



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE  
BUENOS AIRES

“2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro”

**MINISTERIO DE SALUD**

**PROGRAMA DOCENTE DE LA RESIDENCIA  
POSBÁSICA INTERDISCIPLINARIA EN  
GERONTOLOGÍA**

**AÑO 2011**

**Aprobado por RES 0023/11**

## INDICE

Datos generales de la residencia.....	5
Fundamentación.....	5
Consideraciones generales.....	7
Descripción de la población beneficiaria.....	8
Propósitos generales.....	9
Perfil del Profesional especializado en Gerontología.....	11
Organización general y condiciones mínimas para el desarrollo del programa.....	12
Estrategias de Capacitación.....	15
Metodología General.....	16
Ámbitos y Estrategias de Desarrollo.....	17
Organización de actividades por año, según ámbito de desempeño y aprendizaje.....	17
Objetivos y Contenidos por año y por rotación.....	18
Rotaciones en los efectores del sistema de salud.....	20
Rotaciones Intersectoriales.....	20
Actividades académicas.....	20
Contenidos del Programa de la Residencia.....	21
Criterios e instrumentos de evaluación.....	22
Bibliografía general orientadora del Programa.....	23

## **DATOS GENERALES DE LA RESIDENCIA:**

La Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología es creada por Decreto Nº 291 (publicado en el B.O. 2634 del 28 de febrero de 2007).

Se trata de una Residencia Interdisciplinaria de 2 años de duración, dirigida a profesionales egresados de todas las residencias del Equipo de Salud, de apoyo al Equipo de Salud y Enfermería .

El concurso de residencias posbásicas está abierto a residentes y ex residentes del GCABA, y a profesionales que hayan cumplimentado residencias en instituciones que cuenten con convenios vigentes con el Gobierno de la Ciudad o cuyas residencias estén aprobadas por el Ministerio de Salud de la Nación, en todos los casos, estos profesionales no deben superar los 8 años de graduados.

Cada año, la Dirección Profesional y Técnica definirá en la convocatoria a Concurso, las profesiones que ingresaran.

### **Características de la Residencia**

1.- La Coordinación General está a cargo del Programa de Salud para Adultos Mayores (ProSAM) dependiente de la Dirección de Programas Centrales, Ministerio de Salud del GCABA.

2.- Con eje en Atención Primaria de la Salud y Sedes en las Áreas Programáticas de los Hospitales Generales de Agudos del GCABA.

3.- Es Interdisciplinaria con una organización multicéntrica y con funcionamiento en Red.

4.- Con una orientación en Educación y Promoción de la Salud y un trabajo dirigido a la Comunidad.

## **FUNDAMENTACION:**

La creación de la Residencia se produce a partir de la necesidad de capacitar profesionales para integrar equipos interdisciplinarios que implementen el abordaje de las problemáticas propias del envejecimiento poblacional de las grandes ciudades, entre las que se encuentra la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Actualmente residen en Argentina, aproximadamente 4.900.000 Adultos Mayores de más de 60 años, lo que constituye el 13.3 % de la población total.

En la Ciudad de Buenos Aires residen alrededor de 660.000 Adultos Mayores, constituyendo el 22 % de la población total de la Ciudad (las Naciones Unidas consideran que un país está envejecido cuando su población de 60 años y más supera el 7% de la población total).

Las causas sostenidas a nivel mundial del envejecimiento poblacional son:

- ✓ El descenso de la tasa de natalidad.
- ✓ El descenso de la curva de mortalidad.
- ✓ Las migraciones.

En la Argentina el 23.2 % de los mayores de 65 años son pobres y el 18.7 % carece de cobertura Social y/o Plan de Salud privado o mutual (I.N.D.E.C., Encuesta Permanente de Hogares, año 2004).

Para que el envejecimiento sea un logro y no un problema en nuestra sociedad, será necesario tomar medidas urgentes. Por eso las recomendaciones efectuadas por la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid (año 2002) son prioritarias en nuestra región.

Algunas conclusiones a las que se arribaron en dicha asamblea son:

- ✓ Que la creciente necesidad de asistencia y tratamiento de la población que envejece exige políticas sanitarias adecuadas.
- ✓ Que las inversiones destinadas a la atención de la salud y a la rehabilitación de las personas de edad les permiten mejorar su calidad de vida.
- ✓ Que la atención primaria de la salud es una atención esencial de la salud sustentada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente válidas y socialmente aceptables que se ponen universalmente a disposición de las personas y de las familias en la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener en todas las etapas de su desarrollo en un espíritu de autovaloramiento y libre determinación.

La atención de los adultos mayores desde la estrategia de atención primaria de la salud, haciendo eje en el primer nivel de atención (CeSAC, CMB y PMC) articulado con el segundo nivel, fomenta a través de acciones de educación para la salud y detección temprana de enfermedades, la disminución de limitaciones o discapacidades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria en la población mayor.

Cuando la atención esta cerca de la vivienda del adulto mayor y el equipo de salud conoce de cerca los modos de vida de los sujetos que asiste, aumenta el efecto favorable de sus intervenciones, sobretodo para con la población más anciana (75 años y más), denominada "vejez frágil".

Para fomentar un envejecimiento activo<sup>1</sup> es importante la participación de los protagonistas (adultos mayores) en la planificación de estrategias para la promoción de la salud. Es decir: equipos de salud + instituciones barriales y/o líderes comunitarios.

El aumento creciente en la expectativa de vida nos enfrenta a planificar acciones en relación a la problemática de las enfermedades crónicas y discapacitantes para mantener la autonomía e independencia del Adulto Mayor en la vida diaria, por ello debemos desarrollar instrumentos

---

<sup>1</sup> El término *envejecimiento activo* fue presentado por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS – OPS, 2002) como ampliatorio del envejecimiento saludable, ya que el mismo no sólo valoriza los aspectos sanitarios sino que incluye factores sociales, educativos, laborales que afectan al envejecimiento de individuos y poblaciones. El concepto de *activo* conlleva en el imaginario social actividades socialmente productivas y gratificantes.

que nos permitan reconocer riesgos y tomar medidas oportunamente, así como también capacitar a los profesionales de la salud en el abordaje de esta nueva situación sanitaria.

Una ciudad envejecida plantea el desafío de resolver las problemáticas de los Adultos Mayores. La capacitación permanente de los profesionales de la salud en las temáticas relacionadas con el envejecimiento y sus efectos brinda las herramientas necesarias para la implementación de acciones que mejoren la calidad de vida de dicha población.

## **CONSIDERACIONES GENERALES:**

### ***El sistema de residencias***

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 para el ámbito intra y extrahospitalario un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad.

Las Residencias en su conjunto, se incorporan al Sistema de Atención de la Salud dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y se desarrollan con la activa participación de todos sus integrantes en la programación, ejecución y evaluación de las mismas (Ordenanza 40997/86).

Las residencias, como integrantes del Sistema de atención de la Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, ajustarán sus programas en acuerdo con las pautas establecidas por la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 153)

Según dicha ley, en su artículo 3º, la garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

- La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
- El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
- La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.
- La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.
- La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel
- El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.

(Ley 153. Art. 3. Definición. Selección)

### ***El programa por especialidad***

El programa pauta las competencias que serán adquiridas por el residente a lo largo de su trayecto formativo, reconoce ámbitos y niveles de responsabilidad y establece el perfil común esperado para todos los residentes de la misma especialidad.

El programa de formación se desarrolla reconociendo al sistema de salud de la Ciudad como una red que aprovecha la magnitud y diversidad de ámbitos y estrategias presentes en sus diversos efectores.

El concepto de “red” relativiza a los distintos ámbitos como unidades autosuficientes de formación transformándolos en recursos complementarios.

Se busca romper con el aislamiento de los servicios y se fortalece la COORDINACIÓN, generando INTERRELACIÓN y RECIPROCIDAD, reconociendo la riqueza de la diversidad para promover la calidad de los programas de formación.

Desde esta perspectiva, cobra especial dimensión el esfuerzo conjunto de articulación y concertación de las actividades de formación entre los responsables de la Residencia: Dirección de Capacitación y Desarrollo; Coordinadores Generales, Jefes de servicios; Coordinadores de Programa y de rotaciones, Jefes e Instructores de Residentes, para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito.

Por otra parte, el programa constituye un documento esencial para pautar los recursos indispensables para que los servicios reciban residentes y para encuadrar los procesos de acreditación de capacidad formadora.

Al igual que ocurre con la puesta en marcha de cualquier desarrollo curricular, el presente programa deberá estar sujeto a un proceso continuo de seguimiento y evaluación que permita junto a todos los involucrados garantizar su permanente ajuste y actualización

### **DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA:**

La población beneficiaria a la que está dirigida la formación y capacitación de los profesionales integrantes de la Residencia Interdisciplinaria en Gerontología es la de Adultos Mayores de 60 años o más.

Los Adultos Mayores registrados en los CeSAC son 23.004 (7.342 varones y 15.662 mujeres) y en PMC 51.950 ( 22.673 varones y 29.277 mujeres).

De acuerdo a la información surgida del SICESAC referida al año 2005 y al primer semestre del 2006 las patologías prevalentes en las

consultas efectuadas a los Centros de Salud y Acción Comunitaria del GCABA fueron la Hipertensión Esencial, la Diabetes Mellitus y las Enfermedades Respiratorias Agudas y Crónicas en ese orden correlativo y en ambos sexos.

Se destaca la mayor cantidad de consultas del género femenino con respecto al masculino.

En todo el país, según el Informe sobre Tercera Edad en la Argentina del año 2000, los perfiles de Enfermedades Crónicas en la población de 65 y más años es la siguiente:

<b>Enfermedades</b>	<b>Números absolutos</b>	<b>Porcentaje de la población</b>
Hipertensión y afecciones cardíacas derivadas	577.642	20,87
Enfermedades cardíacas y problemas circulatorios	441.909	15,97
Enfermedades osteoarticulares	345.490	12,48
Diabetes	183.735	6,64
Respiratorias	191.463	6,92
Parkinson y otras neurológicas	125.907	4,55
Tumores	82.051	2,96
Enfermedades renales	61.752	2,23
Otras	216.150	7,81
<b>Total</b>	<b>1.615.043</b>	<b>58,36</b>

Fuente: elaboración propia del Informe sobre la Tercera Edad en la Argentina del año 2000, basada en la encuesta de Desarrollo Social, 2000.

## **PROPÓSITOS GENERALES:**

El desarrollo del programa deberá:

- ✓ Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud de la población de referencia del sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires.
- ✓ Seleccionar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles
- ✓ Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.
- ✓ Desarrollar capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la Residencia y con otras Residencias.
- ✓ Reflexionar acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas de salud.
- ✓ Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.
- ✓ Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica.

- ✓ Formar profesionales responsables desde el punto de vista científico, ético y social.
- ✓ Formar recursos humanos flexibles, con amplitud de criterio, creativos, generadores de espacios de trabajo que permitan el desarrollo y crecimiento de la especialidad.
- ✓ Fortalecer dispositivos orientados a mejorar la calidad de atención del Adulto Mayor.
- ✓ Promover la salud a través de acciones y actividades intra y extramurales.
- ✓ Fomentar la realización de acciones inter e intrasectoriales a través de las redes existentes.
- ✓ Desarrollar estrategias tendientes a dinamizar los vínculos entre los distintos niveles de atención del Sistema de Salud.
- ✓ Fomentar el desarrollo de estrategias de salud para Adultos Mayores en el marco de la Atención Primaria.
- ✓ Implementar estrategias que permitan mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor de la Ciudad de Buenos Aires.



## **PERFIL DEL PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN GERONTOLOGÍA.**

### **OBJETIVOS GENERALES:**

Al finalizar los dos años de formación, el residente será capaz de:

1. Competencias técnicas:  
Desarrollar e implementar el pensamiento crítico y complejo para poder resolver situaciones que se le presenten en el ámbito de la APS..  
Realizar un rastreo exploratorio de la comunidad con la que van a trabajar para desarrollar una planificación estratégica.  
Intervenir en el proceso de salud-enfermedad-atención del adulto mayor, promoviendo el mayor grado de autonomía, bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos.
2. Competencias organizacionales:  
Conocer la estructura del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires con el fin de lograr una interconexión eficaz entre los distintos niveles de atención, haciendo eje en los equipos gerontológicos de los efectores, focalizando en la referencia y contrareferencia.  
Promover cambios que aseguren la calidad de atención del adulto mayor teniendo en cuenta lo dinámico del contexto social, político, económico y cultural en relación con la estructura organizacional del Estado.
3. Competencias relacionales y comunicacionales:  
Establecer un nivel adecuado de escucha, expresión y comunicación con los equipos de salud y la comunidad.  
Realizar un trabajo en equipo en forma cooperativa, manteniendo fluidez en el diálogo y demostrando habilidad en las prácticas de negociación y en las relaciones interpersonales.
4. Competencias de adaptación:  
Incorporar, dentro de su esquema de análisis, otras visiones que se presenten dentro del equipo de salud en el que desarrolla sus actividades.  
Realizar un abordaje de las situaciones reales relacionadas con el adulto mayor de forma diversa, de acuerdo a las diferencias y contingencias de cada situación.
5. Competencias personales:  
Asumir la responsabilidad y el desarrollo de la iniciativa sobre el trabajo.  
Desarrollar la creatividad en la resolución de problemas y el aprendizaje en culturas diferentes y prácticas sociales relacionadas con el adulto mayor.  
Demostrar flexibilidad ante el cambio y los contextos de incertidumbre.
6. Competencias relacionadas con la ética profesional:  
Enfrentar la realidad manteniéndose dentro de los límites éticos impuestos por las distintas profesiones que componen el equipo de salud y por la sociedad.

Entender su práctica profesional desde una concepción de la vejez que tenga en cuenta los derechos generales del adulto mayor y específicamente el derecho a la salud.

7. Competencias interdisciplinarias:  
Integrar, coordinar e implementar su accionar en equipos interdisciplinarios e intersectoriales.  
Desarrollar la visión gerontológica que propicia una mirada transversal de todas las disciplinas de la salud.
8. Competencias docentes:  
Seleccionar actividades docentes y de análisis de la práctica pertinentes para el logro de los objetivos según el año de la residencia.
9. Competencias para investigar:  
Seleccionar, analizar y evaluar la información bibliográfica.  
Identificar problemas e implementar diseños de investigación de interés para la gerontología y para la comunidad en la que desarrolla su tarea cotidiana.

#### **ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA:**

La Residencia Posbásica Interdisciplinaria en Gerontología, al igual que el resto de las residencias del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se rige por lo dispuesto en la Ordenanza 40.997/86 y sus modificatorias.

El Programa de Residencias se desarrolla en todo el Sistema de Salud, ya sea hospitalario en el área de urgencias, Internación o consultorios externos, o extramural en íntima relación con la comunidad a la que se dirige y en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, destacando los aspectos de prevención y promoción de la salud, protección precoz y rehabilitación.

De acuerdo a esto, la residencia es un sistema de capacitación en servicio, a tiempo completo y dedicación exclusiva, salvo las consideraciones específicas en la legislación citada para los instructores de residentes.

La residencia posbásica interdisciplinaria en gerontología tendrá una duración de 2 (dos) años con posibilidad de acceso, una vez concluida la residencia, al cargo de Jefe de residentes o Instructor, por un año en el primer caso y uno o más en el segundo. La dedicación horaria semanal de 45 (cuarenta y cinco) horas, a desarrollar en el horario de 8 a 17 hs. de lunes a viernes.

Las sedes de Residencias están sujetas a modificaciones que la Dirección de Capacitación Profesional y Técnica y la Coordinación General de la Residencia consideren pertinentes.

## A) CONDICIONES REQUERIDAS SEGÚN NORMATIVAS VIGENTES PARA LAS RESIDENCIAS POSTBÁSICAS

Desde la fecha de emisión del diploma hasta la fecha del cierre a la inscripción al concurso, el postulante no deberá exceder de hasta 8 (ocho) años de graduación al año en el que se concursa y tener la residencia básica previa completa.

No ser mayor a 45 años de edad al 1<sup>a</sup> de agosto del año en el que se concursa.

## B) DOCUMENTACIÓN NECESARIA:

Para Residencias Posbásicas:

Al momento de inscribirse, solo deben presentar el DNI., Título o fotocopia de Título legalizada, y original y copia del certificado de Residencia completa.

El sistema de ingreso tiene dos instancias:

1. La aprobación de un mínimo establecido del examen de selección múltiple.
2. Evaluación de antecedentes para aquellos que hayan aprobado el primer punto, de acuerdo a la normativa vigente.

Requisitos específicos para postulantes extranjeros recibidos fuera de nuestro país:

Título original o copia autenticada por notario público y legalizada por autoridades consulares de Argentina en el país de origen.

Pasaporte en regla.

Para poder tomar una vacante de Residencia además deberán realizar los trámites de reválida y convalidación de título profesional, en los Ministerios de Salud y Educación de la República Argentina. Dicho trámite debe cumplirse a los efectos de obtener la matrícula nacional habilitante, que le permitirá trabajar en el país. Sin esa matrícula, no se puede tomar vacante de Residencia en el acto de readjudicación en el Sistema de Salud del GCABA.

## C) FUNCIONES DOCENTES Y DE SUPERVISIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

La responsabilidad de la formación del residente estará a cargo de:

a- Coordinador General del programa de residencia

b- Jefe de Residentes y/o Instructor de residentes

### → Coordinación general de la Residencia

Sus funciones son:

- Coordinar las actividades de formulación del programa general de la residencia.
- Coordinar las actividades que impliquen garantizar el cumplimiento del programa y a través del mismo la mejor formación de los residentes.

- Coordinar a través de reuniones periódicas con los Instructores de la residencia la organización de las actividades docentes, asistenciales y otras de interés para el desarrollo del programa.
- Intervenir junto a los Instructores de residentes en las evaluaciones de desempeño profesional y de las rotaciones realizadas.
- Mantener una comunicación fluida con los Jefes de las Áreas Programáticas.
- Ser el nexo con la Dirección de Capacitación Profesional y Técnica.

→ Jefe de residentes en cada sede

Según la Ordenanza 40.997, el Jefe de Residentes será un profesional contratado anualmente, que haya completado la residencia de la especialidad. Por tratarse de una Residencia recientemente creada, durante los dos primeros años la figura del Jefe de Residentes será reemplazada por la de Instructor de Residentes. A partir del tercer año de desarrollo de la Residencia, se elegirán los Jefes de Residentes de acuerdo a las normativas vigentes en la Ciudad de Buenos Aires.

Sus funciones son:

- Organizar la actividad asistencial y docente de los Residentes según el Programa y supervisar sus tareas.
- Mantener una comunicación fluida y reuniones periódicas con la Coordinación general de la Residencia.
- Promover, sostener y facilitar el trabajo intersedes, con el objetivo de elaborar proyectos conjuntos.
- Programar conjuntamente con la Coordinación general las rotaciones en el primer y segundo nivel de atención.
- Coordinar la formación y la práctica de las Rotaciones de otras Residencias del Sistema.
- Desarrollar un trabajo en red con otras Residencias, Servicios, espacios de formación y Ministerios del G.C.A.B.A. para enriquecer la formación del Residente.
- Cumplir sus actividades en todas las áreas que fija el Programa respectivo, fomentando el trabajo interdisciplinario.
- Participar con la Coordinación General en la evaluación de los residentes.

D) CONDICIONES DE ACREDITACIÓN DE LAS SEDES PARA EL DESARROLLO DE LA RESIDENCIA:

- Condiciones edilicias adecuadas para el desarrollo de actividades académicas y de reflexión sobre la tarea a desarrollar.
- Insumos informáticos adecuados para el desarrollo de los proyectos y de las tareas de investigación y rastreo bibliográfico.
- Referentes profesionales relacionados con la temática gerontológica.

- Acuerdo de trabajo con el CODEI y con las Área Programática para el buen desarrollo de los objetivos previstos en el Programa de la Residencia.

### **ESTRATEGIAS DE CAPACITACION:**

Las estrategias de capacitación que se implementen deben adecuarse a los siguientes lineamientos:

- **Asegurar una Fuerte Formación Práctica.**

Se deberán elegir aquellas actividades que le permitan al residente tomar contacto con la población de adultos mayores del área para desarrollar acciones estratégicas y además implementar el abordaje práctico de las situaciones complejas, entendiendo a la salud desde una perspectiva integral.

- **Promover la Participación de profesionales de staff**

Deberán planificarse actividades que interrelacionen a los residentes con los profesionales de planta para lograr el objetivo del aprendizaje supervisado. Para esto, se promoverá la participación de los profesionales referentes de los equipos gerontológicos

- **Estimular la Integración Asistencia – Docencia - Investigación**

Es recomendable que el residente se incorpore en la forma lo más integral posible a todas las actividades que se realizan en el servicio. Desde la Residencia se promoverán todas las actividades que permitan articular las funciones de asistencia –docencia e investigación.

- **Integrar la Formación Teórica con la Práctica**

Los ateneos y los cursos que se dicten en la residencia estarán vinculados con la práctica profesional diaria. Es esperable que se desarrollen todas las modalidades conocidas para la realización de ateneos y/o estudio de situaciones y que los cursos estén más articulados con la práctica.

- **Fomentar la Interdisciplina**

Promover las actividades inter – residencias de distintas especialidades y con el equipo de salud del mismo hospital y de otros hospitales del sistema.

- **La Supervisión**

La Residencia es un sistema de formación en servicio que cobra sentido cuando se articula una sólida cadena de supervisiones la cual se extiende desde la coordinación general de la Residencia hacia el interior de la misma.

La supervisión es el sistema que integra la evaluación al proceso de capacitación, no se limita a controlar la eficacia de las acciones de los residentes sino que es una instancia más para el aprendizaje. Es deseable que la supervisión se convierta en un medio para la formación que incluya pero que también supere, el control de la tarea.

## **METODOLOGÍA GENERAL:**

Se propone un encuadre de trabajo conjunto de los residentes de cada sede, buscando lograr una dinámica que permita capitalizar las características particulares de cada área en la formación de los mismos.

La propuesta incluye:

<b>Metodología</b>		→ Red
		→ Interdisciplina
<b>Ámbitos de desarrollo</b>	<b>de</b>	→ Intersedes
		→ Multicéntrico

### Red

La metodología que denominamos “trabajo en red” consiste en conformar una organización dinámica en los distintos niveles de planificación de estrategias de salud, transformándola en una unidad de apoyo, fortalecimiento y esclarecimiento.

Las redes son formas de articulación multicéntricas, son fundamentalmente un concepto vincular ( se conectan o vinculan personas).

Dado que la construcción de una red requiere de un proceso, podemos tomar los diferentes niveles que plantea Mario Róvere que determinan el grado de organización y profundidad de la misma. Estos niveles, que podemos pensarlos como momentos, son reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación, asociación.<sup>2</sup>

### Interdisciplina

*“La orientación interdisciplinaria surge de una concepción constructivista de la realidad, siendo ésta considerada como una totalidad estructurada pero a la vez estructurante. Desde esta visión, la interdisciplina reconoce que la realidad no es algo obvio, unívoco y simple que se puede comprender fácilmente, sino que es contradictoria”<sup>3</sup>.*

El envejecimiento como campo de estudio es complejo, es decir, está atravesado por múltiples variables y dimensiones de abordaje. En este sentido consideramos necesaria la interdisciplina, entendiéndola como el trabajo

<sup>2</sup> Róvere, Mario: Redes en Salud, en Salud en el Municipio, publicado por la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

<sup>3</sup> Elichiry, N.( Compiladora): “El niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio”. “La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias” por Elichiry, N. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, 1987.

conjunto desde la especificidad de cada profesión y con características de flexibilidad y cooperación recurrente.

## **ÁMBITOS y ESTRATEGIAS DE DESARROLLO**

### Intersedes

Si bien desde el punto de vista administrativo cada sede tiene sus residentes, Jefes de residentes o instructores, la modalidad que sostenemos desde la residencia, propone un trabajo organizado por proyectos, priorizando la interdisciplina y los objetivos, por sobre lo administrativo.

La Residencia desarrollará sus proyectos y actividades en Áreas Programáticas, teniendo en cuenta las características y necesidades locales.

### Multicéntrico

Dado que nos apoyamos en el trabajo en red, los diferentes lugares de desarrollo de los proyectos funcionarán como nodos interconectados, sin centralizar las actividades y acciones planificadas para la Residencia.

## **ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES POR AÑO, SEGÚN ÁMBITOS DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE:**

### SEDES Y ÁMBITOS DE DESEMPEÑO:

El programa de la residencia interdisciplinaria en gerontología se desarrollará, en su inicio, en dos sedes.

A medida que avance el desarrollo de la Residencia, se incorporarán nuevas sedes y se evaluará la capacidad formadora de las ya existentes.

## **ORGANIZACIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES EN LA SEDES**

### **Primer año de la Residencia**

<b>Sedes</b>	<b>Efectores Área Programática</b>	<b>Actividades intramuros</b>	<b>Actividades extramuros</b>	<b>Actividades de formación y capacitación</b>
Áreas Programáticas	Cesacs CMB Equipos gerontológicos	Asistencia Prevención Educación para la salud Talleres	Actividades de detección y charlas educativas en la comunidad Talleres Redes comunitarias Atención domiciliaria de enfermería Cuidadores informales	Curso anual de Gerontología en APS Presentación de casos en Ateneo Cursos transversales de otras Residencias Reuniones grupales de reflexión sobre la tarea

## Segundo año de la Residencia

### Organigrama de rotaciones

ROTACIONES	AMBITOS	SECUENCIA
OBLIGATORIAS	- Unidad de Geriatría de Hospital General de Agudos	Cinco meses de duración entre julio y diciembre
OPTATIVAS (Ámbito de Salud) Se realizarán luego de haber cumplimentado las rotaciones obligatorias	- Servicios de Hospitales Generales de Agudos (Equipos de Salud Mental, de Trabajo Social, de Geriatría) - Institutos de Rehabilitación Especializados	A elección Dos meses de duración cada una entre enero y abril
OPTATIVAS (Intersectoriales) Se realizarán luego de haber cumplimentado las rotaciones obligatorias	- Ministerios y Organismos Nacionales y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	A elección Un mes de duración entre enero y abril

### ORGANIZACIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES:

Actividad practica profesional: 60 %

Actividad académica 30 %

Actividad de investigación: 10 %

### OBJETIVOS Y CONTENIDOS POR AÑO Y POR ROTACIÓN:

#### Primer año

Durante el primer año de la Residencia, realizarán:

a) en el primer trimestre

- 1) un relevamiento y reconocimiento de las áreas programáticas sedes de la residencia, familiarizándose con sus recursos. Se interiorizarán del funcionamiento de los siguientes efectores:
  - ➔ Del primer nivel de atención salud:
    - Cesacs, Plan Médico de Cabecera, CMB
  - ➔ De Instituciones dependientes de otros Ministerios:
    - Hogares de Día, Residencias Geriátricas
  - ➔ De Organizaciones barriales:
    - Centros de Jubilados e Instituciones Comunitarias.
- 2) un análisis situacional teniendo como base el concepto de salud integral.



b) en el segundo trimestre:

- Un proyecto de trabajo en las áreas programáticas, consensuado con los Jefes del Servicio, el cual se integrará a la dinámica de los equipos de salud existentes.

c) Actividades permanentes durante el año

- Espacios de reflexión permanente sobre la práctica profesional, entendiendo a la capacitación desde el concepto de Educación Permanente...” incorporando el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones y a las prácticas sociales y de trabajo, en el contexto real en el que ocurren...”problematizando el propio quehacer”.<sup>4</sup>
- Discusión y análisis de situaciones complejas relacionadas con el adulto mayor, su familia y su entorno social.

Tanto los diagnósticos como los proyectos se actualizarán anualmente, entendiendo la dinámica de permanente cambio en los contextos locales. Los nuevos residentes se incorporarán a los proyectos en desarrollo y/o implementarán nuevos enfoques de acuerdo a las necesidades surgidas en el análisis de situación.

### Segundo año

Luego de haber desarrollado el análisis de situación local y de proyectar y desarrollar actividades en el primer nivel de atención del sistema de salud, se considera indispensable durante el segundo año de la residencia, el conocimiento de los recursos gerontológicos existentes en el segundo nivel de atención de los distintos efectores del Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El objetivo de dichas rotaciones es llevar a cabo un eje fundamental del sistema de salud que es la articulación entre los distintos niveles de atención fortaleciendo la referencia y contrareferencia. También se desarrollarán actividades de promoción y educación para la salud y prevención de enfermedades en el 2º y 3º nivel de atención.

Las rotaciones se realizarán en lugares que dispongan de un equipo gerontológico, con un referente responsable y un programa de actividades teórico-prácticas. Dichas rotaciones serán designadas teniendo en cuenta el aporte formativo y la disciplina del residente rotante.

## **ROTACIONES EN LOS EFECTORES DEL SISTEMA DE SALUD**

Rotaciones Obligatorias

- Unidad de Geriátrica de Hospital General de Agudos.

La rotación obligatoria tendrán una duración de cinco meses cada una y se realizarán entre Julio y Diciembre.

---

<sup>4</sup> Davini, Maria Cristina: “Enfoques problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud”.

#### Rotaciones Optativas

- Servicios de Hospitales Generales de Agudos (Equipos de Salud Mental, de Trabajo Social, de Geriatría).
- Institutos de Rehabilitación Especializados.

Las rotaciones optativas tendrán una duración de dos meses cada una y podrán ser realizadas luego de haber cumplimentado con las rotaciones obligatorias. Es obligatorio realizar al menos una.

### **ROTACIONES INTERSECTORIALES**

#### Rotaciones Optativas

- Ministerios y Organismos Nacionales y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Las rotaciones optativas intersectoriales tendrán una duración de un mes cada una y podrán ser realizadas luego de haber cumplimentado con las rotaciones obligatorias. Es obligatorio realizar al menos una.

### **ACTIVIDADES ACADÉMICAS A DESARROLLAR EN LOS DOS AÑOS:**

Los Residentes realizarán:

- Cursos de gerontología en distintos ámbitos de formación.
- Cursos transversales vigentes en las distintas residencias de la Dirección de Capacitación Profesional y Técnica del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ateneos bibliográficos.
- Ciclo de invitados de la residencia.
- Reuniones grupales de reflexión sobre la tarea.
- Reuniones conjuntas con la Coordinación General, jefes y/o Instructores de Residentes con una frecuencia mensual.
- Reuniones con docentes invitados.

### **CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE LA RESIDENCIA**

Los contenidos se trabajarán a lo largo de los dos años de la Residencia y la metodología a emplear será a través de charlas, clases, grupos de reflexión e investigación bibliográfica en articulación permanente con la práctica profesional.

### **UNIDADES TEMÁTICAS**

#### **Unidad 1.**

##### **Atención Primaria de la Salud**

Definición y Conceptualización.

Intersectorialidad. Accesibilidad. Equidad. Universalidad.

Participación Ciudadana.

Promoción y Educación para la Salud. Distintos niveles de Prevención.  
Marco Legal y Normativas Vigentes. Derechos.  
Estructura del Sistema de Salud.

## **Unidad 2.**

### **Aspectos sociodemográficos del envejecimiento.**

Estructura y dinámica poblacional a nivel mundial, nacional y en la Ciudad de Buenos Aires. Pirámide y envejecimiento poblacional. Indicadores demográficos y estadísticos. Epidemiología.

Recursos gerontológicos en la Ciudad de Buenos Aires.

## **Unidad 3.**

### **Gerontología.**

Introducción a la Gerontología como campo interdisciplinario.

Representaciones sociales acerca de la vejez. Teorías del Envejecimiento

Técnicas de valoración gerontológica integral. Accidentes y caídas. Procesos de aprendizaje en la vejez. Aportes de la fonoaudiología, psicopedagogía y terapia ocupacional. Ética profesional.

## **Unidad 4.**

### **Interdisciplina.**

Diferencia entre multidisciplina, interdisciplina y transdisciplina. Prácticas e incumbencias profesionales. Relaciones de Poder en la interdisciplina. Equipos de trabajo. Comunicación y dinámica en el grupo.

## **Unidad 5.**

### **Geriatría.**

La geriatría como especialidad dentro de la Clínica Médica. Funciones del médico geriatra. Los cuatro gigantes de la geriatría: confusión mental, inestabilidad y/o caídas, incontinencia urinaria y fecal, inmovilidad y escaras por decúbito. Polimedicación e iatrogenia. Odontogeriatría. Nutrición.

## **Unidad 6.**

### **Psicogerontología y Psicogeriatría.**

Psicología del envejecimiento: envejecimiento normal y patológico. Depresión. Ansiedad. Trastornos cognitivos. Insomnio. Multiestimulación. Manejo de los psicofármacos.

## **Unidad 7.**

### **Gerontología Social.**

Maltrato. Violencia. Población vulnerable.

Recreación y tiempo libre. Redes sociales.

Familia y vejez. Participación social de los mayores.

## **Unidad 8.**

### **Discapacidad y Rehabilitación.**

Prevención primaria, secundaria y terciaria.

Abordaje de la Kinesioterapia en los adultos mayores.

Principios generales de la rehabilitación en el adulto mayor. Deterioro de la marcha. Inmovilidad y sus consecuencias. Órtesis y prótesis. Amputación.

Atención domiciliaria.

## CRITERIOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para introducirnos en el tema de la evaluación, es necesario plantear nuestro criterio acerca del aprendizaje. Algunas concepciones más tradicionales lo asocian con una etapa evolutiva de los sujetos y desde un modelo escolar.

Consideramos al aprendizaje como la posibilidad de transferir el conocimiento teórico y conceptual a la práctica profesional y, tomando como referencia a María Cristina Davini, lo pensamos como el desarrollo de nuevos criterios o capacidades para resolver problemas, como así también la revisión de criterios y capacidades existentes que inhiben la resolución de los mismos.

La característica interdisciplinaria de la Residencia propicia el aprendizaje individual y grupal y, en este sentido, podemos referenciar el concepto de “zona de desarrollo próximo” elaborado por Vygotski, que plantea la posibilidad de potenciar la resolución de un problema en colaboración con otra persona del equipo.

Por último, creemos que los ámbitos de aprendizaje están más allá de la actividad “áulica”, desarrollándose a lo largo de toda la vida, tanto en contextos comunitarios como laborales.

### La evaluación del desempeño del residente

Evaluar el desempeño es evaluar integralmente la habilidad de un sujeto para realizar una práctica profesional.

La evaluación en esta Residencia tendrá en cuenta aspectos individuales y aspectos grupales en el desempeño profesional.

<b>Desempeño Profesional</b>	
Aspectos individuales	Aspectos grupales
<ul style="list-style-type: none"><li>• Actitudinales</li><li>• Procedimentales</li><li>• Conocimientos teóricos</li><li>• Resolución de problemas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participación</li><li>• Cooperación</li><li>• Aportes disciplinarios</li><li>• Criterio interdisciplinario</li></ul>

El proceso de evaluación lo llevarán a cabo al menos dos evaluadores, siendo imprescindible que uno de ellos haya sido su instructor directo, participando activamente del mismo la Coordinación General del Programa de la Residencia.

La frecuencia de evaluación será cuatrimestral, con la utilización de instrumentos acordes a los objetivos a evaluar.

En cuanto a las rotaciones, las evaluaciones al residente rotante se realizarán al finalizar las mismas por parte del profesional referente a cargo.

En todas las instancias de evaluación, se realizará una entrevista de devolución de resultados y sugerencias al Residente, oportunidad en la que el mismo firmará la aceptación y conocimiento de su evaluación.

## **BIBLIOGRAFÍA GENERAL ORIENTADORA DEL PROGRAMA**

### **LIBROS**

- Salvarezza, Leopoldo: "Psicogeriatría – Teoría y Clínica-". Introducción, Capítulos 1 y 2. Editorial Paidós. 2º reimpresión, 1993.
- Muchnik, Eva: "Envejecer en el siglo XXI". Primera Parte, Capítulos V, VI, VII, VIII, IX y Segunda Parte, Historias de vida, Un relato para explicar múltiples relatos posibles, Capítulos X, XI y XII. Editorial Lugar, 1º edición. Buenos Aires, 2006.
- Wolfberg, E. (compiladora): "Prevención en Salud Mental". Redes nómades, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional por Mario Rovere; Prevención en la vejez por Alicia B. Kabanchik. Editorial Lugar, 2002.
- Macías Nuñez: "Geriatría desde el principio". Tema 6- Geriatría: definiciones y conceptos-. Tema 7- El anciano enfermo: metodología del estudio y correlaciones clínico-semiológicas-. Editorial Glosa. 2º edición 2005.
- Manual Merck de Geriatría. Editorial Océano 2004.
- Testa, Mario: Pensar en Salud. Editorial Lugar, 1993.
- Sánchez Salgado, Carmen Delia: "Trabajo Social y Vejez". Editorial Humanitas, 1990.
- Elichiry, N.( Compiladora): "El niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio". "La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias" por Elichiry, N.; "De interdisciplinas e indisciplinas" por Stolkiner, A.. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, 1987.
- Zarebski, G., Knopoff, R. (compiladores): "Viejos Nuevos, Nuevos Viejos". Capítulo "Jugar no es jugarse la vida" por el Lic. Sergio Fajn, páginas 37 a 62. Editorial Tekné, Bs. As. 2001.
- Pzsemiarower, Santiago (compilador): Ancianidad y Derechos Humanos. Capítulo I –Introducción-. Capítulo II – Una longeva calidad de vida (violencia con los Adultos Mayores)-. Asamblea Permanente por los Derechos Humanos 2000.

### **FICHAS**

- Municipios Saludables. Portafolio Educativo. 1º edición, Buenos Aires, OPS / Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005.

- Lellis, Martín; Mozobancyk, Schelica: “Una introducción al paradigma de la complejidad y sus implicancias en el campo de la salud pública”. Ficha de la cátedra I de Salud Pública y Salud Mental. Facultad de Psicología. UBA. Agosto 2006.

## **DOCUMENTOS**

- “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) Julio 2007.

## **INFORMES**

- Informe sobre la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Anexo I Declaración Política (Pág. 1 a 5); Anexo II Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento, 2002, I Introducción (pag. 5 a 9); II Recomendaciones para la adopción de medidas (Pág. 9 a 14. Madrid 2002.
- Informe sobre la Tercera Edad en la Argentina. Año 2000. Secretaría de la Tercera Edad y Acción Social de la Nación. Edición 2001. Introducción (Pág. 13 a 16), El envejecimiento de la población (Pág. 17 a 32), Epidemiología de la Tercera Edad (Pág. 163 a 174.
- Anuario estadístico del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección General de Estadística del GCBA. 2004. Tomo II Cap. Dinámica y estructura de la población.

## **REVISTAS**

- Stolkiner, A.: “La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”. Revista El campo Psi. Año 3 - Nro.10. Bs. As. Abril de 1999.
- Stolkiner, A.: “Interdisciplina II: lo transdisciplinario como momento o como producto”. Revista El Campo-Psi-Revista de Información especializada. Año 3, No 11, Junio de 1999, Rosario.
- Stolkiner, A.: “Equipos Interprofesionales y algo más (¿es posible hablar de inter-saberes?)”. Revista El Campo-Psi-Revista de Información especializada”. Año 3, No 12, agosto de 1999, Rosario.
- Yesavage, J.: “Técnicas no farmacológicas para contrarrestar las pérdidas de memoria en el anciano normal”, en Revista “Geriatría”, volumen I, año 1991.
- Risiga Magalí: “Preservar lo saludable para conservar lo cotidiano”, en Revista “Claves”.

- Goldstein, Nelson: “El tiempo libre y el tiempo liberado del anciano”, en Revista “Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria”, Abril – Junio Nº2, Tomo XII, 1992.
- Fernández López, E. y Yuni, J.: “Ilusión, identidad y educación en las personas mayores: una apertura a la experiencia”, en Revista Talis, Nº 8, 1998.
- Revista Multidisciplinar de Gerontología (Barcelona. Vol. 10, Nº 2, Marzo-Abril 2000. “Discapacidad y Calidad de Vida”, Pág. 90.

## **LEYES**

- LEGISLATURA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. “LEY BASICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES” LEY Nº 153 (disponible en [www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/diracap](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/diracap) )
- EPIDEMIOLOGIA INDICADORES BASICOS DE SALUD 2005. OPS/MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION. En página principal de OPS <http://www.ops.org.ar/Files/indicadores%202005.pdf>

## **GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES MINISTERIO DE SALUD**

### **Jefe de Gobierno**

Ing. Mauricio Macri

### **Ministro de Salud**

Prof. Dr. Jorge Lemus

### **Subsecretaría de Planificación Sanitaria**

Dr. Gabriel Novick

### **Directora General de Docencia e Investigación**

Prof. Dra. Kumiko Eiguchi

### **Director de Capacitación y Docencia**

Dr. Eduardo Nápoli

## **PROGRAMA DOCENTE DE LA RESIDENCIA POSBÁSICA INTERDISCIPLINARIA EN GERONTOLOGÍA**

### **Autores**

Lic. Paula Vicente

Lic. Alejandro Burlando Páez

### **Asesora pedagógica**

Lic. María Elena Bolonese

Se agradece la colaboración del Dr. Ricardo Moench, el Lic. Gabriel Listovsky y la Dra. Ana Bou Perez.

Este programa ha ido aprobado por Resolución 0023 del 7 de enero de 2011

por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Bibliografía actualizada:

- IACUB, RICARDO: “Identidad y envejecimiento”. Editorial Paidós, 2011.
- ZAREBSKY, GRACIELA: “El Futuro se Construye Hoy. La Reserva Humana, un pasaporte para un buen envejecimiento”. Editorial Paidós, 2011.
- TONUCCI, Francesco: “Con ojos de abuelo”. Editorial Losada, 2009.
- Yuni, José: “Mujeres en la mitad de la vida: La madurescencia como desafío vital.”. Editorial Brujas, 2010.