

mediante bibliografía y una clase teórica. Los participantes fueron aleatoriamente asignados a uno de dos grupos: estudio de caso (EC) o escenario de simulación (ES). El grupo EC trabajó en el caso a través de una plataforma virtual y el grupo ES participó en un escenario de simulación más su respectivo debriefing. Posteriormente, todos participaron en caso de HM simulado, que fue grabado en video. Los videos fueron evaluados por 2 observadores independientes y ciegos, que calificaron su desempeño usando una rúbrica. Los participantes realizaron un test de conocimiento previo y posterior al caso, más una encuesta de satisfacción. Dependiendo del tipo de datos obtenidos, se usaron pruebas paramétricas o no paramétricas con el programa SPSS (v.19).

**Resultados:** Todos los residentes completaron el proyecto. Al analizar conocimientos pre y post-test se observa una diferencia significativa a favor de simulación ( $p = 0.032$ ). En relación con la satisfacción, se observan diferencias a favor de simulación, siendo más entretenida y logrando mejor los objetivos de la sesión. La comparación entre las evaluaciones de desempeño clínico entre las muestras se efectuó empleando la suma de las categorías de la rúbrica asignada por los evaluadores. Los resultados evidencian diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo simulación en la capacidad de jerarquizar conductas terapéuticas pertinentes ( $p = 0.008$ ), reconocer precozmente complicaciones ( $p = 0.028$ ) y comunicarse con el equipo de salud ( $p = 0.014$ ). No hubo diferencias con la capacidad de realizar diagnóstico, reconocer diagnósticos diferenciales, establecer conductas en relación con el manejo de Dantrolene, tratar al paciente con principios éticos y capacidad de comunicación e interacción con el cirujano.

**Conclusiones:** El entrenamiento con simulación de alta fidelidad es mejor que el estudio de caso en satisfacción, adquisición de conocimiento y en 3 de los 8 elementos del desempeño clínico. Creemos que la falta de mejoría en el resto de los elementos del desempeño clínico, podría deberse a ciertas limitaciones técnicas del diseño. Por ejemplo, la ausencia de diferencia en el diagnóstico puede deberse a que los residentes saben que vienen a un caso de HM. Debemos realizar esfuerzos para afinar nuestra herramienta de evaluación y lograr una mayor concordancia entre ella y el tipo de entrenamiento realizado. Se necesitan más estudios para evaluar poblaciones más grandes y para evaluar la mantención de las habilidades potencialmente adquiridas.

## ORIENTACIONES EN DIDÁCTICA PARA LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS EN LOS POSGRADOS MÉDICOS

Leonor Galindo, María Elena Arango Rave  
y Juan Antonio López Núñez  
*Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*

**Introducción:** Como resultado de la investigación denominada “Caracterización del modelo basado en competencias profesionales de educación médica desarrollado en doce especialidades clínicas y nueve quirúrgicas de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia - Colom-

bia. Hacia un nuevo enfoque”, se hace un aporte a la didáctica clínica para una mejor práctica docente y un desarrollo intencionado de competencias profesionales. Este conocimiento permite establecer directrices para la planeación, el desarrollo y la evaluación del proceso educativo.

**Metodología:** La investigación se desarrolló en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia entre los años 2011 a 2014, con un enfoque metodológico mixto, cualitativo y cuantitativo, y en ella participaron residentes, egresados, profesores y jefes de las 21 especialidades médicas. Los resultados de la investigación evidenciaron que las estrategias didácticas utilizados en la formación médica de las especialidades clínicas y quirúrgicas, exigen intencionalidad formativa del profesor hacia el residente, así como un buen manejo de la competencia comunicativa para que genere un espacio de respeto, cooperación y receptividad, que permita el desarrollo consciente de competencias genéricas y específicas que se requieren. Una actitud que permita el direccionamiento propositivo y retador hacia el logro de aprendizajes significativos.

**Conclusiones:** Existe una didáctica clínica propia que requiere ser aplicada con intencionalidad para potenciar la investigación y el aprendizaje significativo, favorecer la autonomía y estimular trabajo colaborativo. Se concibe al profesor como tutor mediador y al estudiante como el protagonista de su proceso de formación que desarrolla capacidades de pensamiento, espíritu investigativo y cualidades humanas que lo sensibilizan para las buenas prácticas médicas.

## POLÍTICAS PÚBLICAS Y EDUCACIÓN DE RESIDENTES

Gabriela Juez  
*Universidad Mayor, Santiago, Chile*

**Introducción:** Chile es un país con gran necesidad de especialistas y de que los mismos se comprometan a trabajar en el sistema público de salud, que atiende al 80% de la población y que jurídicamente está obligado a proporcionar atención de calidad garantizada y prestada por especialistas idóneos. “La Misión de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor es aportar a la sociedad mediante la formación de profesionales del área de la salud, emprendedores, con principios éticos, una sólida base científica, una visión holística del ser humano y que sean capaces de actuar en un entorno dinámico y cambiante. La Facultad además favorecerá el desarrollo de actividades propias del quehacer universitario y su vinculación con el medio, contribuyendo al desarrollo de la nación”. De tal modo que no podría prescindir de colaborar académicamente con las políticas públicas de Salud de Chile.

**Objetivo:** Formar especialistas idóneos y que se incorporen a todas las instancias de los servicios de salud chilenos.

**Metodología:** Desde el año 2006, se recibieron ofertas de Servicios de Salud de financiar becas de especialidades con destino asignado. Se consideró un valor agregado que un postulante a especialidades médicas estuviera dispuesto a comprometerse con la salud en el sistema público