



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE SALUD

**PROGRAMA DOCENTE GENERAL DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA GENERAL Y/O
MEDICINA DE FAMILIA**

Año 2023

ANEXO I
RESOLUCIÓN nro 1747-2023 MSGC

INDICE

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 4 |
| 2. FUNDAMENTACIÓN..... | 4 |
| Contexto del Sistema de salud de la CABA..... | 4 |
| Consideraciones generales sobre los programas generales de las residencias del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires..... | 5 |
| Acerca del Programa Docente General | 5 |
| Fundamentación de la revisión del Programa MGyF (2014) y propuesta formativa 2022 ... | 6 |
| 3. PROPÓSITOS GENERALES DE LA RESIDENCIA | 7 |
| 4. CONDICIONES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA..... | 8 |
| Duración, condiciones ingreso y normativa | 8 |
| Condiciones mínimas que debe reunir una sede para recibir residentes | 8 |
| Requisitos al constituirse escenarios de formación o rotaciones | 9 |
| 5. PERFIL PROFESIONAL DE QUIEN EGRESA EN LA RESIDENCIA DE MGyF | 9 |
| Fundamentación del perfil: | 9 |
| 1. Dimensión del derecho a la salud en la MGyF:..... | 10 |
| 2. Clínica ampliada: | 11 |
| 3. La dimensión relacional en la MGyF:..... | 12 |
| 4. Gestión del conocimiento | 13 |
| Definición del perfil especialista en MGyF | 14 |
| Áreas de competencias y competencias específicas: | 15 |
| Accesibilidad a derechos en salud..... | 15 |
| Gestión de procesos de atención y cuidados..... | 16 |
| Razonamiento médico desde la clínica ampliada | 16 |
| Abordajes situacionales en salud | 17 |
| Trabajo con otras personas, en redes y en equipos | 17 |
| Andamiaje en procesos de atención y cuidado..... | 18 |
| Gestión del conocimiento | 18 |
| 6. ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA FORMACIÓN | 18 |
| Ámbitos de desempeño de la residencia | 19 |
| Organización temporal | 19 |
| Escenarios formativos | 20 |
| Escenarios formativos por año de residencia y tiempo destinado..... | 22 |
| 7. OBJETIVOS Y CONTENIDOS DE APRENDIZAJE | 22 |
| PRIMER AÑO..... | 23 |
| Objetivos específicos de aprendizaje en el primer año de residencia | 23 |
| Contenidos generales del primer año por área de conocimiento: | 24 |

| | |
|--|-----------|
| Actividades formativas:..... | 25 |
| SEGUNDO AÑO | 25 |
| Objetivos específicos de aprendizaje en segundo año: | 25 |
| Contenidos de aprendizaje de segundo año por área de conocimiento: | 26 |
| Actividades formativas:..... | 27 |
| TERCER AÑO..... | 27 |
| Objetivos específicos de aprendizaje en tercer año..... | 27 |
| Contenidos de aprendizaje en tercer año: | 28 |
| Actividades formativas:..... | 29 |
| CUARTO AÑO | 30 |
| Objetivos específicos de aprendizaje en cuarto año | 30 |
| Contenidos de aprendizajes en 4to año:..... | 30 |
| Actividades formativas:..... | 31 |
| ACTIVIDADES PROFESIONALES, PRÁCTICAS Y PROCEDIMIENTOS | 31 |
| Listado de Actividades Profesionales con problemas prevalentes y cantidades que es necesario asegurar para cada residente..... | 33 |
| Prácticas y procedimientos mínimos a realizar durante la residencia. | 39 |
| 8. FUNCIONES DOCENTES Y DE SUPERVISIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA | 41 |
| Requerimientos generales..... | 41 |
| Responsabilidades de los roles docentes según normativa de CABA | 42 |
| 9. SISTEMA DE EVALUACIÓN..... | 45 |
| Evaluación del Programa | 45 |
| Evaluación del desempeño de residentes | 45 |
| Primer año:..... | 46 |
| Segundo año | 46 |
| Tercer año | 47 |
| Cuarto año..... | 47 |
| Evaluación de rotaciones libres y optativas: | 48 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA | 48 |
| Normativas: | 48 |
| Bibliografía | 48 |
| 11. APÉNDICES | 52 |
| 1.Estructura Documento de adecuación del programa general a la sede | 52 |
| 2.Hoja síntesis evaluativa anual | 53 |

1. INTRODUCCIÓN

La Medicina General y/o Medicina de Familia es una disciplina académica y una especialidad médica que centra su objeto de conocimiento y su actividad profesional en acciones de cuidado que inciden en el proceso de salud-enfermedad de las personas, su familia y la comunidad, durante todas las etapas de la vida. Se nutre de diversas fuentes del conocimiento biomédico, epidemiológico, de las ciencias sociales y de la salud.

La especialidad pauta, a quienes la ejercen, con los valores de universalidad, equidad y solidaridad, y reconociendo los determinantes del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado tanto a nivel colectivo como individual en sus dimensiones generales, singulares y particulares. Quienes la desarrollan son profesionales que trabajan dentro de equipos interdisciplinarios e integran sus acciones con una red de cuidados que incluye los recursos de las personas y las comunidades. Actúan en el primer nivel de atención y ejercen la clínica desde una perspectiva ampliada, comprometiéndose con la gestión del *cuidado* a lo largo de todo el proceso salud–enfermedad. Trabajan con adscripción poblacional o en una población con referencia territorial centrándose en el manejo de los problemas de salud con criterio epidemiológico, con continuidad en el tiempo y realizando intervenciones de carácter promocional, preventivo, asistencial, curativo y paliativo.

La especialidad es reconocida como “Medicina General y/o Medicina de Familia” por normativa nacional desde el año 2006, es priorizada a nivel nacional y requerida para el trabajo en el sistema público de salud en todas las jurisdicciones del país, así como en diversos modelos sanitarios de la seguridad social y de seguros de salud.

En la Argentina se forman especialistas en Medicina General y/o Familiar en programas de residencia desde inicio de los años '60 del siglo XX. En la Ciudad de Buenos Aires la residencia surge en 1992 en el Centro de salud y acción comunitaria (CeSAC) N° 24 del Área Programática del Hospital Piñero como “Medicina General”. En el año 2012, mediante el decreto 145, la Jefatura de Gobierno homologa la denominación de la especialidad a la del Ministerio de Salud de la Nación como “*Medicina General y/o Medicina de Familia*” (desde aquí MGyF) con el fin de facilitar la obtención del reconocimiento y la certificación como especialista. Desde 2014 se homologan también los contenidos para la formación al “Marco de Referencia para la formación en residencias médicas de la especialidad MGyF” que rige para todo el país.

En la actualidad se ofrece la formación en la especialidad en diversas sedes de Centros de Salud y Áreas Programáticas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), con características singulares en el desarrollo del programa docente. El presente documento incluye en su Apéndice la estructura para la Adecuación Local del programa que debe adjuntarse al general en cada sede formadora.

2. FUNDAMENTACIÓN

Contexto del Sistema de salud de la CABA.

La Ley 153 que organiza el sistema de salud de la CABA resalta un modelo asistencial en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS), centrado en las personas y que entiende a la salud como un derecho humano esencial y universal. El Plan de Salud de la ciudad tiene como visión desarrollar un sistema sanitario en una red de cuidados integrales y progresivos,

basado en las necesidades y la participación de la comunidad, que brinde servicios de calidad y eficientes en busca de la satisfacción ciudadana. Para lograr el funcionamiento de la red, se estimula la incorporación y formación de profesionales cuyos perfiles se ajusten a esos requerimientos, lo que implica la construcción de equipos de salud en el primer nivel de atención con arraigo comunitario y responsabilidad poblacional en la atención y en el cuidado en salud.

La transformación de los servicios de salud hacia el concepto de “redes integradas” tiene la finalidad de fortalecer modelos de atención que impulsen la cobertura, pero también el acceso universal a la salud con servicios que componen entre sí un trabajo coordinado y centrado en las necesidades poblacionales. Dichas tareas están orientadas a promover, proveer y facilitar acciones de atención y cuidado eficaces, oportunas, eficientes y de calidad hacia las personas, considerando su integridad física, psíquica y social.

La especialidad MGyF se inserta en estas redes dentro del equipo del primer nivel de atención y a su vez, en la trama social determinada por la actualidad epidemiológica y la ampliación de derechos; el respeto por la diversidad; los avances en el conocimiento, en los sistemas de información y en las nuevas tecnologías; así como la centralidad de la APS y la Salud Colectiva como marco de las políticas de salud, y en la complejidad del sistema de salud argentino. La especialidad aporta un conocimiento que atraviesa a la medicina de manera transversal para la ejecución de modelos de atención y cuidado que intentan contribuir en transformar la fragmentación, segmentación y estratificación de la atención de salud, en acciones de articulación que la integren, facilitando el cuidado longitudinal de las personas con referencia comunitaria o poblacional y situadas en su contexto.

Consideraciones generales sobre los programas generales de las residencias del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Las residencias del equipo de salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de posgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar en los ámbitos de salud recursos humanos capacitados en beneficio de la comunidad. Se incorporan al sistema de atención de la salud dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA) y se desarrollan con la activa participación de sus integrantes en la programación, ejecución y evaluación de las mismas.

La formación de residencias se enmarca en la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que establece la garantía del derecho a la salud integral sustentado en principios rectores de solidaridad y accesibilidad a la salud desde una perspectiva de derechos para toda la población. Dicha Ley jerarquiza la residencia como sistema formativo de posgrado, contribuyendo al desarrollo de servicios con capacitación permanente.

Dado que la formación en servicio de residentes implica la integración inmediata al proceso de trabajo, se requieren agentes activos en el sistema público de salud con capacidad para respaldar las transformaciones que sostiene el actual Plan de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Acerca del Programa Docente General

El Programa Docente General de la especialidad MGyF pauta las competencias que serán adquiridas por cada residente a lo largo de su trayecto formativo, reconoce ámbitos de desempeño y niveles de responsabilidad, y establece el perfil común esperado para la totalidad

de residentes de la misma especialidad o área de conocimiento dentro de la CABA, independientemente de la sede en que se forme.

Cada sede deberá especificar de qué modo se implementará este Programa Docente General, desplegando alternativas para llevar a cabo lo que este propone. Estas Adecuaciones Locales del Programa de residencia son las que permiten identificar las fortalezas de la sede para convertirlas en oferta de capacitación dentro de la misma especialidad. Deberán tener una estructura (ver Apéndice nro1) que organice concretamente la formación a lo largo de varias cohortes de residentes, de modo que no puedan circunscribirse solo a proyectos de jefaturas con alcance anual.

Por otro lado, en el desarrollo de la residencia será necesaria la implementación de procesos que permitan la identificación y gestión de las dificultades con acciones orientadas a asegurar la adquisición de todas las competencias básicas en todas las personas que transitan la residencia. Para ello se deberán realizar las readecuaciones situadas de las estrategias formativas centradas en la resolución de estas dificultades. Este programa debe habilitar la gestión de la enseñanza con capacidad de certificar el logro de las competencias definidas a quienes egresen de la residencia en cualquiera de las sedes.

El programa de formación se desarrolla reconociendo al sistema de salud de la Ciudad como una red que se ve favorecida con la magnitud y diversidad de ámbitos y estrategias presentes en los diversos efectores. Desde esta perspectiva cobra especial dimensión el esfuerzo conjunto de articulación y concertación de las actividades de formación entre las autoridades responsables de la residencia, para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito, garantizando la calidad y la equidad en la formación profesional.

El Ministerio de Salud de la Nación certifica la especialidad a cada egresado de sedes reconocidas por el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud y acredita sedes. Para ello, la política de la Dirección de Talento Humano y Conocimiento de ese ministerio define lineamientos curriculares comunes a todas las residencias de la especialidad con el propósito de asegurar estándares de calidad en todo el país. La propuesta de este Programa Docente General contempla dichos lineamientos para fortalecer la gestión de todas las sedes del sistema público de salud de la CABA.

Fundamentación de la revisión del Programa MGyF (2014) y propuesta formativa 2022

Se ha realizado una revisión y análisis crítico del programa que se establece como marco para el diseño de la propuesta formativa para profesionales MGyF hasta el momento. Esta revisión se ha desarrollado a partir de innovaciones conceptuales acerca de la formación en posgrado y también de las políticas públicas y de las necesidades de salud de las personas y su manera de entenderlas y abordarlas.

Esta nueva propuesta no solo es el resultado de la evaluación continua que sostiene el equipo responsable docente sino de las instituciones, especialistas y sociedades científicas que regulan el quehacer profesional y en un intento de sortear problemas estructurales que tiene nuestra especialidad (Medicina general y/o medicina de familia) en la Argentina. Este campo de conocimiento es analizado críticamente desde tres dimensiones: epistemológica, sociológica y política (Baliña, 2016).

Este corpus da soporte no solo a los marcos conceptuales que orientan las prácticas y actividades profesionales sino fundamentalmente al perfil (competencias general y áreas de competencia) que es necesario a futuro en pos de sostener la coherencia en el diseño y posicionamiento vinculado a cómo formar en dicho campo profesional.

Pensar en una propuesta formativa para esta especialidad significó asumir una perspectiva que problematice y que coteje las posibilidades de la realidad de las sedes, que responda a las necesidades poblacionales y del sistema de salud, que incluya al Marco de Referencia Nacional para la especialidad, y a la vez que garantice la sistematización de la tarea desde la salud colectiva.

Se han analizado los desarrollos conceptuales a nivel internacional para: la formación en residencias (Fernandez y col, 2012; Englander y col, 2017); para la definición de perfiles y formación para la especialidad medicina familiar (ACGME- EEUU, Canadá y España), y para las competencias necesarias en el primer nivel de atención (OPS, 2008); y a nivel nacional: el Marco de Referencia del Ministerio de Salud de la Nación consensuado entre los colectivos científicos de medicina general y de medicina de familia y otros programas de formación universitarios y de residencias en medicina general y medicina familiar.

Con estos marcos conceptuales, las competencias definidas en este programa son el resultado del análisis de la tarea concreta de profesionales generalistas que desarrollan su trabajo en la Ciudad de Buenos Aires y en el resto del país, incluyendo a quienes que se desempeñan en el subsistema privado y de obras sociales.

El programa entonces no sólo responde a las necesidades de salud de las personas y a los paradigmas imperantes en la formación de profesionales, sino que también es necesario considerar su diseño e implantación en el contexto del sistema donde se desarrollará. Es decir, en la organización y la estructura de nuestra jurisdicción, en las modalidades y procesos de trabajo, y en el interjuego entre niveles de gestión y servicios de salud. Por otro lado, y no menos relevante, en las modalidades/ contrataciones laborales, así como la conformación del equipo docente responsable de dicha formación.

Este programa general de MGyF aporta el marco concreto para la gestión local de las sedes dado que en la estructura de servicios o grupo de trabajo están sostenidas también por profesionales de otras especialidades. Es por ello, que en el diseño propuesto es necesario explicitar y definir niveles concretos y específicos para la gestión educativa del equipo docente responsable de cada sede de residencia de MGyF. Es menester fortalecer la estructura estableciendo tutorías y coordinaciones locales, e incluir funciones de la coordinación general en el acompañamiento de gestión en las sedes.

3. PROPÓSITOS GENERALES DE LA RESIDENCIA

- Formar profesionales como personas activas en el sistema de salud, desde el punto de vista científico, ético y social; en el acceso a derechos en salud y propiciando la autonomía de las personas.
- Preparar profesionales flexibles, con amplitud de criterio, con creatividad, que generen espacios de trabajo que permitan el desarrollo y crecimiento de la especialidad.

- Formar especialistas en MGyF que realicen abordajes clínicos situados y con criterio ampliado sobre la salud de las personas, los grupos y las poblaciones bajo su responsabilidad
- Favorecer prácticas de prevención primaria, secundaria, terciaria, cuaternaria y la atención paliativa.
- Fomentar modelos de integración y de trabajo interprofesional, interdisciplinario e intersectorial
- Capacitar en el uso los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.
- Brindar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles
- Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica.
- Propiciar funciones docentes de acompañamiento, supervisión y evaluación; dentro de la residencia y con otras residencias generando buen clima de aprendizaje.
- Propiciar estrategias para el autocuidado.
- Promover la implementación de sistemas de gestión de calidad

4. CONDICIONES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

Duración, condiciones ingreso y normativa

La residencia de MGyF es una residencia médica Básica. Su proceso de formación es de 4 (cuatro) años con dedicación exclusiva. Tiene una duración total de 8500 horas, con carga horaria diaria acorde a la normativa vigente. Finalizada la residencia se puede acceder al cargo de jefatura de la residencia durante un año o de instructorías con posibilidad de renovación.

El ingreso se realiza por medio de un concurso público que permite confeccionar un orden de mérito a partir del puntaje obtenido en el examen y del promedio de la carrera de grado, según el cual, cada aspirante adjudica la vacante. La normativa y los requisitos de ingreso al concurso se publican cada año en la página web de la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional del Ministerio de Salud del GCABA (en adelante DGDIYDP).

El régimen asistencial, de retribuciones, disciplinario y de licencias se rige por lo establecido en la Ordenanza 40.997 y sus modificaciones o las que en el futuro la sustituyan.

Condiciones mínimas que debe reunir una sede para recibir residentes

La sede base deberá contar con:

- Referentes de sede con función asignada para Coordinación Local y horas protegidas en horarios de funcionamiento de la residencia para desarrollar esa tarea.
- Profesionales de planta de la especialidad con compromiso hacia la formación.
- Responsables docentes, de esta y otras disciplinas, para la formación de residentes en la especialidad en el campo de la Atención Primaria de la Salud o de la investigación en salud.
- Acceso a fuentes de información biomédica y de las ciencias sociales en salud real y virtual.
- Perfil de atención del efector que fomente espacios y tiempos protegidos de trabajo grupal, de equipo interdisciplinario, gestión en salud de la población a cargo y actividades

comunitarias planificadas.

El centro sede de la residencia tendrá que ofrecer acceso a recursos materiales básicos como:

- Conectividad, equipamiento informático y acceso a base de datos.
- Aula o espacio con capacidad para alojar a la totalidad de residentes y equipo de Coordinación Local.
- Condiciones de alojamiento, baño y comida durante el horario de desempeño de la residencia acorde al número de integrantes.

Requisitos al constituirse escenarios de formación o rotaciones

Las rotaciones se realizan siempre de acuerdo a la normativa vigente y en el ámbito público. En el caso en que el sistema público de la CABA no pueda brindar el espacio para garantizar la formación, podrán ser realizadas en el sistema público de otras jurisdicciones, en instituciones de la seguridad social, universitarias o privadas, con la aprobación de la Coordinación General.

Se deberá contemplar lo siguiente:

- Ser una institución reconocida por su capacidad de formación y compromiso.
- Contar con actividades asistenciales, de gestión y/o comunitarias coordinadas por profesionales con funciones docentes responsables de la rotación.
- Las actividades a realizar deberán responder a objetivos específicos del programa docente general de la residencia.
- Se debe explicitar la programación de la rotación incluidos los criterios de evaluación.
- Quienes sean responsables de la rotación deberán realizar supervisión y evaluación de residentes rotantes, con contrarreferencia al equipo de coordinación de la sede.

5. PERFIL PROFESIONAL DE QUIEN EGRESA EN LA RESIDENCIA DE MGyF

Fundamentación del perfil:

La residencia de MGyF es un sistema de formación que prioriza el aprendizaje a través del trabajo diario en ámbitos y dispositivos asistenciales, comunitarios, de investigación y docentes dentro del primer nivel de atención, bajo supervisión permanente y con responsabilidad progresiva según el grado de autonomía alcanzado dentro del trayecto de aprendizaje.

El proceso de formación implica la construcción de una identidad que compone sus competencias a partir de cuatro dimensiones o ejes que definen la singularidad del perfil esta especialidad:

- 1. Derecho a la salud:** Es profesional que ejerce la medicina con proactividad, promoviendo y facilitando el acceso a los derechos de salud, concebida integralmente
- 2. Clínica ampliada:** ejerce la medicina con una perspectiva de salud integral, con un criterio clínico que incorpora la perspectiva de la persona en su trama vital, mediante abordajes situados acordes a la diversidad de las personas y de los contextos en los que se desarrolla la práctica profesional.

3. Relacional: realiza sus actividades profesionales vinculándose continuamente en procesos de construcción relacional, trabajando para el andamiaje de procesos de cuidado junto con las otras personas del equipo de salud y con quienes son destinatarias de las acciones.

4. Fortalecimiento del campo de conocimiento: construye conocimiento, propio y colaborativo, contribuyendo a la formación continua en la especialidad y para el primer nivel de atención en el marco de la APS y la Salud Colectiva.

1. Dimensión del derecho a la salud en la MGyF:

La observancia de derechos implica comportamientos positivos adscriptos a los principios de progresividad y no regresividad por parte de quienes cumplen funciones sociales, sobre todo si lo hacen trabajando desde instituciones del Estado o de la Seguridad Social. En la actualidad se asigna a la profesión médica de grado competencias orientadas a la defensa o cumplimiento de derechos de pacientes, pero en la formación de posgrado en la especialidad MGyF esta dimensión adquiere un rol central, aun considerando la diversidad de perspectivas o paradigmas de concepción de salud y de los diferentes subsistemas de salud donde se despliega la especialidad. Se hace foco en el rol de “advocacy”, concepto presente en la definición de la especialidad a nivel mundial y que no tiene una traducción literal al castellano, que refiere a la defensa, promoción y protección de derechos en salud que abarcan desde la promoción de la salud según lo definido en la Carta de Ottawa, hasta niveles muy concretos como son las acciones asociadas a la responsabilidad social de quienes son especialistas en MGyF en la puerta de entrada al sistema.

Esto significa, para profesionales de la MGyF, la realización de acciones proactivas orientadas por nuevos acuerdos sociales, normativas y leyes, nuevas miradas para el abordaje en cuestiones de género, migraciones, discapacidades, derechos de las personas, entre otros; con gestiones concretas tendientes a facilitar el acceso a la salud y a los cuidados en el tejido del sistema y del equipo donde se insertan, considerando las grandes brechas en las condiciones de salud de las personas determinadas socialmente.

En estas gestiones se ponen en juego la disposición de los recursos con criterios de equidad para mejorar el cumplimiento del derecho a la salud de manera integral y a su vez la integración/tramitación del acceso, sin pretender reemplazar lo que el sistema no tiene, pero estimulando a que lo tenga. Esto es, gestionar esas respuestas en la red y abogar por su mejora.

Implica la necesidad de formación para desempeñarse con responsabilidad de población adscripta o a cargo en una de las puertas de entrada al sistema de salud, pero con el eje puesto en alojar, en facilitar el acceso, la articulación y la disponibilidad de cuidados; la planificación local centrada en los problemas de y con la comunidad y las personas, lo que incluye etapas de análisis de situación en salud, la elaboración y/o aplicación de estrategias de abordaje de los problemas y necesidades comunitarias y/o de la población de referencia; el diseño de dispositivos para el acceso local a la continuidad de cuidados; la generación de información relevante y la evaluación permanente; gestión de recursos físicos, materiales, simbólicos y del conocimiento, recursos del sistema de salud y de las redes de las personas, las familias y las comunidades, lo que también incluye la gestión del tiempo.

2. Clínica ampliada:

La MGyF sitúa a la salud como una dimensión integral y dinámica de la vida de las personas, quitando énfasis a la enfermedad como entidad objetiva, para considerarla una parte de la existencia. Desde esa perspectiva, es necesaria la implementación de *actos de cuidado* que comprendan, abarquen, y contemplen los ciclos del vivir y el morir, con intervenciones o “actos de salud” abiertos a incorporar nuevas concepciones de acompañamiento al cuidado. Sus actividades profesionales incluyen acciones de promoción y prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria; lo terapéutico y lo paliativo, cuyo alcance y foco está delimitado por las características poblacionales de donde trabaja.

La MGyF asume a la clínica con criterio ampliado, es decir, incorpora una perspectiva integral de la persona en su contexto y entiende la necesidad innegable del trabajo en equipo que se imbrica en lo desarrollado más adelante como tercera dimensión del perfil. Esto significa ejercer el pensamiento clínico en un doble movimiento en su rol como especialista: en el propio campo profesional y en la integración de las prácticas en equipos de salud con la articulación en redes de atención. Es una especialidad que se propone asegurar la integralidad y continuidad de cuidado mediante el trabajo clínico propio e integrado con otras especialidades, disciplinas y saberes que operan en ese sentido para contribuir a la desfragmentación en la atención en salud.

En el propio campo disciplinario es necesario intervenir en los problemas, padecimientos o dolencias con fundamentos fisiopatológicos, basarse en estudios de medicina basada en evidencias y en criterios epidemiológicos locales; pero también en las dimensiones subjetivas y vinculares mediante prácticas contextualizadas en la realidad social y cultural en que se desarrolla el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Desde este punto de vista, la fundamentación del conocimiento en MGyF no puede ser solo positivista: el paradigma de la complejidad en la ciencia ofrece nuevas perspectivas que, junto con los aportes de la epidemiología y de las ciencias sociales, complejizan el campo de la práctica clínica, permitiendo renovados encuadres en la tarea de la MGyF.

Desde esa multiplicidad, el abordaje clínico se impone como un estudio de la singularidad de cada situación para la toma de decisiones que disminuyan los territorios de incertidumbre. Como se define en el Marco de Referencia de la especialidad, cada problema de salud implica posibilidades de intervención en lo singular, lo particular y lo general, que requiere la incorporación de un análisis estratégico en la práctica cotidiana.

Esto implica la necesidad de incorporar las dimensiones que determinan los estados de salud o enfermedad, no como anécdota o rasgo secundario a una nosología determinada previamente, sino centralmente integradas mediante la definición de problemas que van orientando las intervenciones, haciéndolos singulares a través de la incorporación de todas las dimensiones de determinación, incluidas las necesidades y los recursos personales, familiares, sociales, de la red y del propio sistema de salud, identificando sus límites y posibilidades.

Desde esta visión, el razonamiento clínico de la MGyF opera en relación al contexto y por ello lo hace **mediante abordajes situados**, en un ejercicio de problematización que incorpora a la evidencia científica metodologías de la planificación en la toma de decisiones. Es así que también la tarea clínica se realiza situadamente con acciones a nivel individual, grupal y poblacional; con mirada y acción epidemiológica; mediante el trabajo en diversos escenarios de práctica como lo son el centro de salud, consultorios y guardias, entornos virtuales y de

teleasistencia, domicilios de las personas, organizaciones, instituciones y territorios comunitarios, entre otros.

3. La dimensión relacional en la MGyF:

La ampliación de la clínica desde el punto de vista de la MGyF implica el desarrollo de competencias relacionales para el trabajo junto a quienes son personas destinatarias de la labor y también para el trabajo en equipos y redes.

En el estado actual de exponencial crecimiento del campo de la medicina, se tiende a focalizar el conocimiento en profundidades y especificidades nosológicas y a ofrecer atención mediante especialidades que se organizan alrededor de los avances tecnológicos. A tal efecto, para este programa de formación, se asume como "tecnologías" a la organización del complejo de recursos que se destinan al cumplimiento de una determinada tarea, incluyendo todas las herramientas que permiten hacer, lograr cierto efecto, aunque éste no sea necesariamente algo material tangible.

Desde esta perspectiva, se entiende que la producción de cuidados no puede ser producida enteramente por equipamientos o mediaciones técnicas muy estructuradas, pues el objeto "cuidado" no lo es, así como tampoco lo son las personas en su contexto vital. Es así que el trabajo situado de la MGyF tiene un gran componente artesanal. Su acción se sostiene en el uso de tres tipos de tecnologías en salud definidas por Emerson Merhy (2021): las tecnologías "duras", que corresponden a los equipamientos, medicamentos; las tecnologías "blanda-duras", que corresponden a los conocimientos estructurados, como son los protocolos o de clínica de las enfermedades, la medicina basada en evidencias y la epidemiología; estas dos siempre mediadas por las tecnologías "blandas", que corresponden a todos los procesos relacionales con la población usuaria, con los equipos y en clave de trabajo en red.

Para ello es necesario el desarrollo de posibilidades de escucha, sensibilidad, diálogo y flexibilidad en relación con las heterogéneas necesidades de las personas para facilitar las respuestas ofrecidas en la realidad social y cultural en la que se desarrolla su proceso de salud, enfermedad y cuidado. Es asegurar la integralidad y continuidad del abordaje de cada problema, entendiendo el trabajo clínico como el desarrollo y sostenimiento de un vínculo interpersonal en el que el equipo terapéutico es continuamente responsable por el proceso de atención, aun cuando éste incluya interconsultas o referencias a otros niveles. Es propiciar la integración al sistema de salud y el trabajo en intersectorialidad. El trabajo colaborativo, la construcción de opciones y estrategias de intervención que aborden la complejidad de las situaciones implica también, incorporar el conflicto, la multiplicidad con la diversidad de intereses y de posibilidades entre (o dentro) de los diversos grupos como parte constitutiva de esta producción de la atención y el cuidado.

El cuidado adquiere un formato de co-construcción en muchos niveles, no solo con las personas usuarias del sistema, las personas del equipo de salud, sino también en el aprendizaje colaborativo como lugar de experimentación y aprendizaje vincular.

En el trabajo en entornos de gran incertidumbre, como lo es el primer nivel de atención, es esencial la construcción de confianza para la toma de decisiones. Pero el cuidado también y centralmente, implica una actitud activa en la construcción de autonomía de las personas. Con ese posicionamiento ampliado, el rol de la MGyF apunta a acciones de *andamiaje* o *apuntalamiento* en los vínculos profesionales de cuidado, rol que comparte con las otras

disciplinas del primer nivel de atención. Tanto en el área de aprendizaje como en la de los cuidados, la metáfora del andamiaje alude a la utilización de andamios como estructuras de apoyo transitorio para facilitar esa construcción: es la mediación que se ejerce para sostener la oportunidad de procesos que facilitan la continuidad de atención y cuidado.

La clínica de la MGyF, lejos de concebirse como la intervención sobre el “objeto enfermedad”, propone la construcción intersubjetiva de proyectos terapéuticos que reconozcan la dimensión de la otredad: dimensiones tales como la diversidad cultural, la perspectiva de género y un necesario posicionamiento desde la equidad para con grupos sociales vulnerados. No alcanza con sólo indicar o dar información: la información cobra potencia si se afirma en una actitud profesional que establezca una presencia, vínculo, una relación de soporte, sostén y continuidad con una distancia operativa responsable y no intrusiva. Hacer consciente desde qué lugar se está “operando” en ese vínculo implica encontrar una posibilidad novedosa de acompañar lo singular en el cuidado. En esos procesos relacionales las tecnologías blandas se ponen en juego según la singularidad de la situación y las características del encuentro. Será mediante dispositivos de consejería, entrevistas, acciones gestuales en la consulta habitual, estilos comunicacionales, dispositivos grupales de trabajo, entre otros.

Esta es una dimensión de competencia que es necesario profundizar con trayectos de aprendizaje concretos y que necesita de diferentes encuadres teóricos: desde el andamiaje en el proceso de aprender sobre la propia autonomía de la persona, las perspectivas antropológicas de cuidado y autocuidado, soportes conceptuales de distintas vertientes de la psicología, desde el modelo transteórico del cambio de Prochaska o la teoría de la acción racional, hasta las configuraciones vinculares, sus dimensiones transicionales y las dinámicas grupales; la participación comunitaria y el necesario apoyo en redes de cuidado, la perspectiva de la información y comunicación en salud y la toma de decisiones compartidas, la narrativa médica o la transferencia/contratransferencia en encuadres terapéuticos persona/profesional de la medicina.

Incorporar la dimensión relacional en el trabajo en salud implica centrar la praxis en personas concretas, en situaciones concretas y en el espacio “entre” del entramado de esas situaciones. Es necesario, desde la formación en la especialidad, trabajar en la construcción de perfiles con la competencia para “sostener y manejar” desde el andamiaje estos procesos de salud que implican a la vida cotidiana de las personas y que incluyen el propio cuidado profesional y del equipo con el que se trabaja.

4. Gestión del conocimiento

Gestionar conocimiento implica tanto el aprender y el enseñar o el facilitar aprendizajes a otras personas, como investigar en el campo de la especialidad.

En ese sentido, el objeto de estudio de la MGyF está sujeto a tensiones entre el conocimiento biomédico y el aporte de otras ciencias. Es un desafío para el desarrollo conceptual del campo de la especialidad gestionar conocimientos que acerquen los modelos teóricos desarrollados en países del hemisferio norte con los aportes de las teorías que incluyen dimensiones histórico, político-sociales y subjetivas en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (como los de la medicina social latinoamericana).

Estas tensiones también están implicadas en la praxis de la especialidad cuando la situamos en la realidad social y epidemiológica local. Desde esta perspectiva, es un campo en continuo

desarrollo y tensión, con aspectos en la generación de nuevo conocimiento que implica una práctica crítica para dar respuesta a la complejidad y responsabilidad que le cabe a la especialidad.

Para el ejercicio de la especialidad será fundamental la identificación de vacancias de conocimiento mediante diversas formas de evaluar y reflexionar la propia práctica. A partir de esta identificación y de la comprensión de diversos marcos teóricos en la MGyF, se abren varias rutas de construcción de conocimiento: la formulación de preguntas clínicas para responder a problemas de conocimiento biomédico; la identificación de las dimensiones que intervienen en la complejidad de cada situación donde se interviene; la reflexión sobre la propia práctica; la elaboración de problemas de investigación; la identificación de problemas para intervenir desde la planificación/acción. Este ejercicio será fundamental para la posibilidad de seguir componiendo el propio perfil acorde a las configuraciones situadas a lo largo de la vida profesional con estrategias para la formación continua.

La gestión del conocimiento implica también el ser docente: acompañar el aprendizaje de otras personas por haber transitado el camino antes, pero también por saber acompañar. El modelo de aprendizaje colaborativo, que implica generar una comunidad de práctica donde el grupo tiene un rol central en el desafío de fomentar miradas curiosas, investigadoras, y propositivas. En la MGyF lo docente involucra centralmente acciones de educación para la salud en el trabajo clínico individual y grupal con las personas, las familias y las comunidades.

La formación de la especialidad jerarquiza al primer nivel de atención como campo de formación médica de posgrado en contextos de servicio. Las oportunidades que brindan la complejidad de los problemas y los recursos con los que se cuenta en las intervenciones salud desde el primer nivel de atención contienen posibilidades en la gestión de conocimientos tanto con aprendizajes situados, colaborativos, como la de comunidades de práctica dentro de equipos del primer nivel de atención con otras disciplinas con las que se comparten visiones complementarias sobre los mismos problemas.

Definición del perfil especialista en MGyF

Quien es especialista en Medicina general y medicina de familia que practica la atención integral en procesos de cuidado que inciden en la salud-enfermedad de las personas, su familia o grupo de apoyo y la comunidad, en todas las etapas de la vida. Para ello:

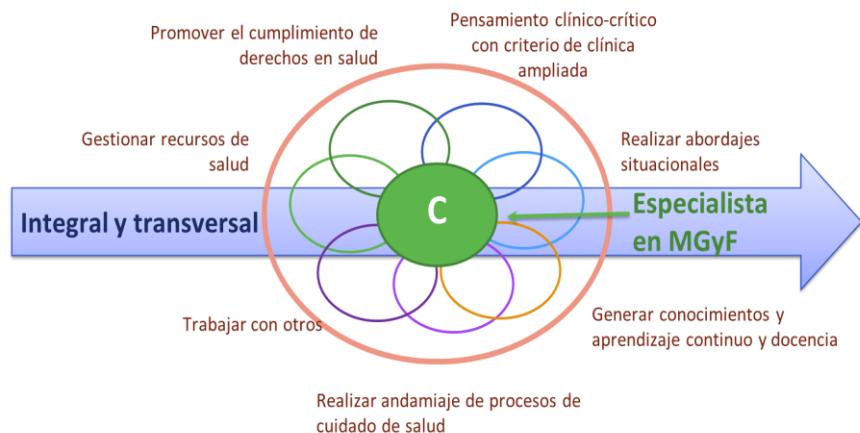
Promueve la ampliación y el cumplimiento del acceso a los derechos en salud de las personas reconociendo los determinantes del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado, a nivel colectivo e individual. En este sentido, realiza y gestiona actos de salud en escenarios clínicos, institucionales y comunitarios.

Ejerce la clínica desde una perspectiva ampliada realizando actos de cuidado centrados en los sujetos y en las singularidades y complejidades de cada situación abordada. Sostiene acciones para la continuidad y longitudinalidad de la atención y cuidados, insertándose en una población con referencia territorial o de adscripción.

Actúa en equipos interdisciplinarios del primer nivel de atención, sumando sus acciones a redes que incluyen recursos del sistema de salud, las personas, las familias y las comunidades. En su trabajo con otras personas también realiza andamiajes en los procesos de cuidado con intervenciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y paliativo. Fomenta el

aprendizaje colaborativo y establece vínculos que favorecen las actividades de autocuidado y cuidado del equipo de salud.

Contribuye a la ampliación y difusión de conocimientos de la especialidad, participando en actividades de educación permanente y de investigación. Con este fin identifica necesidades de aprendizaje, ejerce el rol docente e identifica vacancias de conocimiento a partir de las cuales impulsa y gestiona los procesos que las cubran.



Áreas de competencias y competencias específicas:

El perfil de egreso de la residencia se compone con la integración -y no por mera sumatoria- de las competencias definidas a continuación. Algunas de las competencias pueden ser compartidas con otras disciplinas o especialidades del equipo de salud, sobre todo con las que comparte el trabajo en primer nivel de atención. La singularidad o especificidad del perfil de la MGyF está determinada por la integración imbricada de estas competencias en la persona que transita y finaliza la formación en la residencia.

Los cuatro ejes definidos en la fundamentación del perfil (Derecho, Clínica Ampliada, Trabajo con otros y Gestión del conocimiento) se organizan en **7 áreas de competencias** para las que se definen competencias específicas que luego serán abordadas desde la enseñanza-aprendizaje y la evaluación, con criterios de progresiva autonomía a través de los 4 años de residencia.

Accesibilidad a derechos en salud

1. **Promover la ampliación y cumplimiento efectivo del acceso a derechos en salud de las personas, con participación comunitaria e intersectorial desde una perspectiva actualizada y de acuerdo a la ética profesional.**
 - 1.1. Aplicar las normativas y leyes vigentes en materia ética y de derechos de las personas en el ejercicio cotidiano de la práctica profesional.
 - 1.2. Mediar a favor de la accesibilidad acorde a derechos en el ejercicio cotidiano de la práctica profesional, propiciando la autonomía de las personas.
 - 1.3. Contribuir en la identificación de dificultades e inequidades en el acceso a la salud.
 - 1.4. Solicitar asesoramiento o interconsultas a especialistas de las temáticas en relación a situaciones a resolver.

- 1.5. Apoyar, favorecer y promocionar la movilización de recursos simbólicos y materiales para efectuar mejoras en el acceso a la salud.
- 1.6. Intervenir en acciones de promoción de derechos junto con personas, familias, poblaciones, colectivos, grupos vulnerados, referentes sociales y personas activas comunitarias.
- 1.7. Integrarse en distintos ámbitos de trabajo que favorecen el cumplimiento de derechos en salud

Gestión de procesos de atención y cuidados

2. **Gestionar procesos de atención y cuidado que faciliten el acceso a la salud integral teniendo en cuenta la organización y la estructura sanitaria en la que participa, la epidemiología y los recursos comunitarios, con el fin de optimizar la calidad de atención y el acceso a derechos.**
 - 2.1. Gestionar clínicamente la atención de las personas dentro de la red del sistema de salud con criterios de equidad, efectividad y eficiencia.
 - 2.2. Planificar y gestionar la tarea generalista manejando recursos para facilitar el acceso y el cuidado propio y de terceros.
 - 2.3. Organizar y/o colaborar en la implementación de dispositivos de atención/cuidados que fortalezcan la accesibilidad y la calidad de atención.
 - 2.4. Analizar longitudinalmente la situación de salud local y el análisis crítico del estado de salud de la población a cargo con perspectiva epidemiológica.
 - 2.5. Planificar y gestionar longitudinalmente la atención y los cuidados de la población a su cargo con criterio de equidad, incluyendo activamente a referentes sociales y comunitarios.
 - 2.6. Realizar y sistematizar documentos y registros de los procesos de atención y de gestión.
 - 2.7. Evaluar los procesos de trabajo y atención con una perspectiva epidemiológica para instrumentar modificaciones.

Razonamiento médico desde la clínica ampliada

3. **Aplicar el razonamiento clínico con criterio ampliado acorde a la complejidad y diversidad de las situaciones del primer nivel de atención mediante acciones preventivo asistenciales**
 - 3.1. Razonar clínicamente integrando criterios epidemiológicos, evidencia científica médica y de otras ciencias sociales y las dimensiones situadas de su propia persona y de las personas destinatarias de su tarea.
 - 3.2. Diseñar, definir y realizar acciones de promoción, protección, prevención, atención y paliación en salud aplicando críticamente la información científica.
 - 3.3. Conducir entrevistas clínicas orientadas al problema y centradas en las personas
 - 3.4. Manejar problemas complejos, clínicos y contextuales coexistentes, tanto agudos como crónicos, en condiciones de incertidumbre, reconociendo el alcance de las intervenciones del primer nivel de atención
 - 3.5. Identificar los problemas de salud prevalentes en la comunidad o población con la que trabaja y manejarlos con autonomía.

- 3.6. Asumir racionalmente riesgos y responsabilidades reconociendo el límite de posibilidades y solicitando oportuno asesoramiento, interconsultas o derivaciones dentro de la red de atención y cuidado.

Abordajes situacionales en salud

4. *Realizar actos de salud mediante abordajes situacionales que propicien la atención integral singularizada*

- 4.1. Distinguir las dimensiones que intervienen en la situación particular en cada acto de salud en el que participa para intervenir sobre ellas.
- 4.2. Identificar, definir, enunciar y priorizar problemas.
- 4.3. Reconocer la incertidumbre y gestionarla mediante la utilización de recursos múltiples y la plasticidad en la toma de decisiones.
- 4.4. Trabajar en diversos y variados entornos del primer nivel de atención y comunitario, adaptando prácticas a las distintas realidades y conservando la perspectiva integral de atención y cuidado.
- 4.5. Establecer planes de prevención, atención o cuidado teniendo en cuenta las dimensiones coyunturales identificadas e incluir criterios de seguridad, oportunidad, urgencia clínica, la necesidad de las personas y los recursos disponibles.
- 4.6. Adaptar las actividades en el tiempo, en función de las necesidades de personas, grupos de apoyo y comunidad, implementando acciones longitudinales para garantizar la atención continua.

Trabajo con otras personas, en redes y en equipos

5. *Trabajar con otras personas, en tramas institucionales y profesionales, en contextos de familias y comunidades en la realización de actividades para el cuidado*

- 5.1. Reconocer la propia función, adaptándose en las diferentes instancias de trabajo en relación a las necesidades comunitarias, individuales, institucionales y propias, asumiendo distintos roles.
- 5.2. Reconocer y actuar acorde a los roles asumidos con quienes trabaja en cada encuentro de salud (personas, grupo de pertenencia, referentes comunitarios o institucionales, integrantes del equipo de salud y de la red de atención)
- 5.3. Actuar reconociendo con respeto la diversidad de perspectivas personales, culturales y de determinación social que inciden en la producción de salud y cuidado.
- 5.4. Utilizar diversas estrategias comunicacionales para la atención integral, inclusiva, efectiva y segura.
- 5.5. Contribuir a generar entornos colaborativos de trabajo.
- 5.6. Implementar el cuidado de las personas del equipo de salud, identificando situaciones de riesgo, asesorando y elaborando estrategias preventivas adecuadas, tanto entre integrantes del equipo de salud como así también entre personas y su grupo primario.

Andamiaje en procesos de atención y cuidado

6. Realizar andamiaje en procesos de cuidado utilizando diversas mediaciones en los actos de salud que faciliten la mejora de la salud y la construcción de autonomía de las personas y comunidades

- 6.1. Ejercitarse el autoconocimiento, haciendo consciente las propias fortalezas y debilidades y los posicionamientos personales en torno al cuidado y la atención de otras personas.
- 6.2. Implicarse subjetivamente en las situaciones para establecer vínculos profesionales genuinamente presentes, manteniendo la distancia funcional operativa.
- 6.3. Reconocer las singularidades de las personas y su contexto vital, de las familias y grupos, así como las dimensiones subjetivas y sociales que determinan y/o que funcionan como recurso en cada situación.
- 6.4. Utilizar y manejar diversas estrategias y tecnologías para sostener el encuadre o estructura de andamiaje.
- 6.5. Facilitar la identificación de problemas y la construcción de la demanda trabajando con aspectos simbólicos, instrumentales y socio estructurales.
- 6.6. Sostener la función de soporte en vínculos de atención longitudinal para los cuidados en salud.
- 6.7. Sostener actividades para el propio cuidado profesional.

Gestión del conocimiento

7. Contribuir a la ampliación y difusión de conocimientos mediante acciones que incluyan actividades para el desarrollo de la formación continua y con terceras personas.

- 7.1. Ejercer roles docentes para diversos escenarios y personas destinatarias.
- 7.2. Analizar críticamente su propia práctica y comunicar los resultados de su análisis.
- 7.3. Sostener procesos de evaluación propios y de terceros que favorezcan los aprendizajes.
- 7.4. Abordar problemas de conocimiento y de investigación mediante búsquedas bibliográficas.
- 7.5. Desarrollar procesos de investigación para el primer nivel de atención, desde la elección del tema hasta la publicación de resultados.
- 7.6. Participar, intervenir o realizar acciones de educación permanente, profundizando la conformación de su propio perfil como especialista a lo largo de su práctica profesional.

6. ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA FORMACIÓN

La formación se desarrolla, en general, de lunes a viernes de 8 a 17 con guardias de 12 horas que se realizan en diversos ámbitos, con frecuencia y contenidos acorde al escenario formativo que se esté transitando.

La actividad asistencial específica se escalona progresivamente desde un grado inicial de complejidad menor, hasta tareas complejas y de supervisión realizadas por residentes del último año, jefaturas, instructorías y profesionales de planta. Se distinguen diferentes niveles que indican grados de autonomía creciente a lo largo de todo el trayecto formativo. Estos niveles

están explicitados en los objetivos de aprendizaje a alcanzar para cada año de residencia y que deben ser corroborados mediante el sistema de evaluación.

Ámbitos¹ de desempeño de la residencia

- Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC).
- Centro de Especialidades Médicas de Referencia (CeMaR).
- Áreas Programáticas.
- Ámbitos complementarios para la formación: guardias externas, escenarios del segundo y/o de otros niveles de atención.
- Otros ámbitos: efectores del sistema de atención o de la gestión en salud y/o de acción comunitaria.

Organización temporal

En la organización temporal de la agenda semanal o anual se toma como unidad de medida el “módulo” de 4 hs. durante la mañana o la tarde, que ya es de uso habitual en las sedes porque facilita la sistematización de las tareas de tiempo parcial en los diferentes escenarios formativos para cada año.

La residencia de MGyF de la CABA dispone de dos módulos semanales en los días miércoles destinados al aprendizaje no asistencial. Son espacios cuidados para viabilizar la enseñanza de todos los contenidos necesarios para la integración de las competencias definidas en este programa y a su vez la factibilidad de contar con los dispositivos de formación que se organizan para todas las sedes desde la Coordinación General de la residencia.

En términos generales, la distribución temporal de las actividades que realiza cada residente al finalizar la residencia debe ser la siguiente:

1. **Actividad formativa asistencial supervisada:** **70 %** del tiempo total de la residencia. Implica tanto lo asistencial en consultorios y guardias externas o internaciones de guardia, en abordajes individuales o grupales, en contextos institucionales, domiciliarios, telemáticos y otros.
2. **Actividad de aprendizaje no asistencial:** **15 %** del tiempo total de la residencia. Este tiempo está destinado a la integración de conocimientos teóricos-prácticos. Incluye las actividades cotidianas en sede tipo pases (formativos), clases cortas, búsquedas bibliográficas o ateneos de los diferentes escenarios formativos asistenciales, así como las actividades del día de integración (miércoles) en sede, la participación en diferentes clases, talleres, simulaciones, ateneos u otras estrategias docentes, planificadas por las coordinaciones locales, jefaturas e instructorías. Incluye a los momentos de evaluación, además de la

¹ Denominamos “ámbito de desempeño” al sitio institucional determinado por la estructura del sistema de salud, de la institución de salud o de otra dependencia dentro de la red de servicios y cuidados donde desarrollan sus tareas las personas del equipo “de planta” de la especialidad. Tienen una estructura institucionalizada con autoridades, encuadre de trabajo y cultura organizacional que le son propias. Ejemplos: consultorios externos, guardia externa; direcciones generales o simples del nivel central; los grupos o áreas de trabajo dentro de las direcciones (Clima formativo, CODEIs), programas (Salud sexual y reproductiva Vih, ETS y TBC); departamentos o divisiones (Área Programática; Promoción y protección; etc.); dependencias de otros ministerios; instituciones de la comunidad, o ámbitos comunitarios, entre otros.

realización de cursos centralizados según el año de residencia y de los cursos transversales obligatorios para todas las residencias de la CABA.

3. **Actividad de investigación:** 4 % del tiempo total destinado a la formación. La investigación es un área protegida en la formación de la residencia, mediante actividades sistematizadas durante el primer y el segundo año, tutoreando la elaboración de proyectos de investigación, con la presentación a Comités de Ética y la realización del trabajo de campo y publicación del mismo durante el 3er y 4to año.
4. **Actividades en contextos comunitarios y de análisis de situación en salud:** 6% del tiempo total de formación. Esta actividad debe estar sostenida desde los equipos territoriales de cada unidad formadora. En el primer año se realiza una actividad formativa desde la Coordinación General obligatoria para todas las sedes.
5. **Actividades de gestión:** 5% del tiempo total destinado a la formación. Las actividades de gestión se sostienen con grados de autonomía creciente, incipientemente durante el primer año, hasta el aprendizaje sobre la gestión de dispositivos en efectores del primer nivel de atención, enfatizados entre el tercer y cuarto año de la residencia.
6. **Participación en congresos y jornadas:** facilitan la socialización en la especialidad y estimulan la participación en actividades de formación continua y la investigación. Se estimulará la participación de cada residente en por lo menos un congreso o jornada por año.
7. **Actividades complementarias no obligatorias:** La Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional (DGDyDP) organiza e implementa cada año cursos, accesibles según disponibilidad de vacantes. También existen ofertas de cursos organizados por distintos efectores y otras áreas de nivel central. Información disponible:
<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/cursos-de-capacitacion>.

Escenarios formativos

La formación la MGyF implica el pasaje por diversos escenarios tanto en el ámbito natural de la especialidad (primer nivel de atención) como en otros del segundo nivel de atención o de la gestión, que aseguren la casuística necesaria del campo de acción de la especialidad. En todos los casos, se debe asegurar que el espacio se constituya efectivamente como un “escenario formativo”.

Los escenarios formativos son entendidos como estructuras que reúnen condiciones materiales y simbólicas caracterizadas por la aplicación de diferentes dispositivos que establecen vínculos entre las personas, con los objetos de conocimiento e intervención en cada contexto institucional.

Están definidos como el conjunto de circunstancias temporo-espaciales que delimitan un entorno de situaciones o experiencias donde participan diferentes actores con el objetivo de aprender. Para que un espacio se constituya en escenario formativo debe cumplir las siguientes condiciones: 1. tener los eventos asistenciales o la casuística que posibiliten las prácticas; 2. que las prácticas sean accesibles para ser realizadas por residentes (en acción y no como mera observación); 3. que sea claro el encuadre u organización de la tarea asistencial y la de aprendizaje; y 4. que cuente con una estructura de sostén o docente oportuna.

En la **Tabla 1** se describen los tramos de escenarios y rotaciones que son programáticos y obligatorios. Están esquematizados en fracciones de tiempo medido en meses, pero, en caso de planificar escenarios donde se concurre a medio tiempo o a tiempo parcial, pueden desglosarse al equivalente en módulos de 4 hs.

Estas instancias deben ser cumplidas y aprobadas por cada residente para completar el programa de formación. Pueden existir diferencias entre las unidades formativas respecto del cumplimiento de estas actividades de acuerdo a las adecuaciones locales del programa, incluso variando en algunas el año en que se realiza acorde a las posibilidades de los ámbitos disponibles. En cualquier caso, se implementarán los medios para que se garantice el cumplimiento de los objetivos del presente programa y al desarrollo de las actividades profesionales, prácticas y procedimientos definidos a continuación, certificando la integración de las competencias en el marco de las normas vigentes.

Rotación optativa o libre: en caso de que no exista la necesidad de compensar aprendizajes de alguno de los objetivos de la residencia, en su último año cada residente cuenta con la posibilidad de realizar una rotación optativa de 3 meses de duración con el fin de profundizar su formación en el área o temática de su interés y que le permita mejorar la inserción en su futura práctica profesional; puede realizarse en una institución de nuestro país, o una institución del exterior reconocida y con autorización de la coordinación local. Para su realización deben ser pedidas en tiempos acorde a la normativa del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que exige que las rotaciones en el interior del país sean autorizadas por Disposición de la DGDlyDP y las del exterior por Resolución Ministerial. Cada residente que realice una rotación externa a su sede, optativa o libre, deberá hacer una presentación a la sede sobre lo aprendido y documentar la experiencia.

Es importante volver a destacar que, de ser necesario, se dispondrá de estos tres meses para compensar faltantes en el cumplimiento de objetivos de aprendizaje o de integración de competencias, que hayan sucedido por cualquier razón.

Escenarios formativos por año de residencia y tiempo destinado.

Tabla nro 1: Organización proporcional del tiempo en cada año de residencia

| Mes /Año | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|----------|---|---|--|---|--|---|---|---|---|---|----|----|
| 1º | PNA de MGyF y guardia externa general (incluye traumatología y equipo de salud mental) | | | | | | | | | PNA de MGyF y guardia externa general / Optativo módulos de 2º año según posibilidad de la sede* | | |
| 2º | PNA de MGyF y guardia externa general (incluye traumatología y equipo de salud mental) | Consultorio y guardia externa: atención embarazo y patología prevalente mujeres y personas con útero | Consultorio y guardia externa: patologías prevalentes en infancias y adolescencias (2do nivel o 1er nivel con casuística y red de atención) | Consultorios y demanda espontánea enfermedades prevalentes y crónicas. PMIG | Cuidados paliativos y atención domiciliaria | Licencia anual ordinaria +licencia por estrés | | | | | | |
| 3º | Consultorios de personas adultas mayores/ dermatología | Consultorios de DBT y cardiología | PNA de MGyF en AMBA o área rural | PNA de MGyF y guardia externa general (incluye traumatología y equipo de salud mental) | | | | | | | | |
| 4º | Optativa/ compensatoria | | | PNA de MGyF y gestión local | | | | | | | | |

*En caso de hacer rotaciones de 2do año, se recuperarán durante 2do año los 2 meses de PNA de MGyF.

Abreviaturas:
 PNA, Primer nivel de atención;
 MGyF, Medicina general y/o familiar;
 LAO, Licencia anual ordinaria;
 DBT, Diabetes;
 AMBA, Área metropolitana de Buenos Aires;
 PMIG, Programa de Medicina Interna General.

7. OBJETIVOS Y CONTENIDOS DE APRENDIZAJE

En MGyF los contenidos están íntimamente relacionados con el cuidado y la atención a problemáticas de salud prevalentes en contexto de la epidemiología local. Estos problemas se abordan de manera integral y situacionalmente en las diferentes etapas del ciclo vital de las

personas, acorde a lo definido en la justificación de este programa y en el despliegue de competencias de la especialidad.

Para sostener la planificación docente local se especifican los objetivos a ser alcanzados por cada residente en su respectivo año y se incluyen, también para cada año, los contenidos generales a ser abordados en todas las sedes y con las actividades de nivel central. A continuación, se explicitan contenidos en formato de “**actividades profesionales**²”, y en prácticas/procedimientos que la persona que transita la residencia debe aprender a realizar con autonomía a lo largo de la misma, integrando las competencias para atender las problemáticas de salud y cuidado prevalentes.

Como se enuncia anteriormente, cada sede de residencia organiza el modo específico en que se transita este aprendizaje específico tal como lo indica el Anexo 1, de “*Adecuación local a la sede*”.

En relación a los contenidos transversales para todas las residencias: en la residencia de MGyF estos son contenidos troncales y por lo tanto están incluidos en el desarrollo de cada año de residencia.

PRIMER AÑO

Objetivos específicos de aprendizaje en el primer año de residencia

1. Conocer las normativas y leyes vigentes en materia ética y de derechos de las personas vinculadas a la práctica profesional.
2. Identificar criterios para el registro en la historia integral de salud y otros registros de los procesos de atención y de gestión. Registrar la actividad en forma oportuna.
3. Atender personas de cualquier edad en contextos de evaluación periódica de salud con autonomía.
4. Atender en forma supervisada, a personas con patologías agudas prevalentes, reconociendo el papel de protocolos y guías clínicas e identificando la red de atención.
5. Comprender las dimensiones del abordaje integral de las demandas de problemáticas de salud prevalentes del primer nivel de atención.
6. Razonar clínicamente identificando criterios epidemiológicos, evidencia científica médica y de otras ciencias sociales y las dimensiones situadas de su propia persona y de las personas destinatarias de su tarea.
7. Practicar la conducción de entrevistas clínicas.
8. Identificar las tecnologías blandas utilizadas en la práctica de la especialidad.
9. Conocer la red de atención e identificar las dimensiones que intervienen en la gestión de los procesos de cuidado en las consultas clínicas.
10. Conocer e identificar dificultades e inequidades en el acceso a la salud de las personas a las que asiste.
11. Conocer las características del territorio, del equipo de salud y de la población a la que asiste.
12. Construir una mirada interdisciplinaria, identificando la singularidad de cada una de las disciplinas y de las personas del equipo de salud durante los procesos de atención y cuidado.

² Ver definición conceptual en el ítem respectivo.

13. Realizar búsquedas bibliográficas y lectura crítica para la toma de decisiones.
14. Reflexionar sobre las prácticas cotidianas incorporando literatura científica.
15. Identificar e integrar el perfil de la especialidad.
16. Comprender la perspectiva clínica ampliada en contextos de la práctica cotidiana.
17. Comprender las características de la labor docente y de educación para la salud en el contexto de la MGyF.

Contenidos generales del primer año por área de conocimiento:

Bases y fundamentos de MGyF

- El pensamiento clínico. Pensamiento clínico ampliado y su relación con los registros: historia clínica orientada al problema, historia clínica informatizada. Registro de consulta en la historia clínica y el modelo SOAP: su utilidad en la entrevista clínica como generador de patrones de pensamiento. El “problema” como organizador de las intervenciones.
- Soportes para el pensamiento clínico y la toma de decisiones: medicina basada en la evidencia científica, conceptos de riesgo y vulnerabilidad aplicados a las situaciones de atención. Recursos para la toma de decisiones en la complejidad del primer nivel de atención: utilidad y uso de estudios complementarios en prevención primaria y secundaria relacionados con problemas prevalentes en todas las edades de la vida. Evaluación de la salud integral bio-psico-social.
- Recursos de las ciencias sociales y de la salud mental en el abordaje de la salud integral. Familia o grupo primario de pertenencia e implicancias de la vulnerabilidad y las dimensiones vinculares en el cuidado de la salud. Grupos vulnerados. Salud y migraciones.
- Entrevista clínica: diversidad de modelos y su marco conceptual. Dimensiones que intervienen en la conducción de entrevistas. Atención en consultorio, atención domiciliaria, entrevista telefónica y virtual, visita epidemiológica.
- Perfil generalista y la formación en la residencia. Programa de formación, acuerdos para la formación y el trabajo en la sede. Perspectiva conceptual que orienta la formación en la especialidad. Rol profesional en el cumplimiento de derechos a la salud y cuidados de las personas. Derechos y obligaciones como profesionales de la salud.
- Recursos para el aprendizaje colaborativo y el aprendizaje continuo. Búsqueda bibliográfica. Lectura crítica de trabajos de investigación.
- Herramientas didácticas básicas en educación para la salud y en el aprendizaje de la especialidad: Clase expositiva y estructuras de taller.

Redes de atención, comunidad y gestión clínica:

- Sistema de salud a nivel nacional y jurisdiccional. Integración de redes de atención y continuidad de cuidados. Organización de la estructura de APS en CABA y el primer nivel de atención. Rol de la especialidad en el campo de salud y específicamente en la CABA. Dimensiones de la inserción en el equipo de trabajo y en el trabajo de gestión clínica. Redes y niveles de atención. Programas de nivel central y programas locales.
- Salud y derechos. Derechos que garantizan cuidados. Leyes y normativas vigentes en salud. Discapacidades. Diversidades. Géneros, cuidados y salud. Despatologización de los cuerpos.
- El trabajo con “otros”: interculturalidad e interdisciplina aplicadas al campo de la clínica ampliada. Sistemas culturales y salud. Singularidad y campo de responsabilidad de las disciplinas del equipo de salud. Vinculación y comunicación en el trabajo interdisciplinario. Intersectorialidad en el trabajo en salud. Dimensiones y niveles de la comunicación:

interpersonal, institucional, comunitaria y medios masivos. Comunicación en actividades de prevención y promoción de la salud.

- Territorio, grupo, comunidad y salud: características territoriales del lugar de inserción, comunidad/comunidades, referentes sociales y personas activas comunitarias, situación epidemiológica. Población a cargo y responsabilidades del equipo territorial. Inequidades y barreras de acceso, estrategias de intervención.

Prevención en salud y consulta preventiva:

- Manejo de la consulta por motivos preventivos: andamiaje para el cuidado en salud integral. Manejo de la información con las personas y uso de materiales de apoyo para la toma de decisiones de cuidado.
- Criterios y recomendaciones de cuidados y rastreos según edad y situaciones vitales, epidemiológicas y sociales. Manejo de inmunizaciones. Especificidades de la consulta preventiva en personas gestantes y según edades de la vida: niñez, adolescencia, adultez. La consulta preventiva en personas con problemas de salud mental. Emociones y salud integral. Prevención, atención y cuidados en personas adultas mayores.
- Modos de vivir. Alimentación según diferentes sistemas culturales. Alimentación y medicina: criterios termodinámicos y sus tensiones. Industrialización. Hábitos y consumos. Actividad física y sistemas culturales. Salud de las personas en relación al trabajo.

Especificidades de la atención a personas con patologías agudas prevalentes:

- Dimensiones del abordaje clínico de personas con problemas prevalentes de salud-enfermedad en el primer nivel de atención y en escenarios de urgencias.
- Recursos para el andamiaje de cuidado en problemas prevalentes del área responsabilidad y de la población a cargo. Articulación dentro de las redes de atención.
- Guías de procedimientos y protocolos de atención sistematizada. Criterios de triage en situaciones de urgencia en todas las etapas de la vida.
- Procedimientos y tratamientos médicos según protocolos de atención en problemas prevalentes del primer nivel de atención.

Actividades formativas:

- Asistenciales en dispositivos y consultorios del primer nivel de atención.
- Integración y actividades formativas docentes los días miércoles.
- Actividad comunitaria: un módulo por semana.
- Asistenciales en guardias: 3 módulos semanales.
- Curso Abordaje Comunitario y Epidemiología.
- Curso de Capacitación Transversal en Salud Pública para residentes, obligatorio para todas las residencias de CABA

SEGUNDO AÑO

Objetivos específicos de aprendizaje en segundo año:

1. Reconocer las dimensiones que intervienen en la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado en las diferentes situaciones clínicas.
2. Abordar clínicamente la atención de personas con patologías y problemas de salud prevalentes, agudos y crónicos, con supervisión indirecta.
3. Desarrollar una escucha activa y empática en las entrevistas y en las estrategias básicas de cuidado.

4. Reconocer las singularidades de las situaciones de las personas e identificar las estrategias de abordaje posibles e individualizadas acorde a la situación.
5. Conducir entrevistas clínicas con supervisión indirecta.
6. Conocer modelos de atención transversales que abordan integralmente situaciones complejas: salud mental, enfermedades crónicas no transmisibles, cuidados paliativos y otros.
7. Conocer los recursos de especialidades que focalizan y profundizan en intervenciones para el diagnóstico y tratamiento de problemas prevalentes de salud.
8. Identificar recursos y singularidades del equipo de salud y de la red de atención y cuidados progresivos orientado a realizar intervenciones de acompañamiento al cuidado desde la perspectiva de la MGyF.
9. Identificar estrategias para el abordaje del acompañamiento al cuidado.
10. Explorar estrategias y experiencias de trabajo con la comunidad para el abordaje de problemas relacionados con la salud.
11. Identificar o definir problemas poblacionales y clínicos de salud integral con metodología epidemiológica y de investigación.
12. Reflexionar sobre la propia práctica, identificando vacancias de conocimiento.
13. Participar del desarrollo de estrategias en educación para la salud.
14. Presentar personas y sus situaciones clínicas de manera sistematizada en diversos escenarios comunicacionales.
15. Identificar las propias singularidades en la composición del perfil profesional.

Contenidos de aprendizaje de segundo año por área de conocimiento:

Bases y fundamentos de MGyF

- Dimensiones de la persona, del proceso de enfermar, de la atención y el cuidado y del sistema de salud. Características singulares en la situación clínica. Escucha activa. Empatía e implicación profesional. Estrategias comunicacionales. Comunicación de noticias difíciles.
- Presentación de usuarios del sistema de salud con diferentes propósitos, en distintos escenarios y contextos.
- Proceso de atención, derivación, derivación asistida, interconsulta. Comunicación interprofesional. Dimensiones que intervienen en el trabajo en equipo y el trabajo interdisciplinario, gestión de tensiones y conflictos. Problemas comunicacionales.
- Estrategias terapéuticas: farmacoterapias. Polifarmacia. Maso, fisio y kinesio terapias. Terapia ocupacional. Otras perspectivas médicas y epistemológicas.
- Manejo del tiempo de la consulta generalista. Programación de consultorio.
- Aprendizaje y meta-aprendizaje. Criterios para la autoevaluación en relación al programa jurisdiccional y local y al trabajo sobre el propio perfil profesional, identificación de vacancias y necesidades de conocimientos.
- Recursos didácticos para el trabajo en educación para la salud, en ambientes asistenciales y comunitarios.

Especificidades de la atención y el cuidado a personas con patologías prevalentes:

- Definición de problemas y diagnósticos clínicos para el abordaje terapéutico y de cuidado en problemas de salud prevalentes (agudos, persistentes y crónicos, transmisibles/no transmisibles).

- Condiciones crónicas: no transmisibles, transmisibles persistentes, problemas de salud mental de largo plazo, discapacidades. Uso y análisis de protocolos y guías de atención clínica validadas. Alcance de roles disciplinarios e incumbencias en el proceso de atención.
- Definición de planes y proyectos terapéuticos situados y continuidad de cuidados en patologías prevalentes. Toma de decisiones compartidas.
- Toma de decisiones situadas a partir de las banderas rojas. Urgencias relacionadas con la salud mental.

Redes de atención, comunidad y gestión clínica:

- Modelos de atención en problemas significativos para el primer nivel de atención: cuidados paliativos, enfermedades cardiovasculares, problemas relacionados con la alimentación, abordaje de problemas relacionados con la salud mental, modelos para la atención de personas mayores.
- Familias o grupos de personas /población a cargo; atención longitudinal y continuidad de cuidados. Grupo de trabajo territorial y equipo de atención; planificación de la atención de las personas, pases en el equipo y gestión del tiempo, utilización de recursos para la gestión clínica.
- Visitas domiciliarias y atención telefónica/virtual. Problemas relacionados con el andamiaje para los cuidados y la atención en la vida cotidiana. Recursos comunitarios.

Investigación en MGyF

- Metodología de la investigación. Fases de un proceso de investigación. Tema y preguntas de investigación en MGyF. Proyecto. Protocolo. Ética de la investigación. Elaboración de un proyecto de investigación. PRIISA, presentación al Comité de Ética. Recolección de datos y sistematización.

Actividades formativas:

- Asistenciales en consultorios del primer nivel de atención de demanda espontánea y programada.
- Asistenciales en CEMAR o en segundo nivel de atención hospitalaria, por campo específico de conocimiento.
- Asistenciales: rotación en cuidados paliativos de 32 módulos en total
- Asistenciales en guardia: tres módulos semanales
- Actividades comunitarias, poblacionales o en domicilios: un módulo semanal durante medio año.
- Actividades de integración formativo docentes días miércoles
- Curso de investigación de la DGDIyDP Niveles I – desarrollo de un proyecto de investigación - con tutoría metodológica y Nivel II, de análisis básico de datos. 60 módulos en total.

| |
|-------------------|
| TERCER AÑO |
|-------------------|

Objetivos específicos de aprendizaje en tercer año

1. Gestionar el proceso de atención de las personas a nivel local para el abordaje integral utilizando variados recursos (los que implican a los programas, los recursos locales, tiempo, etc.)

2. Conducir entrevistas clínicas integrando el abordaje de los problemas acorde a las determinaciones sociales de la salud.
3. Resolver la consulta integral de las personas con patologías prevalentes.
4. Intervenir en el abordaje de la salud y enfermedad de personas con problemas poco habituales con supervisión indirecta, articulando recursos de red.
5. Sostener seguimiento longitudinal con supervisión indirecta.
6. Abordar problemáticas per-se complejas con supervisión indirecta (fin de vida, enfermedades crónicas, padecimientos subjetivos) movilizando recursos para el cuidado acordes a la situación.
7. Identificar y priorizar problemas de salud comunitarios.
8. Realizar intervenciones de salud comunitaria y en dinámicas grupales, trabajando en equipo.
9. Supervisar y andamiar procesos de aprendizaje de manera colaborativa.
10. Desarrollar recursos de enseñanza para la educación en salud.
11. Analizar la propia práctica buscando alternativas para las intervenciones de manera colaborativa.
12. Elaborar colaborativamente proyectos de investigación a partir de problemas identificados en la práctica cotidiana.
13. Identificar características y recursos de modelos de abordaje en el primer nivel de atención con población y territorio diferente de lo habitual.
14. Planificar la propia tarea fortaleciendo las dimensiones que mejoren el acceso y el cuidado propio y de terceras personas.
15. Desarrollar intervenciones promotoras de derechos en salud integral en las instancias de atención y cuidado en las que interviene en red.

Contenidos de aprendizaje en tercer año:

Bases y fundamentos de MGyF

- Situaciones complejas componentes e identificación de límites para la intervención: dimensiones biomédicas, recursos económicos y materiales, recursos subjetivos, padecimientos subjetivos, red de atención y de cuidados, recursos de red, dimensiones vinculares y sociales. Recursos locales y profesionales a utilizar en las intervenciones: problematización, estructura de demora, identificación de límites y posibilidades para las intervenciones, generación de equipo situacional, redes locales alianzas y negociaciones, indicaciones, derivaciones y seguimientos. Dimensiones de las entrevistas clínicas para el abordaje de la incertidumbre y de situaciones complejas del primer nivel de atención.
- Modelos de abordaje en el primer nivel de atención en otros ámbitos generalistas: rural y AMBA. Recursos para la atención y de gestión, perfiles generalistas específicos del contexto.
- Familias y grupos primarios, dinámicas en torno al cuidado. Rol de la MGyF. Problemáticas relacionadas con edades de la vida. Perspectivas de género. Promoción de la salud en relación a padecimientos subjetivos y problemáticas vinculares. La salud de quienes sostienen y/o cuidan.
- Recursos docentes para el acompañamiento de aprendizajes en contexto clínico. Modelos de aprendizaje colaborativo. Recursos didácticos. Actividades grupales, educación para la salud en contextos comunitarios e institucionales.

Especificidades del cuidado y la atención integral de personas y familias con problemáticas complejas o poco habituales

- Abordaje de personas con condiciones crónicas complejas y enfermedades prevalentes complicadas en el primer nivel de atención. Protocolos de tratamiento longitudinal. Planificación y andamiaje para la autonomía. Trabajo colaborativo con las familias y en red con el segundo nivel. Seguimiento post internaciones. Integración del cuidado y articulación de recursos situados, personales, familiares y comunitarios.
- Resolución de urgencias e intervenciones de problemas de pronta resolución.
- Manejo de problemas relacionados con la salud poco habituales.
- Manejo básico de estudios complementarios por ecografía.

Redes de atención, comunidad y gestión clínica:

- Equipo situacional. Rol generalista en la articulación de equipo para intervenir en situación. Equipo nuclear y matricial. Uso de recursos, gestión de agenda de contactos, etc. Articulación con programas de atención de nivel central. Problemas de gestión relacionados con el trabajo en equipos situacionales, nucleares y matriciales. Gestión clínica centrada en las personas.
- Gestión local para mejorar la accesibilidad y la cobertura. Equipo territorial y agenda de intervenciones. La ventanilla de entrada al centro de salud. Reuniones de equipo. Equipo de trabajo con promotores/as de salud.
- Recursos epidemiológicos: usos y funciones, paradigmas epidemiológicos. Dato, población. Unidad de análisis. Medidas de frecuencia de eventos en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. Modelos de Análisis de situación de salud. Salud ambiental. Vigilancia epidemiológica y visita epidemiológica. Focalización, contactos e intervenciones en enfermedades transmisibles prevalentes.
- Manejo comunitario y oportuno en enfermedades transmisibles prevalentes y problemáticas ambientales. Búsqueda activa, bloqueo de casos, intervenciones con las familias y gestión con la comunidad.
- La salud comunitaria. Problemáticas y recursos comunitarios para la salud relacionados con la población y/o el territorio de referencia. Alimentación y actividad física. Salud mental. Consumos. Violencias y equipo de salud.

Investigación:

- Metodología de la investigación: desarrollo de trabajo de campo, análisis de resultados y publicación y/o presentación en jornada o congreso.

Actividades formativas:

- Asistenciales en el primer nivel de atención, consultorio generalista de demanda espontánea y programada.
- Asistenciales en CEMAR o en segundo nivel de atención hospitalario, por campo específico de conocimiento
- Asistenciales en guardia: tres módulos semanales.
- Actividades comunitarias, poblacionales o en domicilios: un módulo semanal durante medio año.
- Actividades de integración formativas docentes los días miércoles.
- Curso de epidemiología. 12 módulos en total.
- Curso de formación docente en residencias de MGyF. 16 módulos en total.

- Rotación rural o en otro ámbito del primer nivel de atención (AMBA): un mes completo o 42 módulos.

CUARTO AÑO

Objetivos específicos de aprendizaje en cuarto año

1. Diseñar dispositivos o procesos para la mejora del acceso a la salud de la población a cargo en relación a un problema específico con criterios de equidad, eficiencia y efectividad.
2. Andamiar (apoyar/supervisar) la gestión clínica en la atención de personas, realizada por residentes ingresantes contribuyendo a la mejora de la calidad de atención y de los aprendizajes.
3. Identificar las dimensiones de la gestión de procesos o programas para la mejora del acceso a cuidado de nivel de meso o macro gestión.
4. Resolver consultas con situaciones complejas de patología prevalente, integrando las intervenciones con las personas, su grupo primario, el equipo de salud y la red de atención.
5. Manejar la asistencia longitudinal de personas con problemas complejos.
6. Andamiar procesos de cuidado en salud con las personas, movilizando y optimizando los recursos disponibles y contribuyendo a la identificación de nuevos recursos.
7. Producir una investigación en temas de la especialidad de manera colaborativa, presentando resultados o conclusiones en diversos formatos.
8. Realizar un análisis de situación de salud local para la planificación de acciones.
9. Evaluar procesos de gestión, de atención y de aprendizaje propios y ajenos, contribuyendo a la construcción de buen clima de trabajo y de aprendizaje.
10. Planificar procesos de gestión para fortalecer aprendizajes en la especialidad.
11. Adaptarse a diversas realidades del ejercicio profesional y del campo del trabajo, aportando los recursos del perfil profesional de la especialidad.

Contenidos de aprendizajes en 4to año:

- Diseño e implementación de dispositivos para la optimización del acceso al sistema desde el primer nivel de atención. Sistematización de información georreferenciada.
- Evaluación en la atención longitudinal de personas y familias. Población de referencia: planificación, y monitoreo de acciones.
- Problemáticas en salud y atención en discapacidades. Accesibilidad. Trabajo con familias y equipos situacionales y recursos y personas activas comunitarias.
- Análisis de Situación de salud en la gestión local.
- Andamiaje de procesos de cuidado: atención de familias y personas con problemáticas complejas.
- Planificación estratégica y gestión de conflictos.
- Planificación y gestión de estrategias de educación para la salud en el contexto clínico y comunitario.
- Perspectivas en comunicación. Plan de comunicación y estrategias comunicacionales. Problemas de comunicación. Tecnologías de información y comunicación.
- Práctica docente supervisada para el aprendizaje en la especialidad. Niveles de programación y gestión de la enseñanza en la especialidad. Funciones docentes: modeladora y facilitadora.
- Gestión institucional en el primer nivel de atención. Metodologías de monitoreo y evaluación de la gestión clínica e institucional en el primer nivel de atención.

- Actualización en el manejo de guías y protocolos estandarizados de enfermedades prevalentes y cribado en población general.
- Legislación para el trabajo. Responsabilidades y derechos profesionales en el trabajo en MGyF.
- Práctica de la especialidad en otros contextos: identificación de competencias profesionales necesarias en la realidad del sistema de salud argentino. Inserción laboral en otros ámbitos de los subsistemas de salud. Organización de dispositivos para el trabajo generalista.

Actividades formativas:

- Asistenciales en consultorio generalista del Centro de salud.
- Asistenciales en guardia externa: 2 módulos semanales durante 4 meses.
- Asistenciales de inserción laboral en otros contextos: 2 módulos semanales.
- Comunitarias y asistenciales domiciliarias en el primer nivel de atención.
- Docentes asistenciales en contexto comunitario y de primer nivel de atención.
- Curso análisis de situación en salud: 8 módulos.
- Gestión de dispositivo de primer nivel de atención.
- Rotación optativa/libre o actividades compensatorias en caso de necesidad y según las evaluaciones previas.
- Gestión para proyectos de jefatura de residencia en la especialidad.

ACTIVIDADES PROFESIONALES, PRÁCTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Las “*actividades profesionales*”³ son las acciones que le otorgan identidad a la especialidad. En esas actividades es donde cada profesional despliega integradamente las competencias definidas del presente programa, generando una identidad reconocible y singular del propio campo del trabajo. Las actividades profesionales responden a la pregunta “¿qué hace la persona especialista?”, en este caso, especialista en MGyF. En su desarrollo se involucran procedimientos y prácticas transferibles a distintos contextos o situaciones de trabajo y a otras disciplinas y especialidades.

Una “*práctica*” es una actividad definida, delimitada y reconocible, un recorte observable del accionar profesional, que tiene un alcance más limitado que una actividad profesional. Un “*procedimiento*” es una acción secuenciada, bien estructurada acorde a un orden definido mediante reglas metodológicas, que debería realizarse siempre de la misma forma para obtener un mismo resultado; que se realiza utilizando instrumental o equipamiento tecnológico y que tiene fines diagnósticos, pronósticos o terapéuticos (por ejemplo, colocar una vía endovenosa). Una práctica puede incluir uno o varios procedimientos, o no incluir ninguno. **No son categorías excluyentes.** En términos conceptuales se puede asumir que los procedimientos son prácticas que se desarrollan de manera muy estructurada, siguiendo una secuencia temporo-espacial definida para lograr un resultado muy concreto y que siempre incluyen la utilización de instrumental o equipamiento tecnológico.

Desde la gestión docente, la categoría “actividades profesionales” apuntala sobre todo la definición del perfil y el desagregado de competencias que va construyendo la persona al transitar la residencia en la sede, mientras que la definición de prácticas y procedimientos,

³ Glosario residencias CABA (en proceso) y Guía para la elaboración de Marcos de Referencia MSAL 2018.

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/lineamientos-elaboracion-docs-marco-de-referencia-del-equipo-de-salud.pdf>.

apuntala la identificación de situaciones útiles para el aprendizaje que pueden desarrollarse en el propio ámbito de la residencia o en otros escenarios o rotaciones.

Actividades profesionales, prácticas y procedimientos, **son contenidos** que deben ser abordados desde la enseñanza, a modo de “juego completo”⁴ durante toda la residencia, con diferentes niveles de responsabilidad según el año. En la Tabla nro. 2 se especifican las actividades profesionales con la cantidad que la sede debe asegurar como oportunidad de aprendizaje por cada residente, y en la Tabla nro. 3 se definen las prácticas y procedimientos que cada residente debería realizar como mínimo. Estos contenidos se evalúan acorde al sistema propuesto en este Programa y se propone el diseño y utilización de rúbricas por Actividades Profesionales, para la evaluación del grado de autonomía concretado.

Algunas consideraciones:

- Los registros de trabajo clínico como la Historia Clínica Orientada al Problema, el sistema SOAP, no se contabilizan porque están presentes en todas las instancias de trabajo clínico.
- Lo mismo sucede con la toma de TA, de controles de signos vitales, con el examen físico integral y con la semiología que se observa en casos específicos y prevalentes, ya que, además supone competencias básicas de la formación de grado en la profesión médica.
- Cuando no se especifica edad de la vida, significa que el contenido aplica a todas las etapas del ciclo vital.
- En relación a las cantidades definidas para las actividades profesionales: no se suman, sino que se pueden superponer. Es decir, que una misma situación o evento puede aportar contenidos de más de una categoría presentada (por ejemplo: la atención de cierta persona en una situación compleja de salud + que tiene diabetes + con algún problema de salud mental + que implicó el desempeño de rol docente en quien la atiende).
- En la nomenclatura de las actividades profesionales, “atención” se refiere a actividades que son pasibles de ser resueltas en consultas generalistas sin la intervención de otras disciplinas o especialidades y “abordaje” a aquellas actividades en las que la medicina general y familiar generalmente resuelve o articula con la intervención la red de atención.

Con respecto a las prácticas y procedimientos, la Tabla nro 3 lista lo mínimo a ser realizado en diferentes escenarios acorde a necesidades de aprendizaje para el desempeño en la CABA.

El abordaje situado poblacionalmente requerirá que en casos egresados que vayan a desempeñarse en medios rurales o en poblaciones pequeñas en su trabajo futuro, deban escalar su formación en alguna de las prácticas o procedimientos de este programa, o incluir algunos otros no especificados en este programa.

⁴ Tomado de Perkins en “El Aprendizaje pleno. Principios de la enseñanza para transformar la educación”.

Listado de Actividades Profesionales con problemas prevalentes y cantidades que es necesario asegurar para cada residente.

Tabla nro 2:

| | ACTIVIDAD PROFESIONAL | Cant | Unid. | PROBLEMAS PREVALENTES |
|----------|--|-------------|--------------|--|
| 1 | Atención de infancias en consulta de cuidados preventivos | 100 | personas | Problemáticas de salud según situación local y recomendación de guías actualizadas. Problemáticas referidas en los contenidos generales: ej. medicalización de la vida cotidiana, prevención cuaternaria; despatologización de cuerpos; dinámicas familiares y de cuidado; etc. Incluye atención en etapa neonatal |
| 2 | Atención de adolescentes en consulta de cuidados preventivos | 100 | personas | Problemáticas de salud según situación local y recomendación de guías actualizadas. Problemáticas referidas en los contenidos generales: ej. medicalización de la vida cotidiana, prevención cuaternaria; despatologización de cuerpos; dinámicas familiares y de cuidado; escolaridad; vínculos y socialización, etc. |
| 3 | Atención de personas adultas en consulta de cuidados preventivos | 500 | consultas | Problemáticas de salud según situación local y recomendación de guías actualizadas. Problemáticas referidas en los contenidos generales: ej. medicalización de la vida cotidiana, prevención cuaternaria; despatologización de cuerpos; socialización, vínculos y dinámicas familiares y de cuidado; etc. |
| 4 | Atención de personas adultas mayores en cuidados preventivos | 100 | consultas | Problemáticas de salud según situación local y recomendación de guías actualizadas. Problemáticas referidas en los contenidos generales y en abordaje de personas adultas mayores. |
| 5 | Abordaje de personas con problemas de urgente resolución | 80 | Consultas | Riesgo de vida. Paro cardiorrespiratorio. Muerte. Shock (todos los tipos) Paciente politraumatizado. Grandes quemados. Anafilaxia. Angioedema. Traumatismo encéfalo craneano. Otros traumas (genitourinario, raquímedular, facial, torácico, abdominal y pélvico). Fracturas expuestas. Fracturas urgentes en la infancia. Trauma en personas adultas mayores y en personas gestantes. Injuria vascular periférica. Claudicación de la marcha. Síncope. Insuficiencia cardíaca descompensada. Arritmias. Emergencia hipertensiva. Preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP. Dolor torácico agudo. Síndrome coronario agudo. Pericarditis. Síndrome aórtico agudo. Isquemia arterial aguda. Tromboembolismo pulmonar. Trombosis venosa profunda. Sepsis. Lactante febril sin foco. Meningoencefalitis. Neutropenia febril. Mastoiditis. Endocarditis infecciosa. Infecciones respiratorias agudas bajas graves. Pielonefritis. Artritis sépticas. Insuficiencia respiratoria. Edema agudo de pulmón. Neumotórax. Hidrotórax. Laringitis aguda/crup. Síndromes bronco-obstructivos agudos graves. Cuerpo extraño en vía aérea. Hemoptisis. Síndromes convulsivos. Cefaleas graves. Accidente cerebrovascular y accidente isquémico transitorio. Hemorragia intraparenquimatosa, subaracnoidea, subdural, y epidural. Alteraciones del estado de conciencia. Síndrome confusional agudo. Síndrome de hipertensión endocraneana. Vértigo central. BRUE/ALTE (Evento breve, resuelto e inexplicable/Evento aparente que amenaza la vida). Deshidratación moderada/grave. Mal manejo del dolor. Urgencia anticonceptiva. Exposición laboral de riesgo. Exposición de riesgo a enfermedades transmisibles. Abdomen agudo clínico y quirúrgico (incluye de origen ginecológico). Oclusión intestinal. Invaginación intestinal. Hemorragia digestiva alta y baja. Insuficiencia hepática. Síndrome urémico hemolítico. Insuficiencia renal aguda. Obstrucción urinaria aguda. Escroto agudo. Parafimosis. Urgencias hematológicas (leucemia aguda; citopenias graves; |

| | | | | |
|---|--|-----|-----------|---|
| | | | | alteraciones de la coagulación). Púrpuras. Urgencias oncológicas (síndrome de vena cava superior, síndrome de lisis tumoral, síndrome de compresión medular y emesis inducida por quimioterapia) Hipoglucemia. Cetoacidosis diabética. Estado hiperosmolar. Tirotoxicosis. Coma mixedematoso. Insuficiencia suprarrenal aguda. Violencias. Abuso sexual. Abuso sexual infantil. Violencia institucional. Intoxicaciones en la infancia. Intoxicaciones por plantas y hongos, organofosforados, agroquímicos, drogas de uso no legal, medicamentos y drogas de uso legal, monóxido de carbono. Picaduras y mordeduras. Intoxicación alcohólica aguda. Injuras térmicas y eléctricas. Golpe de calor. Hipotermia. Ahogamiento. |
| 6 | Abordajes de lactantes, niñas y niños con problemas de pronta resolución | 200 | Consultas | Fiebre. Lactante febril sin foco. Cólicos del lactante. Astenia. Adenopatías y poliadenopatías. Cefaleas. Artralgias. Dolor abdominal. Palpitaciones. Prurito. Dolor torácico. Náuseas y vómitos. Constipación. Dificultad respiratoria. Cianosis. Disnea. Infecciones respiratorias agudas superiores y bajas. síndrome bronquial obstructivo agudo. Cuerpo extraño en vía aérea, conducto auditivo externo, ojos. Orzuelo. Chalazión. Ojo rojo. Otitis media y externa. Rash. Urticaria. Angioedema. Reacciones adversas medicamentosas. Evento adverso supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI). Pitiriasis rosada. Enfermedades exantemáticas. Enfermedad febril exantématica. síndrome pie mano boca. Infecciones de piel y anexos cutáneos. Ectoparasitosis. Micosis superficiales. Gastroenteritis y diarreas. Hepatitis. Diarreas crónicas y síndrome de malabsorción. Enteroparasitosis. Flujo. Vulvovaginitis. Balanopostitis. Infecciones urinarias bajas y altas. Síndrome retroviral agudo. Síndromes mononucleosiforme. Hidrocele. Convulsiones. Crisis Epiléptica. Mal progreso de peso. Malnutrición. Riesgo nutricional. Problemas en la alimentación. Odontalgias. Gingivoestomatitis. Dispepsia y reflujo. Ictericia fisiológica y patológica. Hepatitis. Síndrome nefrótico y síndrome nefrítico. Incontinencia urinaria y fecal. Purpuras y anemias. Citopenias. Traumatismos frecuentes. Traumatismo encéfalo craneano. Sinovitis transitoria, necrosis aséptica de la cabeza de fémur y sus diagnósticos diferenciales. Picaduras, mordeduras y arañazos. Quemaduras. Maltrato infantil. Violencia intrafamiliar. Abuso Sexual Infantil. Debut diabético. |
| 7 | Abordaje de adolescentes y personas adultas con problemas de pronta resolución | 500 | consultas | Fiebre. Fatiga y astenia. Fiebre de origen desconocido. Adenopatías y poliadenopatías. Cefaleas. Artralgias. Dolor abdominal. Palpitaciones. Prurito generalizado. Dolor torácico. Palpitaciones. Náuseas y vómitos. Constipación. Síncope. Edemas. Mareos. Pérdida de peso involuntaria. Ictericia. Alteraciones comunes en parámetros de laboratorio. Disnea. Urgencia hipertensiva. Debut diabético. Hipo. Disfonía crónica. Tos crónica. Hemoptisis. Infecciones respiratorias agudas superiores y bajas. Tuberculosis. Derrame pleural. Síndromes bronco obstructivos agudos. Síndromes restrictivos. Cuerpo extraño en vía aérea, conducto auditivo externo, ojos. Tapón de cera. Orzuelo. Chalazión. Ojo rojo. Otitis media y externa. Alteraciones de la agudeza visual. Escotomas. Rash. Urticarias. Angioedema. Reacciones adversas medicamentosas. Evento adverso supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI). Enfermedades exantemáticas. Pitiriasis rosada. Síndrome retroviral agudo. Síndromes mononucleosiforme. Infecciones de piel y anexos cutáneos. Ectoparasitosis. Herpes zoster. Micosis superficiales. Odontalgias. Gingivoestomatitis. Disfagia. Dispepsia y reflujo. Gastroenteritis y diarreas agudas. Enteroparasitosis. Diarreas crónicas y síndrome de malabsorción. Síndrome de colon irritable. Enfermedad inflamatoria intestinal. Patología anorrectal. Hemorragia digestiva alta y baja. Abdomen agudo. Patología de la vía biliar. Pancreatitis. Hepatitis. Ascitis. Síndrome ascítico edematoso. |

| | | | | |
|----|---|-----|-----------|---|
| | | | | Alteraciones del flujo vaginal. Vulvovaginitis. Balanopostitis. Infecciones urinarias bajas y altas. Dispareunia. Ginecorragias. Dismenorreas. Dolor pelviano. Enfermedad inflamatoria pelviana. Alteraciones del ciclo menstrual. Mastalgias. Galactorrea. Patología cervical y vaginal. Hernias y Prolapsos. Hidrocele. Prostatitis. Uretritis. Ginecomastia. Convulsiones. Epilepsia. Síndrome vertiginoso. Neuropatías. Compresiones medulares y radiculares. Neuralgia del trigémino. Temblores fisiológicos y patológicos. Parkinson. Esclerosis múltiple. Miastenia gravis. Deshidratación. Malnutrición. Riesgo nutricional. Problemas en la alimentación. Incontinencia urinaria. Infección urinaria. Síndrome urémico hemolítico atípico. Hematuria. Síndrome nefrótico y síndrome nefrítico. Vasculopatías periféricas. Trombosis venosa superficial. Tromboflebitis. Calambres, contracturas, tetanias y distonías. Artritis. Síndromes miofasciales, ligamentarios y compresivos. Lumbalgias y lumbociatalgias. Sacroileitis. Omalgia. Cervicalgia. Gonalgia. Tendinopatías agudas y apófisis. Bursitis. Quiste de Baker. Purpuras y anemias. Citopenias. Síndromes mielo y linfoproliferativos. Vasculitis. Traumatismo encéfalo craneano. Picaduras, mordeduras y arañazos. Violencia intrafamiliar. Abuso Sexual. Violencia de género. |
| 8 | Abordaje de personas con problemas del sistema locomotor y/o traumatismos | 70 | personas | Contusiones. Heridas. Quemaduras. Esguinces, luxaciones, y fracturas cerradas. Osteoartritis. Tendinopatías persistentes y estenosantes. Apófisis. Dolores articulares. Síndrome meniscal. Inestabilidad patelar. Síndrome patelofemoral. dolor coxofemoral inflamatorio y no inflamatorio. Talalgias. Escoliosis. Displasia de cadera. Alteraciones anatómicas frecuentes de pie, mano y rodillas. |
| 9 | Abordaje de personas con problemas agudos de consumos problemáticos y/o de salud mental | 20 | personas | Autolesiones. Intento de suicidio. Descompensación psicótica. Excitación e Inhibición psicomotriz. Estados de alteración de la conciencia. Crisis de ansiedad/angustia. Estado delirante/alucinatorio. Trastornos relacionados con el consumo excesivo de sustancias. Síndrome de abstinencia de sustancias psicoactivas. |
| 10 | Abordaje de personas con problemas crónicos y/o persistentes de salud no transmisibles ⁵ | 500 | consultas | Alteraciones de la talla y el perímetrocefálico. Problemas relacionados con la alimentación. Obesidad. Dislipemias. Tabaquismo. Enfermedad renal crónica. Asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Enfermedades pulmonares restrictivas. Nódulo pulmonar. Cáncer de pulmón. Síndrome de apneas e hipopneas obstructivas de sueño. Hiperplasia prostática benigna. Cáncer de próstata. Pérdida de peso involuntaria. Hipotiroidismo, hipertiroidismo, nódulos tiroideos, bocio y cáncer de tiroides. Leucemias y linfomas. Anemias. Adenomegalias. Tremor esencial y patológico. Parkinson. Epilepsia. Neuropatías. Artrosis. Artritis Reumatoidea. Lupus eritematoso sistémico. Gota. Osteopenia y osteoporosis. Fibromialgia y dolor crónico. Colon irritable. Cáncer de colon. Dispepsia. Síndrome de malabsorción y celiaquía. Cáncer de mama. Nódulos benignos específicos e inespecíficos. Síndrome de ovario poliquístico. Cáncer de cuello de útero, de útero y anexos. Alteraciones del ciclo menstrual. Leucorreas. Ginecorragias. Metrorragias. Climaterio. Prolapsos. Testículos en ascensor, criptorquidia. Fimosis. Adherencia balanoprepucial o de labios. Enuresis. Encopresis. Incontinencias. Ginecomastias. Cáncer de páncreas y riñón. |

⁵ Se exceptúa a diabetes y a problemas cardiovasculares, para los que se define actividades profesionales específicas, dada la alta prevalencia y la necesidad de focalizar intervenciones.

| | | | | |
|-----------|--|-----|-----------|---|
| 11 | Abordaje de personas con problemas cardiovasculares | 100 | consultas | Dolor torácico. Palpitaciones. Hipertensión arterial. Síndromes coronarios agudos y crónicos. Arritmias. Pericarditis. Insuficiencia cardíaca. Endocarditis infecciosa. Enfermedad venosa crónica. Enfermedad arterial crónica. Cardiopatías congénitas. Soplos fisiológicos y patológicos. Fiebre reumática. Chagas crónico. Dislipemias. |
| 12 | Abordaje de la persona con diabetes | 100 | consultas | Factores de riesgo de diabetes. Diabetes propiamente dicha. Insulinización (bed-time con autonomía; manejo de otras insulinas en conjunto con clínica, endocrinología o diabetología). Comorbilidades. Daños de órganos blanco. Alimentación. Dificultades para el autocuidado. Actividad física. Inserción laboral y social. Sexualidad. |
| 13 | Abordaje de personas con problemas dermatológicos | 50 | consultas | Acné. Rosácea. Alopecias. Problemas en la socialización, estigmatización y autocuidado en personas con problemas de la piel. Quiste sebáceo. Exantemáticas. Enfermedades febres exantématicas. Pitiriasis rosada de gilbert. Prurito. Rash alérgico. Urticaria. prurito generalizado sin causa clara. Dermatitis atópica. Dermatitis seborreica. Dermatitis de pañal y de contacto. Dermatomicosis. Ectoparasitosis. Infección de piel y estructuras anexiales. Verrugas. Angiomas. Nevos. Melanoma. Lesiones premalignas. Herpes labial, genital, de piel y estructuras anexiales. Herpes zoster. Ulceras. Enfermedad venosa crónica. Enfermedad arterial crónica. |
| 14 | Abordaje de personas adultas mayores con problemas prevalentes | 50 | consultas | Perdida de red social y de cuidados. Queja cognitiva. Deterioro cognitivo y demencias. Hipoacusias. Alteraciones en la visión y glaucoma. Incontinencia de orina. Sexualidad. Salud mental. Inestabilidad, alteración en la marcha, caídas, e inmovilidad. Dependencia, fragilidad y discapacidad. Soledad. Institucionalización. Revinculación familiar/vínculo con persona a cargo del cuidado. Polifarmacia. Maltrato y violencia. Claudicación de cuidadores |
| 15 | Abordaje del diagnóstico y cuidado de personas con patologías que requieren atención por otras especialidades y niveles de atención. | 20 | personas | Incertidumbre diagnóstica. Dificultades y controversias en las responsabilidades de seguimiento. Redes y equipo situacional. Patologías oncológicas, reumatológicas, neurológicas, personas trasplantadas, inmunocomprometidos u otras patologías graves o discapacitantes de cualquier índole. (El alcance del abordaje tiene que ver con la situación local, centrado en el diagnóstico y en el acompañamiento atención y cuidado). |
| 16 | Abordaje de personas con problemas vinculares y/o de salud mental persistentes | 100 | personas | Dimensiones subjetivas de los padecimientos. Recursos para la gestión de las emociones. Crisis vitales en contexto actual. Duelo. Problemas asociados a vínculos primarios, de parejas y grupales. Patologización y medicalización de la vida cotidiana. Problemas asociados al soporte y al hetero y auto cuidado. Prevención de violencias. Estrés crónico y sobre adaptación. Problemas del sueño. Maltrato infantil y abuso sexual infantil. Acoso laboral, escolar. Acoso sexual. Abuso sexual. Violencias. Alteraciones o dificultades en el desarrollo y aprendizaje. Trastornos del espectro autista. Trastornos de ansiedad. Duelo patológico. Trastornos del estado de ánimo. Trastorno bipolar. Consumos problemáticos, incluido el de sustancias psicoactivas. Trastornos de la alimentación. Ideación suicida. Psicosis. |
| 17 | Atención de personas en consultas preventivas o con problemas | 200 | consultas | Sexualidad. Autopercepción del deseo y de la corporalidad. El placer y sus variedades culturales e interpersonales. Diversidades. Vulneración de derechos sexuales. Dialogo, seguridad y consentimiento. Deconstrucción y construcción de |

| | | | | |
|----|--|----------------|--|--|
| | relacionados con la salud sexual integral | | | problemas. Prácticas y prevención de infecciones de transmisión sexual. Anticoncepción. Interrupción voluntaria del embarazo. Interrupción legal del embarazo. Disminución de la libido. Eyaculación rápida. Eyaculación precoz. An-eyaculación. Anorgasmia. Vaginismo. Disfunción eréctil. Molestias post parto y episiotomía. Infertilidad. |
| 18 | Abordaje de personas gestantes. | 50 personas | | Deseo de embarazo. Toma de decisiones. Preparación para la crianza. Redes. Violencias. Consumo de drogas, alcohol y tabaco. Embarazo de bajo riesgo. Embarazo de alto riesgo. Síntomas frecuentes en el embarazo: emesis e hiperemesis gravídica, dispepsia, bacteriuria asintomática, disuria, lumbalgia, cefalea. Contraindicaciones farmacológicas en el embarazo. Prevención de enfermedades mediante vacunación. Colonización por estreptococo beta hemolítico. Chagas, Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), toxoplasmosis, citomegalovirus, sífilis, hepatitis. Contacto con exantemáticas. Mononucleosis infecciosa. Infección del tracto urinario. Vulvovaginitis. Infecciones bucodentales. Anemia. Hipotiroidismo. DBT gestacional. Colestasis. HTA en contexto de gestación, preeclampsia y eclampsia. Síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia (HELLP). Detención del embarazo: embarazo anembriónado, huevo muerto y retenido, aborto, muerte fetal. Contraindicaciones de parto vaginal. Hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo. Rotura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino. Restricción del crecimiento intrauterino. Insuficiencia placentaria, infección intrauterina. Desprendimiento prematuro de placenta. Malformaciones prenatales. |
| 19 | Abordaje de cuidados perinatológicos | 50 personas | | Violencia obstétrica. Parto humanizado. Trabajo de parto. Alteraciones del trabajo de parto. Sufrimiento fetal agudo. Contraindicaciones de parto vaginal. Parto vaginal. Alumbramiento. Hemorragia posparto. Lesiones perineales durante el parto. Infecciones de transmisión vertical. Anticoncepción inmediata post evento obstétrico (AIPE). Puerperio fisiológico y patológico. Recepción del neonato y sus cuidados preventivos. Síndrome de dificultad respiratoria. Malformaciones anatómicas. Sistemas culturales e interculturalidad en nacimientos y crianza. Vínculos de apego. Lactancia. Problemas en el apego y la alimentación. Ictericia neonatal (fisiológica y patológica). Mala progresión de peso. Alteraciones del peso, la talla y el perímetrocefálico. Eritema tóxico. Milia. Dermatitis seborreica. Mancha mongólica. Cólicos del lactante. Conjuntivitis neonatal y sus diagnósticos diferenciales. Regurgitación, reflujo fisiológico. Alteraciones en la catarsis. Flujo en la recién nacida. Pseudohematuria. ALTE (evento aparente que amenaza la vida) /BRUE (evento breve, resuelto e inexplicable). Muerte súbita. |
| 20 | Abordaje de personas con patologías transmisibles persistentes | 50 personas | | Tuberculosis (Al menos 15 personas de tratamiento y seguimiento), Chagas (al menos 8 atenciones de tratamiento y seguimiento), HIV (al menos 10 atenciones de tratamiento y seguimiento). Sífilis. Hepatitis virales. Problemas de la confidencialidad, estigmatización, vulneración de derechos. Condiciones de vida. Vivienda, institucionalización. Comorbilidades. Resistencia y reacciones adversas medicamentosas. Evento adverso supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI) Virus del papiloma humano (HPV) y herpes. |
| 21 | Abordaje de la salud integral de las personas trans | 8 personas | | Modelo de atención desde un enfoque despatologizador. Prevención de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, osteoporosis y patologías oncológicas. Baja esperanza de vida. Riesgo de infecciones de transmisión sexual. Vulneración de derechos. Dificultades en ingreso a trabajo digno. Modificaciones corporales. Terapia de la voz. Hormonización. Inhibición del desarrollo puberal. |

| | | | | |
|-----------|--|-----|------------------------|---|
| 22 | Abordaje domiciliario de problemas de salud de las personas | 15 | personas | Asociado a necesidades de cuidado en cualquier problema de salud. |
| 23 | Entrevistas/visitas epidemiológicas (incluye búsqueda activa de casos, catastros, bloqueos, o participación en campañas) | 40 | Entrevistas o visitas | Enfermedades de notificación obligatoria. Problemas que requieren vigilancia epidemiológica. Enfermedades emergentes. Enfermedades prevenibles por acciones comunitarias. Eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI). |
| 24 | Abordaje de personas que requieren cuidados paliativos | 20 | personas | Enfermedades crónicas avanzadas. Fin de vida. |
| 25 | Abordaje longitudinal de personas con discapacidad | 20 | personas | Discapacidad física, mental, visceral. Organización del cuidado, autonomía, vulnerabilidad y dependencia. Acceso a derechos. Rehabilitación y acceso a prestaciones en salud y cuidados. Barreras materiales y simbólicas. |
| 26 | Abordaje de personas o familias con problemas complejos | 10 | familias | Se asocia a cualquier otra categoría de actividades profesionales: son situaciones en las que se entrecruzan varias problemáticas, en los que es difícil plantearlas a través de una sola forma de resolverlos, y sobre todo, donde las respuestas posibles constituyen otros problemas, donde no hay una solución única que lo resuelva de manera inequívoca. Vulneración en derechos habitacionales y educativos, dificultades en el acceso a trabajo digno y vulneración socioeconómica. Personas en situación de calle. |
| 27 | Seguimiento longitudinal de familias/grupos primarios (GP) a cargo - se encuadra en tareas con el equipo territorial | 30 | Familias o GP | Involucra a familias o grupos primarios, independiente de cualquier problema de salud o cuidado que se trabaje |
| 28 | Abordaje de personas con alguna enfermedad crónica a cargo de la atención longitudinal durante todo el transcurso de la residencia | 10 | personas | Cualquiera de los problemas crónicos incluido en este programa. |
| 29 | Organización y atención en el traslado a pacientes en situaciones prehospitalarias y/o entre niveles de atención | 8 | situaciones | Problemas de salud que se planteen en la situación, siempre con supervisión directa de profesionales de planta. Preferentemente en rotación rural. |
| 30 | Funciones docentes con pacientes, familias y grupos | 50 | pacientes y su familia | Cuidados y prevención asociados a problemas prevalentes o emergentes relacionados con la salud que se estén llevando a cabo y requieran aprendizajes nuevos para las personas. Énfasis en enfermedades crónicas y en problemas o situaciones complejas. |
| 31 | Manejo de grupos en prácticas preventivas y de promoción | 10 | grupos | Problemas priorizados en base a la situación local. Grupalidad potencialidades y conflictos. Gestión grupal y estrategias de trabajo. |
| 32 | Abordaje interprofesional - interdisciplinario e intersectorial | 100 | Eventos | Incluye problemáticas ya mencionadas y problemáticas asociadas al proceso de cuidado. (Incluye comunicación con SAME, otras derivaciones, derivaciones asistidas, solicitud interconsulta, planificación con equipos situacionales según el caso. Otros sectores: educación, desarrollo social, cultura, seguridad, justicia, etc.) |
| 33 | Abordajes de salud comunitaria en trabajo interdisciplinario. | 6 | Intervenciones | Incluye problemáticas de salud ambiental, salud mental, violencias, consumos problemáticos, vulneración de derechos a la salud, problemáticas de salud prevalentes localmente. |

| | | | | |
|-----------|--|---|-----------------------|---|
| 34 | Cogestión en equipos básicos o territoriales | | | Problemas priorizados en base a la situación de la población a cargo y del equipo propiamente dicho. Gestión de equipo. Problemas vinculados al desarrollo de la tarea, en la planificación y acción; y asociados a grupos operativos, y a la coordinación y coordinación |
| 35 | Análisis de situación local de salud. | 1 | Informe final de ASIS | Situación local de salud en el área de referencia, o sobre la población de referencia. Participación en un proceso (grupal) completo con documento presentado al centro de salud. Puede ser publicado o presentado en congreso. |
| 36 | Desarrollo e implementación de proyectos de gestión de salud local | 1 | Proyecto | Problemas priorizados en base a la situación local. |
| 37 | Planificación y desarrollo de jornadas de actualización en la especialidad | 2 | Jornadas | Problemas emergentes o de impacto coyuntural en salud. (Participación en el equipo de organización, gestión y coordinación) |
| 38 | Rol docente en formación de grado y en la especialidad | | | Cualquier área de conocimiento presente en este programa. |
| 39 | Desarrollo de investigación en salud, enfermedad, atención y cuidados. | 2 | Proyectos * | Cualquier área de conocimiento presente en este programa. (*Participación en dos proyectos, con por lo menos uno presentado en congreso o publicado en revista indexada) |
| 40 | Gestión de la propia tarea | | | Planificación, gestión de tiempos, registros, sistematización y uso de la información. Organización de los recursos, gestión de los insumos etc. Comunicación. |

Prácticas y procedimientos mínimos a realizar durante la residencia.

Tabla nro. 3

| Prácticas y Procedimientos | Cantidad |
|---|----------|
| Reanimación cardiopulmonar avanzada (personas adultas) – Real o simulado | 5/año |
| Reanimación cardiopulmonar avanzada (infancias) – Real o simulado | 5/año |
| Intubación orotraqueal (personas adultas) – Real o simulado | 4/año |
| Intubación orotraqueal (infancias) – Real o simulado | 4/año |
| Maniobra de Heimlich (infancias) – Real o simulado | 4/año |
| Maniobra de Heimlich (personas adultas) – Real o simulado | 4/año |
| Punción en neumotórax hipertensivo – Real o simulado | 4/año |
| Colocación de vía venosa central (personas adultas) | 4/año |
| Colocación de vía venosa periférica (personas adultas) | 6/año |
| Colocación de vía venosa periférica (infancias) | 4/año |
| Completar certificado de defunción | 2/año |
| Chequeo de equipo y materiales de atención de guardia/urgencias infantiles | 20 |
| Chequeo de equipo y materiales de atención de guardia general | 40 |
| Chequeo de equipo y materiales de atención en ambulancias | 20 |
| Expansión por hipotensión | 5 |
| Plan de hidratación según necesidades (infancias) | 20 |
| Indicación de plan de hidratación parenteral según necesidades (personas adultas) | 30 |
| Protocolo de estatus convulsivo (infancias) - Real o simulado | 5 |
| Protocolo de estatus convulsivo (personas adultas) - Real o simulado | 5 |

| | |
|--|--------|
| Indicación de oxigenoterapia | 5/año |
| Atención inicial a personas con politraumatismos (aplicación del protocolo XABCDE) | 3/año |
| Inmovilización inicial de esquince y fracturas | 20 |
| Manejo del síndrome coronario agudo por algoritmo | 2/año |
| Manejo inicial accidente cerebro vascular (ACV) en ventana por algoritmo | 2/año |
| Protocolo de manejo de hipoglucemia sintomática | 4 |
| Paracentesis | 2/año |
| Lavaje de conducto auditivo externo para tapón de cera | 2/año |
| Taponaje nasal | 5 |
| Colocación de sonda nasogástrica (infancias) | 4/año |
| Colocación de sonda urinaria (personas adultas) | 4/año |
| Colocación de sonda nasogástrica (personas adultas) | 4/año |
| Apoyo de salud mental en contexto de crisis de ansiedad | 4 |
| Interpretación de BIRADS y toma de decisiones clínicas | 10/año |
| Aplicación de algoritmo de seguimiento de pacientes con citología cervical patológica | 10/año |
| Cálculo de probabilidad pretest de síndrome coronario crónico | 2/año |
| Insulinización bed-time (inicio y seguimiento) | 10 |
| Intensificación de tratamiento con insulinas con acompañamiento interprofesional | 5 |
| Examen físico de pie de diabético | 10 |
| Curaciones de heridas | 4/año |
| Suturas de piel y tejido celular subcutáneo | 4/año |
| Curación de ulceras | 10 |
| Colocación de dispositivo intrauterino (DIU) | 10 |
| Control DIU (ecográfico o con hilos) | 10 |
| Extracción de DIU | 5 |
| Colocación implante | 10 |
| Extracción de implante | 15 |
| Ecografía básica (para IVE y control de DIU y SIU, embarazo orto tópico y ectópico; Eco Fast y colecciones líquidas) | 30 |
| Indicación de pautas no farmacológicas y farmacológicas de interrupción voluntaria del embarazo en consulta pre interrupción | 10 |
| Aspiración manual endouterina | 10 |
| Atención al embarazo bajo riesgo | 30 |
| Seguimiento del trabajo de parto | 10 |
| Alumbramiento | 10 |
| Recepción de recién nacidas/os | 10 |
| Notificación de evento adverso supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI) y notificación de evento de notificación obligatoria (ENO) | 20 |
| Aplicación de protocolo NECPAL | 30 |
| Colocación de vía subcutánea | 10 |
| Elaboración de documentación para prácticas de cuidado, insumos y medicamentos | 10 |

Cada residente deberá llevar un registro de actividades profesionales, prácticas y procedimientos realizados que será refrendado por quien ejerza el rol de referente docente del escenario correspondiente o las jefaturas/instructorías y coordinaciones locales. Dicho registro será revisado periódicamente para ajustar la planificación de actividades formativo-asistenciales.

8. FUNCIONES DOCENTES Y DE SUPERVISIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

Requerimientos generales

La residencia es un sistema de formación en servicio que cobra sentido cuando el servicio se articula con acciones de enseñanza. Para ello es necesaria la presencia de docentes que actúen con competencia e intencionalidad pedagógica utilizando diversos recursos para fortalecer los aprendizajes, y en una cadena de supervisiones que se extiende desde la coordinación general de la residencia hasta los vínculos dentro de cada sede para el aprendizaje colaborativo.

La supervisión es el sistema que integra la evaluación al proceso de capacitación, no se limita solo a controlar la eficacia de las acciones de residentes que opera en beneficio de pacientes y las personas usuarias destinatarias de la tarea, sino que también es una instancia más para el aprendizaje. Es un recurso para la formación que supera el mero control de la tarea. En ese sentido, es necesario fortalecer encuadres docentes que lejos de naturalizar las situaciones verticalistas y generadoras de abusos y malestares que se suscitan a partir de lo que aparece como “organización natural” del “dispositivo residencia”⁶, trabajen en la generación buenas condiciones para el aprendizaje, para la salud y para la vida en la residencia.

Desde la vasta experiencia que demuestra la potencia educativa que radica en la incorporación de cada residente como núcleo del proceso de enseñanza-aprendizaje, se destaca el análisis de Garrido Sanjuán (2006) al respecto: “Estamos en un proceso de modificación paulatino que, tratando de preservar lo que ha sido importante y sigue siendo válido del modelo clásico, vaya introduciendo el concepto de enseñanza centrada en el que aprende, o en nuestro caso enseñanza centrada en el residente, y un aumento del campo de la reflexión sobre la práctica”. Es así que se considera que la mejor forma de empezar a enseñar a cómo tratar a las personas es haciendo vivir a residentes una relación madura con docentes, con un papel activo en su aprendizaje, con márgenes para la duda, aprendiendo del error y admitiendo la incertidumbre.

En el marco de las normativas vigentes⁷, la responsabilidad de la formación de residentes está a cargo de quienes desempeñen los roles de: a- Coordinación general del programa de residencia, b- Coordinación local del programa de residencia y c- Jefatura de residentes e instructoría de residentes.

En el desarrollo de este programa docente se busca instalar el trabajo en equipo como la modalidad de abordaje principal en el campo de la salud integral que trasciende los espacios formativos, y también promover al aprendizaje colaborativo como una pieza central dentro de la propuesta.

Dado que no se cuenta con Servicios de MGyF que puedan sostener desde su estructura la formación de residentes, tal como sucede en otras especialidades médicas prioritarias, se requiere de un equipo docente ampliado. Para esto es necesaria la inclusión del **rol de tutoría** que es ejercido por profesionales de la medicina y de otras disciplinas humanísticas que logren hacer foco en el abordaje integral en salud. La tutoría docente se puede dar en un área del conocimiento o contenidos específicos (por ejemplo: tutorías metodológicas o tutorías temáticas

⁶ Al respecto ver en la bibliografía los trabajos de Dursi, C et al en la CABA (2019) y en la Provincia de Buenos Aires (2017); Matías Muñoz, A (2018) y a Garrido San Juan, JA (2006).

⁷ Ver en bibliografía, la [Normativa de las residencias en CABA](#)

en el trabajo de investigación; tutorías para el trabajo comunitario; tutoría en un determinado campo asistencial; tutoría para la reflexión sobre la práctica de cada residente, etc.)

La adquisición de las competencias que integran el perfil generalista implica la conformación de una red interdisciplinaria que requiere considerar lo colectivo y lo articulado por sobre lo individual y fragmentado. La conformación de un Equipo Docente de Referencia con una adecuada distribución de tareas, según el rol y el perfil e idoneidad de cada uno, podría favorecer el permanente acompañamiento, supervisión, apoyo y respaldo de residentes en el marco del respeto de su autonomía. La organización de su accionar debe contar con un apoyo institucional, en general y en cada sede, que garantice su participación, facilitando la disponibilidad de tiempos y espacios, garantizando el acceso a recursos y materiales bibliográficos, habilitando la comunicación y circulación de información, disminuyendo obstáculos en el establecimiento del vínculo de enseñanza-aprendizaje.

Acorde a los lineamientos del Marco de Referencia para la especialidad del Ministerio de Salud el Comité de Docencia e Investigación (CODEI) debe avalar la conformación del Equipo Docente y acordar las horas necesarias que se requieren para el cumplimiento de la tarea.

La labor docente se puede realizar asumiendo diferentes funciones⁸, como las de planificación, generación de materiales, dictado de clases, supervisión, modelización, proveer información, evaluar. Siguiendo el planteo de Podcamisky Garbe (2006) “el rol impregna a la función haciendo que ésta se ejecute de diferentes formas”, sostenemos que una misma función docente, a pesar de contar con las mismas metas, será llevada adelante por personas que cumplen diferentes roles (Coordinación local, Jefatura de residentes, etc.) y por lo tanto de distinta manera.

Asumir funciones docentes significa asumir una responsabilidad para la que se requiere del despliegue de competencias docentes para el sistema de residencias básica o avanzada. Para ello, la Coordinación General de la residencia de MGyF ofrece desde la DGDlyDP periódicamente cursos de formación docente al que se espera incluir a personas de planta que trabajen con la residencia. La realización de esa formación y el asumir tareas docentes, permite la certificación de esas tareas por los CODEIS y por la DGDlyD que otorgan créditos para la recertificar la especialidad según normativa del Ministerio de salud de la Nación y de las sociedades científicas autorizadas por el mismo (FAMG y FAMFyG).

Responsabilidades de los roles docentes según normativa de CABA

Funciones de la coordinación general de residencia:

- Coordinar la elaboración del Programa Docente General de la Residencia.
- Coordinar la organización de la capacitación en red, supervisando la coherencia entre los proyectos locales y el programa general, articulando los proyectos de las distintas sedes y facilitando su intercambio.
- Organizar, coordinar y desarrollar acciones de capacitación y supervisión en el marco de la DGDlyDP
- Coordinar el diseño, elaborar y gestionar la puesta en marcha y el análisis de los sistemas de evaluación del desempeño de residentes.

⁸ Ver en Hardem, R y Crosby, J. Enseñar es algo más que dar clases. Guía de la Asociación Europea de Educación Médica. 2013

- Coordinar la actualización periódica del Programa Docente General de la Residencia.
- Evaluar y monitorear la implementación del Programa Docente General de la Residencia.
- Colaborar en el desarrollo de los procesos formativos y la capacitación en servicio.
- Elaborar informes sobre las sedes de la Residencia y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Asesorar en la selección de los ámbitos de rotación y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Propiciar la articulación académica entre la DGDIyDP, Comités de Docencia e Investigación, jefaturas de servicios hospitalarios, Áreas Programáticas y Centros de Salud, coordinación de Programas locales, jefaturas, instructoría de residentes, y residentes.
- Participar en el proceso de selección para el ingreso a la residencia acorde a la normativa vigente a través de: definición de la bibliografía, elaboración del examen, orientación a aspirantes, toma, resolución de apelaciones y análisis de los resultados del examen.
- Favorecer el desarrollo de experiencias de formación entre las diversas residencias según corresponda y/o con otras instituciones que intervienen en la formación de recursos humanos en Salud.
- Participar en las actividades formativas o de intercambio y actualización que la DGDIyDP u otros organismos pertinentes organicen.
- Asesorar en la determinación de sedes y vacantes de residencias según corresponda.
- Participar en los procesos de evaluación o acreditación en y de las sedes formativas.
- Planificar, desarrollar y/o supervisar investigaciones en el marco de la DGDIyDP

Funciones de la coordinación local de programa o coordinación de sede:

- Dirigir la elaboración colectiva de la Adecuación local siguiendo los lineamientos del programa docente general.
- Supervisar e intervenir en la formación mediante la implementación de la adecuación local y de la gestión del clima formativo.
- Organizar actividades de capacitación en servicio.
- Realizar y supervisar evaluaciones del desempeño de residentes y las jefaturas o instructorías.
- Gestionar alternativas de enseñanza en casos que se requieran.
- Coordinar la organización de las actividades docentes, asistenciales y otras de interés para el desarrollo del programa.
- Vincular acciones intra y extra institucionales optimizando la capacitación y la inserción de la residencia en el efecto/sede.
- Realizar retroalimentación frecuente con responsables institucionales de la sede y la coordinación general de la residencia.
- Evaluar el desarrollo de la propuesta formativa a nivel local y gestionar la documentación para la acreditación de la sede.

Funciones de la jefatura de residentes:

- Asumir la responsabilidad de la conducción del grupo de residentes.
- Adecuar la implementación del programa en función del ritmo y de la demanda de aprendizaje de cada residente durante su año de gestión.
- Actuar de acuerdo con la coordinación de programa, las jefaturas del Centro de salud y/o Área programática, en la supervisión y control de las actividades, como asimismo con jefaturas de residentes de otras especialidades y profesiones.
- Desempeñarse como un referente en lo personal y profesional hacia los/as residentes.

- Organizar y coordinar las actividades científicas, académicas y asistenciales de la residencia dentro de los programas pre establecidos, supervisando la tarea.
- Insertar en la práctica diaria dichas actividades en consenso con el equipo docente.
- Incentivar la participación de residentes en las actividades académicas y científicas preestablecidas.
- Promover la inserción de la residencia en actividades interdisciplinarias.
- Interesarse por las necesidades y sugerencias del grupo de residentes para poder tomar decisiones ecuánimes.
- Evaluar periódicamente a residentes en referencia a los objetivos de aprendizaje y a la adquisición de las competencias definidas por el programa.
- Documentar los resultados de aprendizaje.

Funciones de la instructoría de residentes

Cuando no haya postulantes para designar jefatura de residentes, la instructoría cumplirá las funciones de ésta. Habiendo jefatura de residentes sus funciones serán:

- Brindar apoyo a la coordinación general y a la coordinación local del programa de la residencia y articular acciones entre los diferentes niveles de responsabilidad de la formación.
- Supervisar la implementación del programa de formación de la residencia.
- Asesorar en el área de contenidos de su especialidad.
- Desarrollar estrategias de aprendizaje basadas en el trabajo con grupos de residentes.
- Seguimiento del desempeño de residentes en áreas específicas.
- Participar en la evaluación de residentes.
- Buscar el sentido pedagógico en cualquier contexto que contribuya al aprendizaje.
- Gestionar la interacción con todo medio que posibilite al residente la creación y construcción de conocimiento.
- Favorecer en residentes la expresión de actitudes participativas, colaborando a que perciba con claridad la capacidad de involucrar sus juicios en las decisiones que afectan su proceso educativo.

Funciones generales del Equipo Docente de residentes

- Presentar el ambiente formativo como una fuente inagotable de intercambios sociales que proveen oportunidades de aprendizaje.
- Establecer un marco común adecuado a la sede de formación cuyo propósito sea el de potenciar la formación de especialistas en medicina general.
- Organizar y orientar la actividad asistencial y académica de residentes en los distintos ámbitos de formación.
- Ofrecer a residentes en forma continua los apoyos necesarios para la adquisición gradual de competencias profesionales complejas.
- Supervisar, monitorear y evaluar brindando información permanente sobre el propio desempeño que orienten el aprendizaje.
- Instalar un clima de trabajo cooperativo con reuniones interdisciplinarias programadas periódicas de planificación y evaluación intra equipo.

Es necesario el trabajo articulado y coordinado entre todas las personas que ejercen alguno de estos roles, con la intención de facilitar los abordajes pedagógicos situados, integrales y colectivos, gestionar conflictos, reeditar vínculos, elaborar estrategias de abordaje grupal para promover cambios que configuren aprendizajes significativos en los recorridos particulares y

colectivos dentro de las residencias y sus instituciones sede. En este sentido, la coordinación general, las coordinaciones locales y jefaturas/instructorías asumen la responsabilidad de sostener una red de trabajo, que se operacionaliza con dos reuniones anuales de trabajo de todas las coordinaciones locales y encuentros formativos mensuales de la coordinación general con jefaturas/instructorías sobre temas coyunturales del desarrollo del programa de formación.

9. SISTEMA DE EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso de retroalimentación para un sistema de formación y capacitación. El sentido primordial es el de permitir su mejora continua

Evaluación del Programa

El programa docente general de la residencia es un documento que debe guiar las instancias formativas, es por ello que debe estar sujeto a un proceso continuo de seguimiento y evaluación que garantice su constante actualización. Por tal motivo, la coordinación general de la residencia, basada en los objetivos determinados por DGDlyDP, ha planificado estratégicamente su trabajo para evaluar y actualizar el programa general de formación docente de residentes a través de diferentes metodologías y herramientas.

A nivel de la unidad formadora, la adecuación local del programa se evaluará anualmente en oportunidad de la realización del proyecto de jefatura, para sostener la capacidad formadora de la sede aun cuando haya modificaciones en disponibilidad local de escenarios y acorde a la gestión institucional.

Asimismo, se requiere una evaluación continua del desarrollo de la propuesta formativa según normativas del Sistema Nacional de Residencias del Ministerio de Salud de la Nación, necesaria tanto para asegurar la certificación de la especialidad a quienes egresan, como para acreditar las sedes.

Evaluación del desempeño de residentes

En el desarrollo de la de residencia se asume un compromiso con la buena formación, lo que conlleva la certificación de las competencias de profesionales. También implica una responsabilidad en la mejora de los servicios de salud, en términos de la calidad profesional en la atención y cuidados. Desde esta perspectiva, la evaluación adquiere gran importancia, reuniendo información en forma sistemática para el seguimiento del desempeño a lo largo de la formación y, por ende, en la certificación final.

Evaluar el desempeño es evaluar integralmente la habilidad de una persona para realizar una práctica profesional. En este proceso, se requieren instrumentos diversos que otorgan una mirada integral sobre el desarrollo del aprendizaje que permitan a las personas responsables de las sedes monitorear el seguimiento de cada residente. Las evaluaciones se realizan con participación activa de las jefaturas e instructorías y de docentes responsables de los escenarios formativos, pero la responsabilidad última de las mismas es de la coordinación local de la sede con asistencia del equipo de coordinación general.

Se define como sistema de evaluación en MGyF la integración de diversos instrumentos (que se explicitan en el siguiente ítem por año de residencia). En el caso de las evaluaciones formativas que se realizan durante el trabajo asistencial cotidiano es necesario sistematizar y documentar las mismas como manera de incluirlas en estas sistemáticas.

En todas las instancias de evaluación, se realizará una entrevista de devolución de resultados y sugerencias a cada residente, oportunidad en la que firmará la aceptación y conocimiento de su propia evaluación.

Si en alguna de las instancias de evaluaciones se observa que hay diagnóstico de mal progreso, se debe informar a la coordinación general a la brevedad posible, para ayudar a facilitar oportunamente nuevas estrategias de ajuste de la enseñanza acorde a la situación.

Para la ponderación de cada evaluación se pueden utilizar escalas cualitativas o cuantitativas. En el caso de las cualitativas, es necesario incluir una correspondencia con la escala de 1 a 10 que permitirá construir la nota final del año.

La nota anual que se eleva en el acta al CODEI se calcula a partir de la calificación de la evaluación de integración de competencias y del conjunto del resto de las evaluaciones. Para la ponderación, el total de la nota final está integrada en un 70% por la evaluación integradora de competencias y el 30% restante a partir del conjunto de las demás evaluaciones.

Para aprobar el año se requiere una nota final mayor o igual a 7.

El sistema de evaluación de la residencia de MGyF está integrado por las siguientes instancias:

Primer año:

- Evaluación cursos
 - o componentes de conocimiento del “Módulo introductorio” de cada sede sobre normativas en relación a derechos de las personas y del programa de residencia.
 - o transversales dictados por la DGDlyDP para todas las residencias
 - o Abordaje Comunitario y Epidemiología para todas las sedes de la especialidad MGyF.
- En estos casos, las evaluaciones están a cargo de las direcciones de los cursos, pero deben ser sistematizadas por las jefaturas y tutorías para incluirla en la evaluación para aprobar el año.
- Evaluaciones semestrales de contenidos declarativos sobre casos a resolver acorde a lo trabajado en el período, a los contenidos generales del año, a los escenarios formativos transitados y a la actividad de los días miércoles de integración.
- Evaluación de observación sistematizada en contexto clínico generalista, sobre entrevistas preventivas, atención en demanda espontánea y en escenarios de urgencias. Mínimo 4 evaluaciones en total por año, con participación de por lo menos dos docentes diferentes.
- Evaluación de integración de competencias en el año. Está a cargo de la jefatura e instructoría de residentes en conjunto con la coordinación local de la sede e incluye una instancia de autoevaluación de cadaresidente. Se sugiere alguno de estos recursos: evaluación tipo 180/360; portfolio semiestructurado o estructurado, o rúbricas de áreas de competencia o por actividades profesionales. Se incluye lo observado y validado del registro de procedimientos de cada residente.

Segundo año

- Evaluación curso transversal de investigación nivel I y 2. Con proyecto de investigación aprobado.
- Portfolio de rotación en cuidados paliativos

- Evaluación por rotaciones en escenarios del 2do nivel de atención.
- Evaluación semestral de contenidos declarativos sobre casos a resolver acorde a escenarios formativos transitados y a contenidos generales de año. Retroalimentación con registro de procedimientos a cargo de la jefatura o instructorías de residentes.
- Evaluación de observación sistematizada en contexto clínico generalista sobre la atención de personas con enfermedades agudas y crónicas prevalentes. Mínimo 4 evaluaciones en total por año, con participación de por lo menos dos docentes diferentes.
- Evaluación de integración de competencias en el año acorde a segundo año. Instrumentos Idem primer año.

Tercer año

- Evaluación de cursos transversales: epidemiología y formación básica en competencias docentes. A cargo de las direcciones de los cursos, pero deben ser sistematizadas por las jefaturas/instructorías en las sedes.
- Evaluación semestral de contenidos declarativos sobre casos a resolver acorde objetivos de tercer año y escenarios formativo transitado. Retroalimentación y validación del registro de procedimientos. A cargo de jefatura de residentes, referente docente o coordinación local.
- Evaluación de observación sistematizada en contexto clínico acorde a contenidos del año, que incluye atención domiciliaria y escenarios comunitarios Mínimo 4 evaluaciones en total por año, con participación de por lo menos dos docentes diferentes.
- Evaluación rotación rural o AMBA.
- Evaluación para la certificación de alcance en el aprendizaje de las competencias según objetivos del año. Incluye la autoevaluación. Se recomienda la utilización de una evaluación tipo 180/360 (con énfasis en abordaje en red e integral); portfolios semiestructurado o estructurado incluyendo estrategias de resolución de situaciones complejas, minutas, registros de actividades comunitarias y de educación para la salud. Presentación de trabajo de investigación, etc.) o rúbricas por actividades profesionales y por áreas de competencias. A cargo de jefaturas de residentes, instructorías, coordinación general y tutorías.

Cuarto año

- Evaluación cursos transversales: ASIS
- Evaluación rotación libre/AMBA o rural (si correspondiera)
- Proyecto de gestión.
- Proyecto de jefatura de residentes.
- Evaluación de observación sistematizada en contexto clínico sobre intervenciones complejas. Centrado en el abordaje situacional y andamiaje a la familia o grupo primario de cuidado.
- Evaluación de competencias docentes y gestión de la comunicación. (instrumento tipo 360)
- Evaluación de competencias para la certificación de la especialidad. Incluye autoevaluación, evaluaciones del año, observación del registro de procedimientos y retroalimentación docente. Se recomienda preferentemente utilizar rúbricas por áreas de competencia y actividades profesionales y/o evaluación tipo 360.

En el Anexo nro. 2 se presenta la **hoja síntesis de evaluación de residentes por año**, a ser presentada al CODEI para elevar a la DGDIyDP junto con el acta de aprobación del cada año, firmada por las coordinaciones locales de la sede y las personas responsable del efector donde se desarrolla la residencia.

Evaluación de rotaciones libres y optativas:

Al volver de rotaciones libres y optativas, de acuerdo a las normativas vigentes, la persona rotante deberá entregar en un plazo no mayor de dos meses, una certificación de la rotación por autoridad competente del lugar donde efectuó la misma, un informe final pormenorizado firmado por quien ha realizado la rotación y por la coordinación del programa local, en el que conste si se cumplieron los objetivos, la descripción de lo realizado y en caso de innovaciones en modelos de atención o prácticas, deberá adjuntar el protocolo correspondiente, con las referencias bibliográficas y conclusiones, con el fin de poder transferir la experiencia adquirida a la sede.

10. BIBLIOGRAFÍA

Normativas:

- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. CABA; 1996.
- Normativas del Sistema de Salud [Internet]. Todas disponibles en:
<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/residenciasyconcurrencias/normativas>
 - Ley 153. Ley Básica de Salud de la CABA 1999 y modificatorias
 - Leyes de derechos de las personas
 - Leyes que legislan sobre derechos en salud
- Normativas de residencias en la CABA. Todas disponibles en:
<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/residenciasyconcurrencias/1-marco-regulatorio-de-los-sistemas-de>
 - Ordenanza 40997- con fuerza de ley- (1985) y leyes modificatorias
 - Disposición DGDIyDP-128/2017-MSGCABA. Anexo II Designación de coordinadores generales. Funciones y tareas.
 - Disposición DCyD-8/2003-MSGCABA. Rotaciones en el exterior.
- Resolución MSAL-1073/2015. Marco de Referencia para la formación en residencias médicas de la especialidad Medicina general y/o familiar. Ministerio de Salud de la Nación Argentina; 2010. Disponible en:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/medicina_general_y_familiar_ok.pdf

Bibliografía

1. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Family Medicine Milestones. EEUU: ACGME; 2019. p. 1–26.

2. Acosta C, Recioy MA, Vannucci C. Formación y cuidados en salud: el proceso de andamiaje. Documento de la Dirección General de Docencia Investigación y Desarrollo Profesional. Ministerio de Salud GCABA; 2021.
3. Accreditation Council for Graduate Medical Education. ACGME Program Requirements for Graduate Medical Education in Family Medicine. EEUU: ACGME; 2022. p. 1–63.
4. Agencia de Calidad de Andalucía. Manual Competencias Profesionales Médico de Familia de Atención Primaria. Andalucía. España; 2015. p. 1–88.
5. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia. Soc Española Med Fam y Comunitaria WONCA. 2007;1–14.
6. Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la Salud Colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. Salud Colect. 2006;2(2):123.
7. Alvarado García AM. Adquiriendo habilidad en el cuidado: de la incertidumbre al nuevo compromiso. Aquichan. 2007;7(1):25–36.
8. Anigstein PC. Responsabilidad nominada de la población: Nominalización. Academia.edu. 2014;1–13. Ver en: <https://www.academia.edu/37300052>
9. Antonietti L, Roma V, Fuks A, Dubkin S, Ben David J, Ortiz F. Orientaciones para el abordaje de situaciones complejas que afectan el clima formativo de las residencias y concurrencias. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional. Ministerio de Salud GCABA; 2019. p. 1–22. Disponible en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/abordaje_clima_formativo_0_0.pdf
10. Arnaudo MC, Illanes AI. El Seguimiento Familiar como estrategia de aprendizaje en Clínica Ampliada. Arch Med Fam y Gen. 2017;14.
11. Baliña T. Cambiar los estilos de vida. Historia crítica de la Medicina General/Familiar. 1st ed. CABA: Akadia; 2013. 1–154 p.
12. Barzani CA. Winnicott en el devenir de lo grupal. Tramas 21. 2004;13–34.
13. Bertolotto A, Fuks A, Rovere M. Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. Saúde em Debate. 2012;36(94):362–74.
14. Bonal Ruiz R. Abogacía de salud, la parte olvidada de la promoción de salud en medicina familiar. Vol. 35, Revista Cubana de Medicina General Integral. Santiago de Cuba; 2019.
15. Cuberli M. Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: Pasado y presente de un campo en construcción. Question. 2008;1(18):30.
16. Davini C. Las Residencias como ámbito de formación y educación permanente en salud. Ministerio de Salud de la Nación Argentina; 2015. p. 1–8.
17. Davini C, Duré I. (coord) Guía para la Elaboración de Documentos Marco de Referencia. Documento de trabajo para Comisiones de elaboración de Marcos de referencia para la formación en residencias del equipo de salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2013;28.
18. De Simone G. Paradigmas para comprender mejor el concepto de atención paliativa. In: Gomez-Batiste X, Blay C, Roca J, Calsina-Berna A, editors. Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas: aspectos generales. 1er ed. Elsevier; 2015. p. 7–16.
19. Decat P, Demirören M, De Sutter A. Teaching the health advocacy role in family medicine: Trial and error. Vol. 25, European Journal of General Practice. 2019. p. 177–8.
20. Delmastro AL. ¿En qué consiste el andamiaje? El andamiaje docente en el desarrollo de la lectura y la escritura en lengua extranjera. Paradigma. 2008;
21. Diaz Plasencia JA. Bases Teóricas del portafolio en la educación médica basada en competencias. Rev Cuba Educ Medica Super Med Super. 2016;30(1):1–13.
22. DNCHySO. Guía de Evaluación de Escenarios Formativos en el Primer Nivel de Atención. Secretaría de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación Argentina; 2019. p. 1–30.

23. Dulemba S, Mompó JM. Somos lo que hacemos. Curso de Formación docente para sedes de Residencia de Medicina General y Familiar.; 2021.
24. Dursi C, Mereñuk A, Antonietti L, Duré MI. Estudio exploratorio sobre las percepciones, expectativas, motivaciones de profesionales residentes del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud del GCABA. Dirección General de Docencia Investigación y Desarrollo Profesional.; 2019. 1–63 p. Disponible en:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1148380/i02358_03.pdf
25. Dursi C, Millenaar V. Informe de investigación: Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos. 1 ed. Libr. La Plata, Provincia de Buenos Aires: Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires; 2017. 1–191 p. Disponible en:
<https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/QSR-InformeCualitativo.pdf>
26. Englander R, Frank JR, Carraccio C, Sherbino J, Ross S, Snell L. Toward a shared language for competency-based medical education. *Med Teach.* 2017;39(6):582–7.
27. Favre E. Percepcion de los egresados de la residencia de Medicina general sede Bariloche sobre su formación de posgrado. Htal Zonal Bariloche Ramon Carrillo. 2016.
28. Fernandez N, Dory V, Ste-Marie LG, Chaput M, Charlin B, Boucher A. Varying conceptions of competence: An analysis of how health sciences educators define competence. *Med Educ.* 2012;46(4):357–65.
29. Ferrandini D. Algunos problemas complejos de salud [Internet]. 2011. Available from:
<http://www.heroinas.net/2013/06/debora-ferrandini.html>
30. García Dieguez M, Ladenheim R. Lineamientos para la Elaboración de Documentos Marco de Referencia del Equipo de Salud. 2019.
31. García León K, Rojas Pérez E. ¿Cómo ayudar al aprendizaje colaborativo? Vol. 38, Revista Mexicana de Anestesiología. México; 2015. p. 305–7.
32. Garrido San Juan JA. Conflictos éticos en el aprendizaje de residentes. Vol. 23, *Anales de Medicina Interna.* Madrid, España.; 2006. p. 493–502.
33. Giussi MV, Faretta F. Sistemas de información en salud. Transformaciones, avances y desafíos en la Ciudad de Buenos Aires. CABA; 2018.
34. Hardem, R y Crosby, J. Enseñar es algo más que dar clases: las 12 funciones del docente. Guía de la Asociación Europea de Educación Médica. 2013
35. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Latin American social medicine: Contributions and challenges. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2002;12(2):128–36.
36. Kopitowski K. Medicina Familiar y práctica ambulatoria. 3ra ed. Ed. Panamericana; 2016. 2150 p.
37. Matías Muñoz A, Fossati V, Llera G, Florencia M, Ratti G, Antonietti CA. ¿Cuál es la relación entre el síndrome de burnout, el sentido de la vida y el proyecto de vida laboral en los médicos residentes? Una perspectiva logoterapéutica. Vol. 38, Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2018.
38. Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. 1st ed. Spinelli H, editor. Cuadernos del ISCo. Universidad Nacional de Lanús; 2021.
39. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Manual de Introducción al Trabajo en el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. 2018 p. 1-45.
40. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Análisis de Situación de Salud de la ciudad de Buenos Aires. 2016;
41. Montenegro, D; Herrmann, J (comp). La clínica y la gestión de la Medicina General. 1 ed. Ed. Nuevos Tiempos. 2019. 221p.
42. Morales Castillo JD, Ruiz MV. El debate en torno al concepto de competencias. *Investig en Educ Médica.* 2015;4(13):36–41. 1.
43. Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrel Bentz R. El desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Pública.* 2009;26(2):176–83.

44. Onocko Campos R, Massuda A, Valle I, Castaño G, Pellegrini O. Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. *Salud Colect.* 2008;4(2):173.
45. Organización mundial de la Salud. Declaración de Astaná. *Glob Conf Prim Heal care.* 2018;0(0):12.
46. Paim JS. Medicina comunitaria: introducción a un análisis crítico. *Salud Colect.* 2009;5(1):121–6.
47. Palacios A, editor. Fundamentos en salud familiar. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; 2008. 360 p.
48. Panamericana de la Salud O, Organización Mundial de la Salud -. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. 2008. 71 p.
49. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. ¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi. *Aten Primaria.* 2022;54(1).
50. Perkins D. Jugar el juego completo. In: El aprendizaje Pleno Principios de la enseñanza para transformar la educación. Paidós; 2010. p. 47–72.
51. Perrenoud P. Diez nuevas competencias para enseñar. *Praxis (Bern 1994).* 2004;38(31):691.
52. Podcamisky Garber M. El rol desde una perspectiva vincular. Vol. 85, *Revista Reflexiones.* San José de Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2006. p. 179–87.
53. Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud. Aportes desde la Prevención, Promoción y Educación para la Salud en contexto de pandemia. Blog rieps.blogspot.com. 2021;
54. Rodriguez G, Daverio D, Olocco R. Guía para la Elaboración de Programas de Residencia. CABA: Ministerio de Salud de la Nación Argentina; 2012.
55. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Standards of Accreditation for Residency Programs in Family Medicine. 2018;(July):1–9.
56. Shaw E, Oandasan I, Fowler N. A competency framework for family physicians across the continuum. The College of Family Physicians of Canada. Ontario; 2017.
57. Soto-Aguilera CA, Robles-Rivera K, Fajardo-Ortiz G, Ortiz-Montalvo A, Hamui-Sutton A. Actividades profesionales confiables (APROC): un enfoque de competencias para el perfil médico. *Rev la Fund Educ Médica.* 2016;19(1):55.
58. Souza Campos GW. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. 1996.
59. Spinelli H. Dimensiones del campo de la Salud. *Salud Colect.* 2010;6:275–93.
60. Spinelli, H (comp). Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, Gestión y Políticas. 1er ed. Lugar Editorial. 2004. 228 p.
61. Sy A. La medicalización de la vida: hibridacinoes ante la dicotomía Naturaleza/Cultura. *Cienc e Saude Coletiva.* 2018;23(5):1531–9.
62. Ten Cate O. Formación médica y evaluación basadas en las competencias: ¿de qué se trata y cómo puede relacionarse con la realidad de la práctica clínica? *Rev Argent Cardiol.* 2011;79(5):405–7.
63. Ten Cate O. Guía sobre las actividades profesionales confiables. *Rev la Fund Educ Médica.* 2017;20(3):95–102.
64. Zambrano Rodríguez H. El paradigma de las competencias hacia la educación superior. *Rev Fac Ciencias Económicas Investig y Reflexión.* 2007; XV(1):145–65..

11. APÉNDICES

1. Estructura Documento de adecuación del programa general a la sede

La adecuación local del Programa general es responsabilidad de las personas responsables de las coordinaciones locales de cada sede. Debe propiciar una formación homogénea, coherente y equitativa a quienes la transitan durante los 4 años de formación. Es un documento que en alguno de sus ítems puede actualizarse año a año, pero no es un proyecto de jefatura, aunque incluye dimensiones del mismo.

Este documento se anexa al Programa docente general y debe contar como mínimo con los siguientes ítems:

1. Caratula con datos de contacto
2. Caracterización de la sede, y su especificidad población y modelos de atención. (la potencialidad que ofrece para la formación)
3. Carriles anuales para cada año de residencia planificados por las jefaturas de residentes. Deben estar consignados por lo menos 4 años.
4. Escenarios de aprendizaje (propios en la sede y otras instituciones). Caracterización breve de los mismos. Objetivos y contenidos que desarrollan en cada uno de ellos. Horarios y actividad asistencial durante el mismo. Modalidad de evaluación. Todo debe ser coherente con lo resuelto en el Programa General, pero aportando mayor grado de detalle y especificidad para cada escenario
5. Equipo de gestión, coordinación local y equipo docente. Identificar del equipo docente las funciones concretas y el tiempo disponible para hacerlo. Identificar responsable docente de cada escenario formativo. Consignar disciplina, especialidad y formación docente de cada une.
6. Planificación docente de las actividades del día miércoles. La adecuación local debe dar pautas generales para que cada cohorte de JR/I realice la planificación anual en el proyecto de jefatura supervisado por la coordinación local de la sede dando coherencia al proceso de formación para una cohorte entera de residentes (4 años).
7. Modelo del REGISTRO de actividades, prácticas y procedimientos utilizado, que consigne la modalidad de registro y la de validación, y cuál es su uso para el monitoreo de aprendizajes.
8. Evaluaciones: incluir el sistema de evaluación de la sede: debe, como mínimo, ser concordante con lo resuelto en este Programa General.

En relación a la gestión docente, se deben guardar registros de lo realizado por cada residente a lo largo de su residencia, a modo de legajo, incluyendo los escenarios que transita, las evaluaciones por escenario transitado y por año de residencia y el registro de procedimientos. Debe darse copia de todo a cada persona que egresa. Estos registros constituyen documentación relevante en caso de trámites de revalidas, certificación, reconocimientos, y también para la acreditación de la sede. La sede debe conservar esta documentación por lo menos 5 años (plazo máximo de reacreditación de sedes por el SNARES).



**GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL**

**Residencia de Medicina General y Medicina de Familia –
HOJA SÍNTESIS EVALUATIVA ANUAL.**

FECHA:

Año residencia:

Sede:

Nombre y apellido:

DNI:

Email y teléfono de contacto (residente):

| EVALUACIONES | CONTENIDOS | CALIFICACION |
|--|------------|--------------|
| De Cursos ⁹ Transversales dictados por DGDiYDP | | |
| De Cursos obligatorios RMGyF ¹⁰ | | |
| De contenidos declarativos | | |
| De observación sistematizada en contexto clínico | | |
| De integración de competencias en el año | | |

La nota anual que se eleva en el acta al CODEI se calcula a partir de la calificación de la evaluación de integración de competencias y del conjunto del resto de las evaluaciones. Para la ponderación, el total de la nota final está integrada en un 70% por la evaluación integradora de competencias y el 30% restante a partir del conjunto de las demás evaluaciones.

⁹ Corresponde a los cursos de contenidos transversales para todas las residencias del Sistema de Salud, que dicta la DGDiYDP cada año a ingresantes o a residente de otros años.

¹⁰ Corresponde a los cursos de contenidos de la especialidad gestionados desde la Coordinación General de la residencia para todas las sedes de residencias de MGyF de CABA

| | |
|---|--|
| Nota anual (para acta CODEI) | |
|---|--|

Adjuntar hoja de registros de procedimientos realizados en el año, validados por la JR/I.

Narrativa acerca del cumplimiento de objetivos de aprendizaje del año:

Lo destacable que tiene que seguir igual:

Lo que hay que mejorar:

Lo que hay que comenzar a hacer:

Lo que hay que dejar de hacer:

Jefatura/Instructoría de residentes
(Firma, Sello con nombre, apellido y
especialidad. DNI y matrícula profesional)

Coordinación Local
(Firma, Sello con nombre, apellido y
especialidad. DNI y matrícula
profesional)

Residente
(Firma, nombre, apellido
DNI y matrícula profesional)

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Jefe de Gobierno

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Ministro de Salud

Dr. Fernán González Bernaldo de Quirós

Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Dr. Daniel Carlos Ferrante

Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional

Dra. María Laura Garau

Coordinación General de la Residencia

Dra. Silvia Chera

Coordinación de Unidad de Gestión Pedagógica (UGP)

Lic. Alicia Maggiani

Coordinación del Área Desarrollo Programas Docentes

Lic. Julieta Fazzini - Lic. Ximena Varela

Asesoría Pedagógica

Lic. Karina Friera – Lic. Celeste Vannucci – Lic. Cecilia Acosta

Autoría del programa

Dra. Silvia Chera. Dr. Abel Berger, Dr. Manuel Salzberg, Dra. Luciana Cabrera Bachmann, Dra. Selene Dulemba. Dr. Juan Manuel Mompó, Dra. Cecilia Karageuzian.

Colaboración

Dras. Roberta Davagnino, Regina Toscano Canturi, Milagros Galoso. Dr. Laín Bullentini.

Coordinadores y coordinadoras locales sedes de residencia MGyF CABA.
Jefaturas e instructorías de residentes cohortes 2020/2021 y 2022.

Participantes del Curso de Formación Docente para Residencias de MGyF de la DGDlyDP - cohortes 2018/2019/ 2021 y 2022.

El programa fue aprobado por Resolución N° 2023- 1747 - GCABA-MSGC en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 18 de abril 2023. Publicado en Boletín Oficial CABA nro. 6605