

chileno y que los Servicios de Salud de Chile privilegieran la formación universitaria de sus especialistas. Se otorgó puntaje adicional por compromiso con servicios públicos en nuestro proceso de selección. Desde el año 2011, el Ministerio de Salud de Chile incrementó su relación con las universidades chilenas, invitándolas a coordinar sus procesos anuales de admisión con los concursos anuales de formación de especialistas que se centralizaron e intensificaron, destinando importantes recursos financieros para formar especialistas para Chile, en cantidad y calidad adecuadas a las necesidades estudiadas para cada Región y para el país. La Universidad Mayor se ha incorporado a los concursos nacionales, conservando su proceso de selección que el sistema nacional permite, aceptando habilitación de los postulantes por parte de las universidades.

**Resultados:** En el año 2005 se iniciaron seis especialidades médicas en la Universidad Mayor, comenzando con diez estudiantes financiados por sus propios recursos. Desde el año 2006, se promovieron las becas estatales y/o de instituciones en convenio. Al año 2014, existen 64 estudiantes en ocho especialidades, 80% becados por compromiso con organismos e instituciones públicas. Se han titulado 112 especialistas, que están trabajando todos en el sistema público; no obstante, también en forma privada y distribuidos a lo largo de todo Chile, literalmente desde América por el Norte a Magallanes por el Sur, los dos extremos del país. El 70% están incorporados a la docencia de especialistas y de médicos para diferentes universidades y para la Universidad Mayor en la Región Metropolitana y en Regiones.

**Conclusiones:** Se ha recorrido un camino complejo de colaboración con las políticas públicas chilenas que posiciona a la Universidad Mayor con una gran vinculación con el medio en cuanto a formación de especialistas.

## EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD MAYOR

Edda Lagomarsino y Gabriela Juez  
*Universidad Mayor, Santiago, Chile*

**Introducción:** La formación de médicos especialistas ha permitido generar profesionales de alto nivel. Los programas de especialidades médicas de la Universidad Mayor son diseñados en función del perfil de egreso, que incluye competencias de la especialidad y competencias sello de la universidad respecto al especialista que se titulará. Se evalúan periódicamente.

**Objetivo:** Mantener un sistema de aseguramiento de la calidad que contribuya al mejoramiento continuo de los programas, y al cumplimiento de los resultados esperados del proceso de enseñanza aprendizaje establecido.

**Material y método:** Se diseñó el método de evaluaciones (encuestas) anónimas en diversos niveles. a) Encuesta Anual para residentes de 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> año. Evalúa 5 niveles: Dirección Postítulo-Posgrado, Programa común, Programa de Especialización, Resultados Parciales y Evaluación Global de la Experiencia. Las respuestas consideran escalas de aceptación (muy buena, buena, regular y deficiente) además espacio para comentarios. b) Encuesta Titulados: 4 niveles:

Dirección Postítulo-Posgrado, Programa Común, Programa de Especialidad (grado de satisfacción, debilidades y fortalezas, mención mejores-peores docentes) y Evaluación Global (experiencias). c) Encuesta Egresados (3 años o más de experiencia laboral) 5 niveles: Aspectos Generales del Programa, Aspectos Prácticos, Aspectos Económicos, Posición Profesional Actual, Sugerencias, Comentarios. Los resultados se analizan en la Dirección de Especialidades Médicas, Comité Asesor Posgrado, profesores encargados programas, difusión y discusión ampliada con docentes.

**Resultados:** a) La encuesta se realiza desde el 2005. Total 175 residentes. Responden 75%. Cada año los becados han opinado acerca de estas evaluaciones en sesión presencial con Directoras de Posgrado, Profesores Encargados. Los resultados son discutidos en campos clínicos, y se han propuesto soluciones, coordinando recursos universitarios y de campos clínicos, participando activamente los estudiantes en buscar soluciones. b) El 83.5% de los titulados responde. Entre el 2008 y 2014 han egresado 112 especialistas: 22 Anestesiólogos, 4 Geriatras, 17 Neurólogos, 14 Pediatras, 31 Psiquiatras y 24 Radiólogos. La evaluación de programas en promedio fue con nota 6.2 (escala 1 a 7). c) Egresados con 3 años trabajo en su especialidad (egresados 2008 y 2009) son 77. Anestesia 17, Geriátrica 2, Neurología 12, Pediatría 11, Psiquiatría 17 y Radiología 18, trabajando de Arica a Magallanes. El 99% trabaja en Servicios Públicos. Hace una Subespecialidad un 5%. El 70% ejerce Labores Docentes Universitarias.

**Conclusión:** En la búsqueda de la excelencia en la formación de residentes, estamos viviendo una enseñanza de la medicina globalizada, estandarizada y evaluada tanto del docente como de estudiantes que son el centro del proceso. Las encuestas son un buen método para conocer, satisfacer las aspiraciones y mejorar las mallas. Las infraestructuras para el desarrollo de los programas y la disposición de docentes son consideradas adecuadas para los alumnos. La duración de 3 años es considerada como suficiente, y las destrezas adquiridas son satisfactorias. El 100% se encuentra preparado para desempeñarse en su especialidad y recomendaría el programa.

## PROCESO DE ACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Isabel Segovia Dreyer, Eleana Oyarzún, Reinaldo Muñoz Sepúlveda, Mónica Niveló Clavijo y Macarena Moral López  
*Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile*

**Introducción:** Para resguardar la calidad en la formación de los especialistas los programas universitarios deben acreditarse, primero ante ASOFAMECH, y desde el año 2009 ante Ápice. Este proceso significa cumplir con los requisitos generales y específicos de cada especialidad, realizar un proceso de autoevaluación y evaluación de los estudiantes, y ser visitado por pares evaluadores externos que confeccionan el informe para la decisión del Consejo. Como especialidad nueva la Medicina Familiar ha debido elaborar su proceso para presentar los estándares solicitados.

**Objetivos:** Describir el proceso de acreditación del Programa de Formación de Especialista en Medicina General Familiar de la Universidad de Chile Metodología Descripción del proceso vivido de acreditación.

**Resultados:** En marzo del año 2011, el comité del programa planifica la nueva acreditación del programa. Se programan reuniones semanales de una hora, que se realizan hasta junio del año 2012. Se reúnen los antecedentes, revisando los documentos de Ápice, así como documentos de acreditación presentados por otras especialidades, reconociendo la poca utilidad de estos últimos para un programa ambulatorio. Se tiene reunión en Ápice y en la Escuela de Posgrado, para información del proceso. La Escuela de Posgrado facilita un médico asesor para apoyar el proceso, quien orienta inicialmente. Se reúnen los diferentes programas de las Asignaturas, actualizados al año 2011, así como la lista de los docentes según estándar solicitado. Docentes y residentes actualizan el perfil de formación. Luego se inicia el llenado del formulario para acreditación de programa y centros. Se reconoce que la especialidad debe crear sus propios estándares de las Unidades. Se decide presentar los Centros de Salud Familiar (Cesfam) de la Asignatura de Medicina General Familiar como unidades o centros principales de formación, y de las otras Asignaturas clínicas el Departamento responsable de cada rotación, el Centro Diagnóstico y Terapéutico y tutor correspondiente. De cada uno se averigua la información de docencia de pre y posgrado, así como los docentes que participen directamente en el programa, con los datos solicitados de horas universitarias y asistenciales. De los Cesfam se recoge la información de la comuna, Servicio de Salud, población inscrita 2012, N° sectores y existencia de SAPU comunal, dotación de recurso humano, consultas totales, consultas de morbilidad totales, adultos y niños, existencia de laboratorio, electrocardiograma, espirometría y ecografía obstétrica, acceso a internet. Luego el comité realiza una autoevaluación, validada con los docentes del programa, analizando fortalezas y debilidades de las instituciones formadoras y colaboradoras, los centros de formación, los recursos humanos, el ingreso y selección de los residentes, el programa, el seguimiento del proceso formativo y la evaluación. La Escuela de Posgrado envía un formulario de opinión del programa a los residentes, que se tabula y gráfica. La Escuela de posgrado envía la documentación a Ápice, recibiendo la visita de los pares evaluadores en julio 2013, acreditando en septiembre 2013 por 7 años.

**Conclusiones:** La acreditación del programa y centros en Medicina Familiar requiere de una pauta propia para confeccionar sus estándares de acreditación. Debemos compartir nuestras experiencias para facilitar el proceso de acreditación.

## TEACHING MEDICAL NARRATIVES TO RESIDENTS

Sylvia Porto Pereira, Jaqueline Fernandes,  
and Bianca De Angelis  
*Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira Institute,  
Rio de Janeiro Federal University, Rio de Janeiro, Brazil*

**Introduction:** Emotional competencies should be developed in Residency Education. Medical Narrative, linguistic form of expressing suffering is powerful pedagogical tool.

**Objective:** To teach Medical Narrative to residents. Methods Used: Weekly meetings in University Hospital, Rio de Janeiro, Brazil, February/November 2012. Preceptor/20 residents: discussion of articles; presentation of films, books, songs about experience of illness, selected by preceptor and residents; writing and reading narratives written by residents.

**Results obtained:** Part of one narrative written by resident "I decided to tell you about a patient I met and one child that made me sure about my choice - T. When I met her, she was four, two years before, diagnosed acute lymphoblastic leukemia. There were many times when I had to withdraw blood sample from T. But, even feeling pain because of the needle, she never moved her arm or writhed on the bed. Tears dripped down her eyes, she just asked me to finish quickly and to blow because the pain eased. And I was impressed how such a small girl could understand the need for that pain I was causing her, without letting that fact negatively impact our relationship. Even hospitalized, sick, receiving strong and debilitating medications, I think she was happy. She used to play with her fellow ward, attended the playroom, painted very colorful designs and always had news to tell me. Even in that limited environment, she lived her life, and made sure to share it with me".

**Conclusion:** Medical Narrative is helpful in understanding the patient. Experience of suffering must integrate Residency Education.

## DIAGNÓSTICOS EN CONSULTA DE RESIDENCIA DE NEUROLOGÍA EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR PABLO DE ROKHA, SANTIAGO DE CHILE

Juan Idiaquez, Alberto Prat y Jorge Lasso  
*Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile*

**Introducción:** Desde el año 2007 el Ministerio de Salud de Chile implementó un Programa de Formación de Especialistas Básicos para la Atención Primaria de Salud (FOREAPS), el cual consiste en un período de 6 años donde se alterna estadias en centro formador terciario y centro de salud familiar (CESFAM). La presencia de residentes en la atención primaria, tiene el fin de aumentar la capacidad resolutoria y abordar los problemas de salud de alta prevalencia de una forma más costo efectiva.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y tipo de diagnósticos realizados en consulta de residencia de neurología en CESFAM Pablo de Rokha. Metodología: Estudio retrospectivo observacional, se identificaron los diagnósticos realizados por Residente de Neurología en 12 meses consecutivos, a partir de derivaciones de profesionales de la salud del CESFAM. Se registraron variables demográficas y diagnósticos categorizados según CIE-10.

**Resultados:** De 1,114 cupos disponibles se atendieron a 820 pacientes (inasistencia 26.4%). Consultaron por primera vez 486 mayores de 15 años. Edad promedio 54.85 años, con un rango entre 15 a 98 años. Trescientos dos (62%) fueron mujeres. 225 (46.2%) fueron mayores de 60 años. El diagnóstico más frecuente en población menor a 60 años fue Cefalea seguido por Epilepsia, en pobla-