Vista%20por%20semanas%20-%20Servicios&run.outputFormat=&run.prompt=true).
- Mission AAEM. Statement [Internet]. American Academy of Emergency Medicine. [consultado 30 Jun 2021] Disponible en: <https://www.aaem.org/about-us/our-values/mission-statement>.
- Williams DJ. Brief history of the specialty of emergency medicine. *Emerg Med J*. 2018;35:139–41.
- Frank JR, Snell LS, Ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach*. 2010;32(8):638–45.
- Alagappan K, Schafermeyer R, Holliman CJ, Iserson K, Sheridan A, Kapur GB, et al. Role for academic emergency medicine. *Acad Emerg Med*. 2007;14:451–6.
- Grant J. Principles of curriculum design. En: Swanwick T, Forrest K, O'Brien BC, editores. *Understanding Medical Education*:

- Evidence, Theory and Practice. Third Ed. Singapore: Wiley-Blackwell; 2019. p. 71–88.
7. Illing J, Carter M. Philosophical research perspectives and planning your research. En: Swanwick T, Forrest K, O'Brien BC, editores. *Understanding medical education: evidence, theory and practice*. Third Edit. Singapore: Wiley-Blackwell; 2019. p. 391–403.
 8. Guba EG, Lincoln YS. Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. En: Denzin DK, Lincoln YS, editores. *Handbook of Qualitative Research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005. p. 191–215.
 9. Superintendencia de Salud. Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud [Internet]. [consultado 30 Jun 2021]. Disponible en: <https://rnpi.superdesalud.gob.cl>.
 10. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qual Health Res*. 2016;26(13):1753–60.
 11. Bryman A. *Social Research Methods*. Fifth ed. Oxford: Oxford University Press; 2016.
 12. Prideaux D. ABC of learning and teaching in medicine: curriculum design. *Bmj*. 2003;326(7385):268–70.
 13. Quirk ME, Harden RM. Curriculum planning and development. En: Dent JA, Harden RM, Hunt D, editores. *A Practical Guide for Medical Teachers*. Fifth Ed. Great Britain: Elsevier; 2017. p. 4–12.
 14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77–101.
 15. Varpio L, Ajjawi R, Monrouxe LV, O'Brien BC, Rees CE. Shedding the cobra effect: problematising thematic emergence, triangulation, saturation and member checking. *Med Educ*. 2017;51:40–50.
 16. Saldaña J. *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. 3rd Ed. Great Britain: Sage; 2016.
 17. Anderson LW, Krathwohl DR, Airasian PW, Cruikshank KA, Mayer RE, Pintrich PR, et al. *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. Harlow, Essex: Pearson; 2014.
 18. Snell L, Frank JR, Pihlak R, Sa J. Postgraduate medical education: A "pipeline" to competence. En: Dent JA, Harden RM, Hunt D, editores. *A practical Guide for Medical Teachers*. Fifth Ed. Great Britain: Elsevier; 2017. p. 20–7.
 19. Douglass A, Yip K, Lumanaw D, Fleischman RJ, Jordan J, Tanen DA. Resident clinical experience in the emergency department: patient encounters by postgraduate year. *AEM Educ Train*. 2019;243–50.
 20. Mallon W, Valenzuela R, Salway R, Shoenberger J, Swadron S. La especialidad de medicina de urgencia en Chile: 20 años de historia. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2017;28(2):170–1.77. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864017300305>.
 21. Nowacki AK, Landes M, Azazh A, Puchalski Ritchie LM. A review of published literature on emergency medicine training programs in low- and middle-income countries. *Int J Emerg Med* [Internet]. 2013;6(26):1–10. Disponible en: <http://www.intjem.com/content/6/1/26>.
 22. O'Connell EJ, Kleinschmidt KC. Adult learners in the emergency department. En: Rogers RL, Mattu A, Winters M, Martinez J, editores. *Practical Teaching in the Emergency Department*. Malaysia: Wiley-Blackwell; 2009. p. 3–15.
 23. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990;65(9):S63–7.
 24. Petrosniak A, Auerbach M, Wong AH, Hicks CM. In situ simulation in emergency medicine: moving beyond the simulation lab. *EMA - Emerg Med Aust*. 2017;29(1):83–8.
 25. Nadir N-A, Hart D, Cassara M, Noelker J, Moadel T, Kulkarni M, et al. Simulation-based remediation in emergency medicine residency training: a consensus study. *West J Emerg Med*. 2018;20(1):145–56.
 26. Knowles M, Holton E, Swanson R. *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. 5th ed. Woburn, MA: Butterworth Heinemann; 1998.
 27. Van Der Vleuten CPM, Schuwirth LWT. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Educ*. 2005;39(3):309–17.
 28. Hart D, Bond W, Siegelman JN, Miller D, Cassara M, Barker L, et al. Simulation for assessment of milestones in emergency medicine residents. *Acad Emerg Med*. 2018;25(2):205–20.
 29. Gofton W, Dudek N, Barton G, Bhanji F. *Workplace-Based Assessment Implementation Guide: Formative Tips for Medical Teaching Practice*. In 1st ed. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2017;1–12. Disponible en: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/cbd/wba-implementation-guide-tips-medical-teaching-practice-e.pdf%0A>.
 30. Li J, Roosevelt G, McCabe K, Preotle J, Pereira F, Takayesu JK, et al. Pediatric case exposure during emergency medicine residency. *AEM Educ Train* [Internet]. 2018 Oct;2(4):317–3.27. Disponible en: <https://europepmc.org/articles/PMC6194046>.