SISTEMA NACIONAL DE
RESIDENCIAS
DEL EQUIPO DE SALUD

SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

NORMATIVA, GUÍAS Y ESTÁNDARES A **7 AÑOS** DE SU CREACIÓN

DIRECCIÓN NACIONAL DE
CAPITAL HUMANO Y
SALUD OCUPACIONAL

Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

NORMATIVA, GUÍAS Y ESTÁNDARES A **7 AÑOS** DE SU CREACIÓN

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional

Sistema nacional de acreditación de residencias del equipo de salud. Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. ; Ministerio de Salud de la Nación. , 2014.

244 p. ; 21x29,7 cm.

ISBN 978-950-38-0178-9

1. Salud Pública.

CDD 614

Fecha de catalogación: 20/03/2014

AUTORIDADES

PRESIDENTA DE LA NACIÓN

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dr. Juan L. Manzur

SECRETARÍA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN E INSTITUTOS

Dr. Gabriel Eduardo Yedlin

SUBSECRETARÍA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN

Dr. Andrés Joaquín Leibovich

DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL

Dra. Isabel Duré

COORDINACIÓN GENERAL:

Dra. Isabel Duré

EQUIPO RESPONSABLE DE LA PRODUCCIÓN Y COMPILACIÓN:

Dra. Daniela Daverio
Lic. Isabel Malamud
Lic. Gabriela Rodríguez
Lic. María del Carmen Cadile
Sra. Paula Kornblihtt

EQUIPO TÉCNICO DEL SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD (SNARES)

COORDINACIÓN:

Dra. Daniela Daverio

INTEGRANTES:

Lic. Isabel Malamud
Lic. Adriana Sanchez Toledo
Lic. Gabriela Rodríguez
Lic. Erica Riquelme
Lic. Virginia Jalley
Dr. Guido De Nicotti
Lic. Gladys Skoumal
Dra. Silvia Chera
Lic. Imelda Di Lella
Dra. Romelia Sotello
Srta. Malena Quiroga
Lic. María Eugenia Bagnasco
Lic. Mario Virgolini

TABLA DE CONTENIDO

Prólogo ... 13

Presentación ... 15

Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Su implementación ... 17

Capítulo 1 / Resoluciones ... 29

1. Resolución 450/2006 ... 31

2. Resolución 1342/2007 ... 39

3. Disposición Nº 29/2010 ... 45

Capítulo 2 / Residencias del Equipo de Salud / Documento Marco / 2012 ... 47

1. Presentación ... 49

2. Aproximación Histórica ... 51

3. La Residencia como Sistema de Formación ... 55

4. Glosario de Residencias del Equipo de Salud ... 61

5. Anexo Normativo ... 64

6. Bibliografía ... 65

Capítulo 3 / Guía para la Formulación de Programas de Residencia ... 67

1. Introducción ... 69

1.1. ¿Por qué y para qué programar? ... 69

1.2. ¿Qué es programar? ... 69

1.3. Niveles de la programación ... 70

1.4. Programar la participación en la asistencia ... 70

1.5. Insumos de la programación ... 71

1.6. Participantes y modalidades de la elaboración de programas ... 71

2. Componentes de los programas de residencia ... 73

2.1. Carátula ... 73

2.2. Fundamentación ... 74

2.3. Perfil de Egresado ... 75

2.4. Cronograma de Rotaciones ... 75

2.5. Objetivos generales por año ... 77

2.6. Contenidos por año ... 78

2.7. Actividades ... 79

2.8. Recursos ... 81

2.9. Evaluación ... 82

3. Anexo: Procedimiento para la presentación de Programas de Residencias Nacionales al Ministerio de Salud ... 83

Capítulo 4 / Instrumento de Evaluación de Residencias ... 85

Introducción 87

Información General ... 89

Propuesta de Formación ... 92

Actividades del Residente ... 97

Investigación ... 105

Evaluación ... 106

Recursos Didácticos ... 109

Régimen de Trabajo de los Residentes 110
Funcionamiento de la Residencia 111
Ámbito Institucional en el que se desarrolla la Residencia 113
Anexo I 119
Anexo II 122
Capítulo 5 / Estándares Nacionales para Acreditación de Residencias 127
Capítulo 6 / Matriz de Valoración para la Categorización de Residencias 133
Capítulo 7 / Guía para la elaboración de Documentos Marco de Referencia 145
Presentación 147
Criterios centrales y enfoque conceptual 149
1. ¿Qué son los documentos Marcos de Referencia? 149
2. Enfoque conceptual 150
3. Componentes de los documentos Marco de Referencia 152
Orientaciones Metodológicas 152
4. Dinámica de trabajo para la construcción compartida de documentos Marco de Referencia 152
5. La construcción del Perfil profesional 153
6. Las bases curriculares 158
7. Requisitos mínimos para el funcionamiento del programa formativo 161
Bloques Transversales 162
Bloque 1: El profesional como sujeto activo en el sistema de salud 162
Bloque 2: Los sujetos de derecho en el sistemas de salud 163
Bloque 3: El profesional como participante activo en la educación permanente y la producción de conocimientos 163
ANEXO III: Requisitos mínimos para el desarrollo y funcionamiento de las Residencias 164
1. Carga horaria 164
2. Actividades de formación 164
3. Recursos 167
4. Condiciones de contratación mínimas 167
Capítulo 8 / Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas / Especialidad Medicina General y/o Familiar 169
Presentación 171
1. Perfil Profesional del Médico General y/o Familiar 172
1.1. Justificación del perfil 172
1.2. Competencia general 176
1.3. Áreas de competencia y actividades profesionales 177
1.4. Área ocupacional 180
2. Bases Curriculares 181
2.1. Bloques transversales 181
2.2. Bloques propios de la especialidad 184
3. Requisitos Mínimos para el Funcionamiento de la Residencia 191
3.1. Carga horaria 191
3.2. Rotaciones obligatorias 192
3.3. Características de la oferta formativa 192
4. Capacidades del Egresado de la Residencia 194

Capítulo 9 / Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas / Especialidad Pediatría **197**

Presentación 199

1. Perfil Profesional del Médico Pediatra 200

1.1. Justificación del perfil 200

1.2. Competencia general 202

1.3. Áreas de competencia y actividades profesionales 203

1.4. Área ocupacional 207

2. Bases Curriculares 208

2.1. Bloques transversales 208

2.2. Bloques propios de la especialidad 211

3. Requisitos Mínimos para el Funcionamiento de la Residencia 216

3.1. Carga horaria 216

3.2. Rotaciones obligatorias 216

3.3. Características de la oferta formativa 217

4. Capacidades del Egresado de la Residencia 218

Bibliografía 218

Capítulo 10 / Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas / Especialidad Tocoginecología **221**

Presentación 223

1. Perfil Profesional del Médico en Tocoginecología 224

1.1. Justificación del perfil 224

I.2. Competencia general 228

I.3. Áreas de competencia y actividades profesionales 228

I.4. Área ocupacional 233

2. Bases Curriculares 233

21. Bloques transversales 234

2.2. Bloques propios de la especialidad 237

3. Requisitos Mínimos para el Funcionamiento de la Residencia 239

3.1. Carga horaria 239

3.2. Rotaciones obligatorias 240

3.3. Características de la oferta formativa 240

4. Capacidades del Egresado de la Residencia 242

PRÓLOGO

FORMAR MEJORES PROFESIONALES PARA UNA MEJOR SALUD

La formación de equipos de salud es un proceso complejo, que requiere de políticas a largo plazo y en el que confluyen múltiples actores y responsabilidades.

Las necesidades de profesionales altamente capacitados y la identificación de sus perfiles se vislumbran desde los servicios de salud y ocupan un importante lugar en la agenda de los responsables de la gestión sanitaria, concientes del rol que los trabajadores del sector tienen sobre la salud de la población.

A su vez, estos profesionales se forman en diversas instituciones dependientes del sistema educativo, en carreras que se extienden desde tres hasta ocho años, que en muchos casos requieren de otro período de especialización y que luego actualizan sus capacidades mediante procesos de educación permanente y en servicio.

En este escenario, elegimos pensar y sostener el desarrollo y la calidad en la formación de los equipos aunando las voluntades de los involucrados en pos de este importante desafío, asumiendo como Estado la responsabilidad de convocarlos y liderar las iniciativas que tengan como resultado formar mejores profesionales para una mejor salud.

El sistema de residencias ocupa un rol muy particular en la formación de los equipos de salud y lo consideramos el mejor modelo para alcanzar la especialización en el sector. En este modelo de capacitación intensiva, los servicios de salud se transforman en instituciones formadoras cubriendo el doble rol de espacios de trabajo y formación. Entonces, es necesario desde el Estado velar para que las condiciones de aprendizaje sean las adecuadas.

El Sistema de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud fue creado en 2006 por el Ministerio de Salud y pensado en conjunto con las jurisdicciones provinciales. Se trata de un sistema de acreditación de calidad, cuyo objetivo es mejorar la formación en servicio. A su vez, muestra al Estado ejerciendo los roles que lo sustentan: promover la calidad y la equidad en la formación de posgrado, regulando en todo el país e involucrando a los distintos actores de la formación y el trabajo en salud para alcanzar estos objetivos.

Bajo la coordinación del Ministerio de Salud, son parte del Sistema de Acreditación las sociedades científicas y universidades en calidad de evaluadores; también integran la Comisión Asesora las entidades representativas del quehacer académico, de las asociaciones profesionales y de los distintos ámbitos de prestación de servicios, mientras que los responsables provinciales de recursos humanos y capacitación participan en el Comité Técnico en representación del COFESA.

La presente publicación compila documentos y herramientas desarrolladas durante los últimos siete años, producto del trabajo de los equipos técnicos de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio a mi cargo, con el aporte y el consenso de todos los que apuestan a posicionar a la residencia como un sistema de formación de excelencia para especialistas de los equipos de salud de una Argentina que avanza generando accesibilidad a los servicios, reduciendo injustas brechas y generando inclusión social para todos los que la habitan.

Dr. Juan Luis Manzur
Ministro de Salud de la Nación

PRESENTACIÓN

En la presentación de esta publicación -dirigida al fortalecimiento, integración y desarrollo del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud- desearía centrarme brevemente en dos dimensiones mutuamente ligadas que entiendo fundamentales:

- *La importancia, significación y valor de las Residencias para la* ***formación en servicio de los profesionales.***
- *Los aportes que brinda la publicación de estos documentos para consolidar una* ***política de Estado y sus herramientas para la acción,*** *en vistas a la mejora permanente y consensuada de las Residencias.*

Comenzando por el primer aspecto, acercar la educación a la vida cotidiana de los servicios de salud y a los problemas de las prácticas se asienta en el reconocimiento del potencial **educativo de la situación de trabajo**. En otros términos, que en el trabajo no sólo se brinda asistencia de la salud sino que, especialmente, se forma, se modela una práctica y se aprende. Esta fructífera tensión entre lo asistencial y lo educativo, supone tomar a las situaciones diarias como "palanca" del aprendizaje, analizando reflexivamente los problemas de la práctica y valorizando el propio proceso de trabajo en el contexto en que ocurre. Esta perspectiva, centrada en el proceso de trabajo, no se agota en determinadas categorías profesionales sino que atañe a **todo el equipo**.

Con todas sus limitaciones, el conocimiento en la acción es una forma de hacer las cosas y una forma de enfocar lo que no se sabe. En las prácticas y a partir de ellas, es posible construir conocimientos verificables y acumulables con niveles crecientes de complejidad, conciencia y responsabilidad social. La herramienta para hacerlo es el análisis consciente y compartido del proceso de reflexión en la acción.

Asimismo, gracias a la creciente extensión de los recursos y redes de información, permite vincular positivamente esta reflexión al análisis de textos y contribuciones de la investigación, siempre ligados al contexto de las prácticas. Cualquier instancia de trabajo académico o de administración de un conocimiento específico, deberá estar solidariamente engarzada en el proceso de trabajo, a la reflexión en la acción.

Además, este proceso es de gran importancia cuando lo que se busca no es sólo el desarrollo de una habilidad o la adquisición de un conocimiento, sino el cambio mismo en las prácticas y en la organización. Ante las necesidades sociales de salud, el impulso de la Atención Primaria de la Salud (APS) como modelo estratégico para dar respuestas a la población, representa un cambio práctico y conceptual necesario, más allá y a través de las distintas especialidades. Ello requiere del trabajo en equipos, alrededor de las prácticas que se desean replantear y de situaciones de salud en contextos reales.

La Residencia configura un modelo particular dentro de la formación de posgrado que se distingue, justamente, por las posibilidades de integración de la práctica intensiva en el medio hospitalario y en los centros del primer nivel de atención, con la posibilidad de generar conocimientos sustantivos y dar respuestas realistas a las necesidades de salud. El Residente tienen una doble oportunidad de aprendizaje: no sólo profundiza en un área de conocimientos sino que aprende el desarrollo del trabajo real en situaciones reales y un modelo de prácticas.

La formación sistemática de posgrado en las especialidades médicas ha sido el resultado de un proceso continuo y progresivo dirigido a jerarquizar y afianzar la calidad de la formación y a incorporar a los residentes a la profesión, así como a fortalecer la mejora de la atención de la salud a la población. La larga trayectoria de este proceso es rica y compleja, tanto como el panorama de gran crecimiento, multiplicación y diversificación de las especialidades profesionales. Asimismo, nuevos perfiles de formación fueron integrándose a los equipos de salud, como resultado de los avances en las concepciones y conocimientos en el campo de la salud, tanto disciplinarios como interdisciplinarios.

Avanzando en la segunda cuestión enunciada, podemos decir que los esfuerzos y las iniciativas han sido muchas, así como distintos sus múltiples actores. Pero es en las últimas décadas que se ha ido instalando una nueva configuración en la que el **Estado recupera su función de Rectoría,** en trabajo articulado entre la Nación y las distintas Jurisdicciones, así como de las Asociaciones y Colegios profesionales.

Se ha requerido la coordinación y consolidación de políticas de Estado para el desarrollo del Sistema de formación de Residencias del Equipo de Salud A través de la acreditación, este sistema busca asegurar una formación de calidad en todo el país, mediante la armonización de los criterios mínimos para la formación de cada especialidad.

Los documentos que aquí se presentan, construidos de forma y dinámica consensuada, son resultados de una **política para la consolidación del Sistema de Residencias y de aportes técnicos para su desarrollo.**

En ellos se avanza en la articulación de los aspectos asistenciales y docentes en el programa de formación, en la definición de perfiles de formación por especialidad, en el fortalecimiento de las funciones docentes de programación, seguimiento, supervisión y evaluación, en las bases para el diseño curricular de las especialidades; en los estándares para la acreditación de las Residencias.

Las decisiones y desarrollos para el diseño educacional, de gestión educativa y de evaluación, son mutuamente influyentes. Podríamos definirlos como un programa de formación y su correspondiente organización institucional, que busca:

- *Una efectiva integración entre los criterios y estándares nacionales y su adecuación a cada realidad local e institucional.*
- *Una consolidación de los criterios de acreditación y mejora de las Residencias y su reconocimiento a lo largo del país.*
- *La integración entre docentes – alumnos en la enseñanza en torno a la práctica profesional, en un proceso de construcción de conocimientos pertinentes para distintas situaciones.*
- *Una real integración entre formación, seguimiento y evaluación.*

Los distintos documentos constituyen un aporte sustantivo político- técnico para estos fines. La propuesta de bases curriculares integradas es la más apropiada para generar una base común de formación, articulando productivamente los contenidos, su enseñanza y el trabajo, en la formación del de los Residentes del equipo de salud, en sus diversas especialidades y perfiles profesionales en los distintos contextos.

Dra. María Cristina Davini
Julio de 2013

SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD (SNARES).

1. SU IMPLEMENTACIÓN

Isabel Duré | Daniela Daverio | Erica Riquelme

La acreditación de residencias es un proceso de armonización de los criterios mínimos para la formación de residencias del equipo de salud[1], cuyo objetivo es lograr que todas las residencias del país ofrezcan oportunidades de formación equivalentes. Para ello, se trabaja en el desarrollo y aplicación de estándares a alcanzar por todas las residencias, según su especialidad y respetando las particularidades locales.

Este capítulo refleja el itinerario recorrido por el Sistema desde su creación a modo de introducción y breve descripción del proceso de elaboración de los documentos y herramientas que componen esta publicación.

1.1 La creación del Sistema. El marco normativo

El Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud (SNARES) se crea el 7 de abril de 2006, por Resolución N° 450/2006 del Ministerio de Salud, en vigencia del Plan Federal de Salud 2004-2007[2], que establecía, entre las políticas de recursos humanos, la necesidad de "Implementar procesos de evaluación del conjunto de las instancias de formación, con especial énfasis en las residencias de los equipos de salud a través de la Comisión Asesora en Evaluación de Residencias u otros mecanismos", expresando la preocupación y rectoría del Estado en la materia.

Los considerandos de la norma ponen eje en las dificultades encontradas para lograr una armonización federal en la formación de los recursos humanos y asegurar estándares mínimos de calidad en la residencia.

En esta primera norma se aprueban los atributos generales del SNARES y los roles de los distintos actores, dejando la gestión y administración del mismo a cargo de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización y de la entonces Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos. También se delinean las condiciones de la estructura formadora y los programas. Si bien el diseño del SNARES ya contemplaba la participación amplia de diversos sectores, el Consejo Federal de Salud (COFESA)[3], órgano rector del sistema, evaluó que no era suficiente el rol asignado a las provincias, y exigió mayor presencia.

1. La acreditación es para las residencias de especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación.
2. Plan Federal de Salud 2004-2007 disponible en http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=732
3. El Consejo Federal de Salud es un órgano de rectoría que nuclea a los Ministros de Salud provinciales y nacional para la orientación de las políticas sanitarias.

La norma debe ser perfeccionada a través de la Resolución N° 1922/06, que incorpora la presencia de un órgano técnico en representación del COFESA, el Comité Técnico, de intervención posterior y revisora de los dictámenes de la Comisión Asesora. A su vez, se determina la intervención necesaria de los responsables provinciales en la elaboración de los estándares para la acreditación y su presencia en los operativos de evaluación.

La Comisión Asesora comienza a reunirse en noviembre de 2006 y tiene en esa etapa seis meses de un intenso trabajo en la definición de la propuesta de estándares que habían sido elaborados desde la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Los estándares, luego de la correspondiente revisión por parte de las provincias, son aprobados en la Resolución 1342 del 10 de octubre de 2007 e incluyen las dimensiones que debe contemplar la acreditación.

¿QUE SE EVALÚA PARA OBTENER LA ACREDITACIÓN DE UNA RESIDENCIA?

1. PROPUESTA PEDAGÓGICA
2. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN
3. CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO (RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES)

Dicha resolución, que amplía los requerimientos para el proceso de evaluación y los organiza, es una muestra de la complejidad del SNARES. Si bien la norma intenta dar inicio al proceso de acreditación *(Art 1. "Impleméntase el SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD")* la multiplicidad de actores y roles requieren de una fuerte coordinación y de mayor profundidad en el diseño de los procedimientos, que permitan que los procesos de evaluación y posterior acreditación se desarrollen en un marco de equidad entre los distintos evaluadores y evaluados. La norma establece la diferencia entre la evaluación que realizan las entidades inscriptas en el Registro y la acreditación como potestad del Ministerio, como así también las condiciones en que deben realizarse las evaluaciones.

En ese período, la Comisión Asesora define su reglamento operativo y deja plasmados los ejes de trabajo que habrían de marcar la actividad del Sistema Nacional de Acreditación en los años subsiguientes:

- *Ranking de especialidades prioritarias.*
- *Estándares y Comisiones de trabajo por especialidad.*
- *Estándares mínimos comunes de calidad de la estructura formadora y requisitos para la acreditación.*
- *Estructura de los programas.*
- *Responsabilidad de los residentes y roles en el equipo formador.*
- *Requisitos para integrar el registro de evaluadores.*
- *Circuito de la acreditación.*

También pone de manifiesto que la magnitud de la tarea requiere de un trabajo de gestión intenso y continuo y del liderazgo del Ministerio de Salud, para promover y garantizar la implementación del Sistema y coordinar la participación de todos los involucrados en el proceso.

2. LA PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA

Como sucede habitualmente en la implementación de una nueva política, es importante comunicarla y difundirla entre los diferentes actores involucrados, contar con un equipo adecuado y establecer circuitos administrativos e instrumentos que garanticen la equidad y la transparencia.

2.1 Las prioridades del COFESA

Durante el año 2008, la problemática de las residencias ocupa la agenda del COFESA. En la reunión realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Ares el 11 y 12 de septiembre[4] se presenta una actualización del estado de las residencias y las dificultades que aparecen en la cobertura de algunas especialidades. En ese momento, el COFESA define como prioritarias las especialidades pilares de la Atención Primaria de la Salud (Medicina General y Familiar, Pediatría y Tocoginecología) y las de área crítica (Neonatología, Terapia Intensiva de Adultos, Terapia Intensiva Pediátrica y Anestesiología), estableciendo así un primer "ranking de especialidades" a trabajar, que ya había surgido como preocupación en la Comisión Asesora. El COFESA acuerda que se oriente el financiamiento nacional a las residencias de estas especialidades y que se avance con el proceso de acreditación.

2.2 La incorporación progresiva de los actores del Sistema

En octubre del 2008 se convoca a la Comisión Asesora para informar lo acontecido en el COFESA y presentar los avances en la conformación del SNARES. La Comisión propone comenzar con la acreditación de las residencias de Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología e iniciar el trabajo de elaboración de los estándares (Marcos de Referencia) para dichas especialidades.

El primer paso para poner en funcionamiento el Sistema fue integrar el Registro de Evaluadores[5]. Las primeras entidades se incorporan al Registro en marzo de 2009.

Del trabajo con los evaluadores surgen inquietudes relacionadas con los estándares generales, aquellos que permiten medir las condiciones de la estructura formadora. Asumiendo la responsabilidad de la gestión del sistema, la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización elabora una propuesta de instrumento de evaluación y categorización de las residencias.

Entre las problemáticas señaladas por la Red Federal de Responsables de Recursos Humanos de Salud[6] (2009) surge la ausencia de un marco de referencia común, que defina con claridad las características y alcances del sistema de formación de residencias y contribuya a adoptar decisiones, intervenir en la resolución de problemas y definir orientaciones futuras.

Para una mejor coordinación del Sistema, se conforma en el Ministerio de Salud de la Nación, un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud y de las ciencias sociales, que lleva adelante la gestión de acreditación, facilitando la intervención de todos los actores.

4 Acta disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/2008/acta-03-08/acta-03-08.pdf

5 El Registro de Evaluadores puede consultarse en la página web del Ministerio de Salud de la Nación. Está disponible en http://www.msal.gov.ar/residencias/c1b.php

6 La metodología de trabajo federal de la y del Ministerio de Salud de la Nación se desarrolla a través de reuniones con todos los responsables de recursos humanos y/o capacitación de las distintas jurisdicciones: al inicio del año para fijar agenda de trabajo y al final para realizar una evaluación. A lo largo del año, se convocan reuniones de trabajo con cada una de las cinco regiones, en las que se abordan los temas consensuados por las mismas en la reunión e marzo. Se trabaja en la búsqueda de consenso para la gestión de las residencias y la planificación de recursos humanos. La Red se conforma en Comité Técnico para los temas de acreditación.

A fines de 2008, se ponen en funcionamiento las comisiones para la elaboración de los Marcos de Referencia de las residencias de Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología, integradas por representantes de las sociedades científicas de la especialidad, de las universidades, de las provincias y del Ministerio de Salud de la Nación.

2.3 La construcción de instrumentos para la evaluación y acreditación: Instrumento de Evaluación y Sistematización de Estándares para la Categorización. Matriz de Valoración para la Categorización de Residencias

En el año 2008, desde la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (DNCHySO)[7] se elabora un instrumento de evaluación de la estructura formadora en sus tres dimensiones (propuesta pedagógica, desarrollo del programa y condiciones de funcionamiento).

El diseño preliminar, toma en cuenta herramientas anteriores del Ministerio y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las utilizadas por las sociedades científicas (Sociedad Argentina de Pediatría y Asociación Argentina de Cirugía), la Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación de Posgrado en la República Argentina (ACAP) y la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), así como instrumentos internacionales.

El instrumento incorpora las siguientes dimensiones de la acreditación:

- *Criterios pedagógicos generales.*
- *Aspectos teórico-prácticos de la enseñanza y el aprendizaje en el contexto de una residencia.*
- *Características de la figura del residente como profesional en formación.*
- *Formación de los docentes.*
- *Distintos elementos de evaluación de los aprendizajes.*
- *Información general sobre la residencia (antigüedad, Profesionales, cantidad de camas, etc.).*
- *La Residencia en el marco de un servicio y de una institución.*

Si bien las Resoluciones 450/2006 y 1342/2007 definen los estándares de estructura formadora, las primeras evaluaciones (2009) evidencian una disparidad de criterios para la categorización. Se elabora una propuesta de sistematización y categorización. Estos estándares se incorporan al ordenamiento normativo del SNARES a través de la Disposición 29/2010 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización.

Para completar el menú de herramientas que ayudan a perfeccionar la evaluación y categorización de la residencia, en el año 2012 el equipo de Acreditación elabora la *Matriz de Valoración para la Categorización de Residencia* que aporta parámetros objetivos para graduar los criterios de evaluación.

7 EL Decreto PEN 1343 del 2007 aprueba la estructura orgánica del Ministerio de Salud de la Nación y establece las responsabilidades de la nueva Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional en el marco de la nueva gestión de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner.

3. EL CIRCUITO DE ACREDITACIÓN. PROCEDIMIENTO Y RESPONSABLES

2.3 Procedimiento de Acreditación

1	**RESIDENCIA »**	**Solicitud de Acreditación** a MSAL / DNCHySO
2	**MSAL / DNCHySO »**	**Informa pedido** a Autoridad Provincial
3		**Solicitud evaluación** a Sociedad Evaluadora
4	**SOCIEDAD EVALUADORA »**	**Visita evaluación** a Residencia Instrumento Nacional de Evaluación
5		**INFORME EVALUACIÓN** a MSAL / DNCHySO Estándares Nacionales / Matriz de Valoración
6	**MSAL / DNCHySO »**	**Elaboración Informe Final Integrador** Programa / Estádares Nacionales / Matriz de Valoración
7	**COMISIÓN ASESORA »**	**Revisión y aprobación del procedimiento**
8	**COMITE TÉCNICO »**	**Supervisión del proceso** Intervención en conflictos
9	**MSAL / DNCHySO »**	**Acreditación y Categorización** Disposición de la SSPRyF
10	**MSAL / DNCHySO »**	Incorporación al Registro Único de Residencias Acreditadas Boletín Oficial / Web MSAL

El gráfico permite observar que el proceso se inicia con la **Solicitud de Acreditación** por parte de la residencia (1) al Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). El pedido debe acompañarse con el **Aval Provincial** (2). Luego, **el MSAL solicita la evaluación** a la entidad evaluadora de la especialidad (3).

El evaluador utiliza **el Instrumento Nacional de Evaluación** (4). El procedimiento contempla un primer momento de autoevaluación, donde el instrumento es llenado por los responsables de la residencia.

Durante la visita, los evaluadores se reúnen con los responsables de la residencia, visitan la institución y contrastan lo expresado en el Instrumento y en el programa. En un segundo momento, los evaluadores realizan una reunión con los residentes en la que ellos completan las encuestas anónimas que son parte del Instrumento de Evaluación. Al finalizar, ambas partes (responsable de la residencia y evaluadores) firman el instrumento, avalando su contenido.

Con posterioridad a la visita, el evaluador produce su **Informe de Evaluación** (Anexo II del Instrumento de Evaluación), con una apreciación global integradora del funcionamiento de la residencia, sus debilidades y fortalezas, y la categoría propuesta en relación con los **Estándares Nacionales y la Matriz de Valoración** (5).

El **Equipo Técnico de Acreditación** de la DNCHySO es el encargado de triangular la información que llega de las residencias para su acreditación: programa de formación, instrumento de evaluación con informe de la entidad evaluadora y encuestas a los residentes. Analiza el material, su consistencia y coherencia, en conjunto con la entidad evaluadora. Finalmente,

realiza un **Informe Técnico Integrador** (6). El informe incluye los datos más relevantes de la Residencia, que sustentan la decisión tomada para la acreditación y categorización: describe las características generales de la Residencia y la institución en la que se inscribe, la propuesta de formación que se presenta en el Programa de la Residencia, la infraestructura y equipamiento disponible y las condiciones de contratación de los residentes. Se enuncian las fortalezas y debilidades relevadas por la entidad evaluadora, se propone la categoría de acreditación y se efectúan recomendaciones para mejorar la calidad de formación de la residencia.

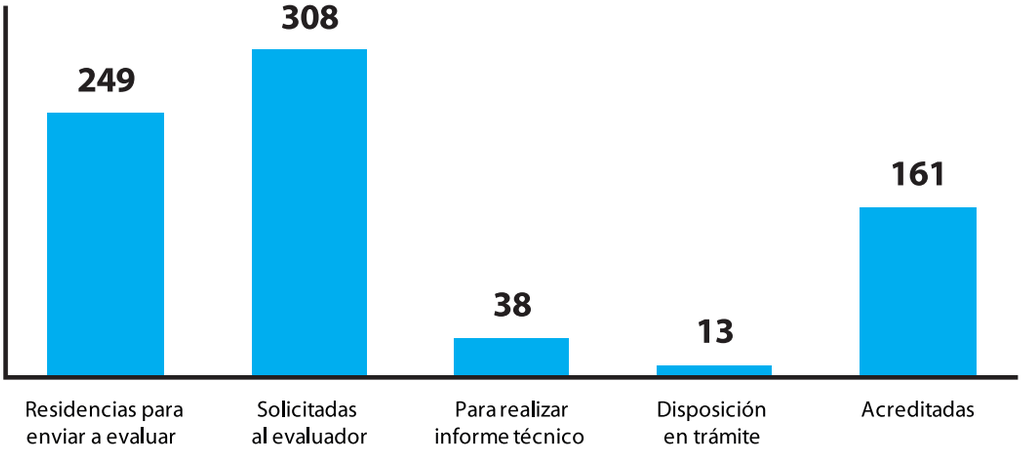
La **Comisión Asesora** se reúne cada 2 meses. Se presentan allí los Informes Técnicos realizados por el Equipo Técnico de Acreditación para la **revisión y aprobación del procedimiento realizado** (7). También discuten y efectúan recomendaciones y propuestas para abordar los distintos problemas que van surgiendo en la implementación del SNARES.

El Comité Técnico Federal se reúne dos veces al año y los Comités Técnicos Regionales lo hacen una vez al año. Se informa lo actuado por la Comisión Asesora y se tratan los Informes Técnicos de las residencias que presentan algún conflicto durante el proceso de acreditación (8).

Lo actuado en la Comisión Asesora y el Comité Técnico se recoge en las **actas de cada reunión.**

Una vez revisado todo el procedimiento de evaluación y los informes, la acreditación y categorización de la residencia se hace efectiva a través de una **Disposición del Presidente del SNARES** (9), el Subsecretario de Políticas, Regulación y Fiscalización. La disposición **se publica en el Boletín Oficial de la Nación** y se envía al responsable de la residencia, junto con el Informe Técnico Final. Finalmente, la residencia **se incorpora al Registro Único de Residencias Acreditadas** (10).

Residencias en Proceso de Acreditación, distintas etapas. Septiembre 2013



4. OTRAS HERRAMIENTAS PARA FORTALECER EL PROCESO

4.1 Documento Marco de Residencias

A propuesta de la Red Federal de Responsables de Recursos Humanos de Salud, se elaboró un documento que rescata los elementos esenciales del proceso formativo de la residencia con una perspectiva histórica y contiene el pensamiento de los responsables de la gestión de las residencias, poniendo foco en las tensiones que habitualmente surgen en un proceso de formación en el trabajo. El documento es parte de esta publicación. *Ver Capítulo 2.*

4.2 Guía para la Formulación de Programas

El Programa de Formación es otro de los componentes a analizar en el proceso de acreditación. La normativa contempla su estructura mínima, pero ésta permite una diversidad de formulaciones. Sin pretender hegemonizar el formato, pero tendiendo a orientar su diseño, se elaboró una guía que facilita la elaboración de los programas. A partir de 2012 la guía es de referencia obligada para elaborar los programas de residencias nacionales. *Ver Capítulo 3.*

4.3 Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas

El Marco de Referencia es un documento que establece los rasgos definitorios de la formación en las residencias. Como tal, contempla criterios básicos y estándares que definen aspectos sustantivos de cada especialidad, para ser tenidos en cuenta durante la Acreditación y la elaboración de los Programas de Formación de las distintas sedes y jurisdicciones.

Los documentos se elaboran en conjunto entre el Ministerio de Salud de la Nación, Sociedades Científicas, Asociaciones Profesionales, Universidades, referentes provinciales y de programas de nivel jurisdiccional y/o nacional. Para ello, se conforma una comisión por especialidad que se reúne mensualmente durante un período aproximado de veinte meses, y que discute y consensúa:

- *el Perfil del Egresado,*
- *los Bloques de Contenido de la especialidad y*
- *los Requisitos Mínimos para el funcionamiento de la residencia.*

El documento sigue el circuito de aprobación de la Comisión Asesora del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias y de la Comisión Nacional Asesora del Ejercicio de las Profesiones de Grado Universitario en Salud y es validado federalmente por el Comité Técnico.

Los Marcos que se presentan en esta publicación: Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología *(ver Capítulos 8, 9 y 10),* los que se encuentran en proceso de validación federal (Neonatología, Terapia Intensiva de Adultos, Terapia Intensiva Infantil, Clínica Médica y Cirugía General) y los que se encuentran en elaboración (Epidemiología y Salud Mental) utilizan este procedimiento.

4.4 Guía para la elaboración de Documentos Marcos de Referencia

Las primeras reuniones de las comisiones de especialidades están dedicadas a la comprensión del encuadre de trabajo en el marco de las competencias. A partir de la experiencia con las tres primeras comisiones, se decidió elaborar un material que permitiera a sus integrantes un acercamiento a la metodología utilizada, que se incluye en este libro. *Ver Capítulo 7.*

5. A DOS AÑOS Y MEDIO DE LAS PRIMERAS ACREDITACIONES: UN PROCESO CONSOLIDADO

Las primeras acreditaciones se realizan en abril de 2011 inaugurando el **Registro de Residencias Acreditadas del Equipo de Salud**[8]. Estas acreditaciones fueron, en su mayoría, residencias privadas nuevas o con acreditación anterior a la Resolución 450/06 y con plazo vencido. Si bien para las residencias privadas no es obligatoria la acreditación, el Ministerio de Salud de Nación continúa ejerciendo el poder de policía en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y, de acuerdo con la normativa vigente, los egresados de las residencias acreditadas por

8 El Registro de Residencias Acreditadas puede consultarse en la página web del Ministerio de Salud de la Nación. Está disponible en http://www.msal.gov.ar/residencias/c2d.php

este Ministerio pueden acceder en forma directa a la certificación de su especialidad[9]. En ese año también tiene lugar la aprobación del Documento Marco de Residencias y la apertura de nuevas comisiones para trabajar los Marcos de Referencia. Tanto la Comisión Asesora como el Comité Técnico proponen agregar las especialidades de Clínica Médica, Cirugía General y Ortopedia y Traumatología a las que ya habían sido señaladas por el COFESA, considerando que ellas configuran las especialidades con mayor volumen de formación y que, sumadas a las anteriores, proporcionan el espectro de especialidades que atienden la mayor parte de los problemas prevalentes de salud de la población.

En el año 2010 comienza la evaluación de las residencias nacionales de las especialidades definidas como prioritarias que ya cuentan con marco de referencia. Se realizan las evaluaciones de Medicina General / Familiar, Pediatría y Tocoginecología para las residencias de las regiones del Noreste y Noroeste Argentino, continuándose el siguiente año con las Regiones de Cuyo y Patagonia. En el año 2013, ya consolidado el proceso de acreditación, se continúa con la Región Centro y se avanza en la evaluación de otras especialidades: Cardiología, Clínica Médica, Terapia Intensiva, Terapia Intensiva Infantil, Neonatología y Cirugía General.

Residencias Acreditadas a Septiembre de 2013 según especialidad y fuente de financiamiento:

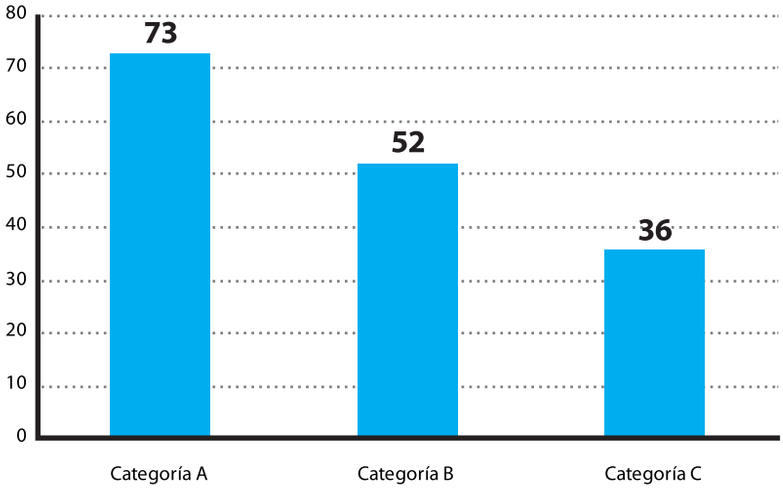
Provincia	Fuerzas de Seguridad	Privado	Público	Seguridad Social	Total
Cardiología		16	1		17
Cirugía general	1	7	1		9
Cirugía plástica y reparadora		1			1
Clínica médica	1	18		1	20
Coloproctología		1			1
Dermatología		2			2
Diagnóstico por imágenes	1	6			7
Infectología		1			1
Medicina general			25		25
Nefrología		1			1
Neonatología		1	3		4
Neumonología		1			1
Neurología		3			3
Neurología infantil		1			1
Oftalmología	1	6	1		8
Ortopedia y Traumatología		4			4
Otorrinolaringología		4			4
Pediatría		8	24		32
Terapia intensiva		2			2
Terapia intensiva infantil		1	2		3
Tocoginecología		3	10		13
Urología		2			2
TOTAL	4	89	67	1	161

9 Ley 23.873

5.1 El trabajo con las entidades evaluadoras

Se realizan reuniones periódicas con los evaluadores, en las que se revisa la utilización de las herramientas en el proceso de evaluación, la aplicación de los estándares de acreditación y la elaboración de los informes de evaluación.

Residencias Acreditadas según Categoría. Septiembre 2013.



5.2 El trabajo en la Comisión Asesora

La regularidad en las reuniones de la Comisión Asesora permitió ampliar el espectro de temas a abordar sobre los problemas en la implementación del SNARES.

De esta manera, a lo largo de estos años, la Comisión intervino en los siguientes temas:

Alcance de la certificación de la residencia. Recomienda considerar la certificación de la residencia por el Ministerio de Salud de Nación a los egresados de las residencias (acreditadas con categoría A o B) hasta un año antes de realizada la visita de evaluación, destacando que lo observado en el momento de la evaluación es parte de un proceso que se ha iniciado con anterioridad.

Aprobación de los requisitos para la apertura de nuevas residencias. Para la apertura de una residencia deberá presentarse:

- *Programa adecuado a la Guía de elaboración de Programas de Residencias y al Marco de la especialidad cuando lo hubiera.*
- *Presentación de un Director de Programa con certificado de especialista y con trayectoria docente.*
- *Sistema de ingreso de convocatoria pública y con examen.*
- *Instrumento de auto evaluación.*
- *Autorización de la autoridad jurisdiccional o la institución en quien ella delegue.*
- *Aval de la Entidad Científica (Registro de Entidades Evaluadoras reconocidas por el Ministerio de Salud).*

Conformación del equipo evaluador. Define que la evaluación debe ser realizada por dos evaluadores y en un plazo de dos días, como máximo. En Agosto de 2012 se define que al menos uno de los evaluadores de la residencia debe ser de una jurisdicción diferente a la de la sede evaluada.

Reacreditación. Establece que en la reacreditación se tendrá en cuenta el grado de cumplimiento de las recomendaciones publicadas en las disposiciones de acreditación anterior, para mantener o superar la categoría.

Plazo a otorgar a las residencias para presentarse a la acreditación bajo la legislación vigente (Res. 450/06, Res.1342/07). Acuerda como fecha límite el 31 de diciembre 2013 para la certificación de aquellas residencias con acreditación anterior vencida.

5.3 Otros desarrollos en relación con el proceso de acreditación

Los resultados del progreso de la acreditación dieron lugar a nuevos desarrollos para acompañar la gestión del Sistema y para abordar las recomendaciones realizadas a las residencias:-

Registro de residencias en el Sistema de Información Integrada Sanitario Argentino (SISA). Se registran las residencias que se incorporan al Sistema Nacional de Acreditación con los datos generales de la sede, responsables, año de apertura y el circuito de acreditación, conformándose progresivamente una base de datos.

Registro de Prácticas y Procedimientos para la evaluación de residentes. Se diseña y distribuye entre las residencias nacionales un instrumento para el registro de procedimientos que realiza cada residente.

Curso de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias. En conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, tiene lugar el primer curso virtual de capacitación para los responsables de la formación de los residentes en los servicios.

5.4 Hacia dónde vamos

Muchos son los desafíos que quedan por delante para mejorar la calidad de formación de residencias del equipo de salud a través del SNARES. Para los próximos años, las propuestas son:

- *Extender el alcance de la acreditación, incorporando evaluadores para todas las especialidades e incentivando la evaluación y acreditación en todas las residencias públicas provinciales del país.*
- *Elaborar marcos de referencia para todas las especialidades.*
- *Consolidar equipos de evaluadores con representación federal.*
- *Consolidar la interacción con otros organismos acreditadores como la CONEAU, compartiendo criterios de evaluación.*
- *Realizar seguimiento y asistencia técnica de las residencias no acreditadas y acreditadas con menor categoría con la participación de los responsables de residencias de cada jurisdicción, el Ministerio de Salud de Nación y las entidades evaluadoras.*
- *Acompañar, asesorar y sistematizar procesos de re acreditación y de apertura de nuevas residencias.*

CRONOLOGÍA - Hitos del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias

2006	**ABRIL**	Resolución 450/06. Crea el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud.
	MAYO / AGOSTO	Resoluciones 628/06 y 1200/06. Modifican la conformación de la Comisión Asesora.
	NOVIEMBRE	Primera reunión de Comisión Asesora.
	DICIEMBRE	Resolución 1922/06. Modificación de los integrantes del SNARES. Creación del Comité Técnico.
2007	**ABRIL**	La Comisión Asesora aprueba la propuesta de estándares.
	OCTUBRE	Resolución 1342/07. Define estándares y amplia los requisitos para la acreditación.
2008	**SEPTIEMBRE**	COFESA define especialidades prioritarias (Medicina General y/o Familiar, Pediatría, Tocoginecología, Neonatología, Terapia Intensiva Infantil, Terapia Intensiva de Adultos y Anestesiología) y solicita al Ministerio de Salud avanzar con la acreditación.
	OCTUBRE	El Secretario de Políticas, Regulación e Institutos convoca a la Comisión Asesora. Se presentan las definiciones del COFESA y la Comisión acuerda avanzar con la acreditación de las residencias de Medicina General y /o Familiar, Pediatría y Tocoginecología.
	DICIEMBRE	Se realiza la primera reunión de las Comisiones de dichas especialidades que van a elaborar la propuesta de marco de referencia.
2009	**MARZO**	A través de las Disposiciones 6 a 15 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización se incorporan las primeras entidades evaluadoras al Registro.
	MAYO	Se realiza la primera reunión de la Comisión de Neonatología. Se presenta la propuesta de Instrumento de Evaluación a la Comisión Asesora. La Comisión establece el canon para financiar las visitas de los evaluadores.
	NOVIEMBRE	El Comité Técnico aprueba el Instrumento de Evaluación.
2010	**MARZO**	Se presenta y se trabaja en taller con el Comité Técnico la propuesta de sistematización de estándares y categorización.
	ABRIL	La Comisión Asesora aprueba la propuesta de sistematización de estándares y categorización.
	AGOSTO / OCTUBRE	Se trabaja en las reuniones regionales el documento marco de residencias.
	SEPTIEMBRE	Disposición 29/2010 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización aprueba el Instrumento de Evaluación y la sistematización de los estándares y categorización.
	OCTUBRE / DICIEMBRE	Finaliza la elaboración de los Marcos de Referencia de Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología.
	NOVIEMBRE	El Comité Técnico solicita que, además de las especialidades priorizadas, se desarrollen los marcos de referencia de Clínica Médica, Cirugía General y Ortopedia y Traumatología. Comienzan las evaluaciones de Residencias Nacionales del NEA y NOA.
2011	**MARZO**	El Comité Técnico aprueba los Marcos de Referencia.
	ABRIL / JUNIO	Comienzan las Comisiones de Terapia Intensiva de Adultos, Terapia Intensiva Infantil, Cirugía General y Clínica Médica.
	JUNIO	La Comisión Asesora aprueba los Marcos de Referencia de Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología.
	SEPTIEMBRE	La Comisión Asesora avala el Documento Marco de Residencias del Equipo de Salud.
	NOVIEMBRE	La Comisión Asesora aprueba considerar la certificación de la residencia por el Ministerio de Salud de Nación a los egresados de las residencias hasta un año antes de realizada la visita de evaluación. Define los requisitos para la apertura de nuevas residencias.
2012	**ENERO**	Se termina la elaboración de la guía para la formulación de Programas.
	MAYO	La Disposición 26/2012 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización homologa los efectos de las residencias acreditadas a los residentes que se encontraran en la misma hasta un año antes de la evaluación.
	AGOSTO	Se incorpora a la Comisión Asesora el Foro Argentino de Facultades y Escuelas Públicas de Medicina.
	OCTUBRE	Finaliza la elaboración del Marco de Referencia de Neonatología.
	NOVIEMBRE	El Comité Técnico aprueba la Matriz de Valoración.
	DICIEMBRE	La Comisión Asesora aprueba la Matriz de Valoración. Establece el procedimiento para la reacreditación.
2013	**MARZO**	El Comité Técnico aprueba el Marco de referencia de Neonatología.
	JUNIO / SEPTIEMBRE	Finaliza la elaboración de los Marcos de Referencia de: Terapia Intensiva de Adultos, Terapia Intensiva Infantil, Cirugía General y Clínica Médica.
	JUNIO	Comienza el Curso Virtual de Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias.
	AGOSTO / SEPTIEMBRE	Se presenta en las reuniones regionales de la Red el Registro de Prácticas.

CAPÍTULO 1

RESOLUCIONES

1. RESOLUCIÓN 450/2006

Ministerio de Salud / RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

Resolución 450/2006

Créase el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Criterios básicos. Integrantes del sistema. Registros.

Bs. As., 7/4/2006

Visto el Expediente Nº 2002-4338/06-7 del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE, la Ley Nº 17.132 que establece las Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, la Ley Nº 22.127 que establece el Sistema Nacional de Residencias y la Ley Nº 23.873 modificatoria 21 y 31 de la Ley Nº 17.132 que regula el empleo de títulos o certificados profesionales y las Resoluciones Nº 174 de fecha 4 de abril de 1988, que crea el Comité de Evaluación de Residencias Nº 323 de fecha 31 de mayo de 2002 que aprueba el reglamento básico de la residencia en salud y Nº 325 de fecha 31 de mayo de 2002 que establece la competencia para efectuar la acreditación de las residencias en salud y,

CONSIDERANDO:

Que por la Ley Nº 22.127 se creó el Sistema Nacional de Residencias de Salud y el Consejo Nacional de Residencias de la Salud (C.O.N.A.R.E.S.A.), a los fines de la conducción del sistema, en el ámbito de por la entonces Secretaría de Salud Pública.

Que, esta norma, incorporó la posibilidad de anunciarse como especialista a quienes tuvieran el certificado de aprobación de las residencias extendido por el CONARESA, realizando así una modificación en la de Ejercicio Profesional.

Que distintas razones frustraron el funcionamiento del CONARESA con el consiguiente perjuicio para el correcto funcionamiento y control del sistema previsto.

Que mediante Resolución Nº 174/88 se implementó el Sistema de acreditación de residencias y se creó el Comité de Evaluación de las mismas, constituyendo un buen paliativo de la situación reinante.

Que mediante Resolución Nº 596/91 modificatoria de la Resolución Nº 174/88 se estableció una nueva constitución del Comité de Evaluación de Residencias.

Que por la Ley Nº 23.873 modificatoria de la Ley de Ejercicio Profesional Nº 17.132 se estableció que el ingreso a la especialidad, mediante el certificado de aprobación de la residencia, debía ser extendido por institución pública o privada reconocida al efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que establezca la reglamentación, estableciendo asimismo la duración de la misma y el registro de las especialidades reconocidas.

Que, en uso de estas facultades reglamentarias se dictó la Resolución Ministerial Nº 323/ 2002, que aprobó el Reglamento Básico de la Residencia de Salud e invitó a las autoridades sanitarias de las provincias a adherir al mismo.

Que, desde el ámbito privado, existen diferentes sociedades científicas y profesionales que tienen en marcha una acreditación voluntaria, periódica y realizada por los pares de programas de residencias en salud.

Que sin perjuicio de los esfuerzos realizados, desde el espacio público como privado, no se ha logrado, tanto por factores organizacionales como normativos, la armonización federal en la formación de los recursos humanos que asegure mínimos estandarizados sostenidos en el tiempo.

Que mediante el consenso generado en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) se estableció el PLAN FEDERAL DE SALUD cuyo objetivo es fijar las bases de la política sanitaria nacional desde el año 2004 hasta el año 2007.

Que en dicho documento y en materia de Regulación de Recursos Humanos, en su punto 7.2.4. acápite a) se dispuso "Implementar procesos de evaluación del conjunto de las instancias de formación, con especial énfasis en las residencias de los equipos de salud a través de la Comisión Asesora en Evaluación de Residencias u otros mecanismos."

Que en el acápite citado precedentemente el COFESA ha establecido la política a seguir en la formación del recurso humano, ejerciendo el rol de rectoría que le es propio.

Que en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE resulta ser la SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN la instancia competente para implementar las acciones necesarias, a través de la DIRECCIÓN NACIONAL EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD, para el cumplimiento de dichas directrices.

Que en ese contexto, se elaboró una propuesta que define las pautas mínimas que deben generarse en el continuo aprendizaje del equipo de salud, bajo el sistema de residencia, que permita reconocer a cada uno de sus integrantes el alcance nacional de la acreditación como residentes.

Que a efectos de poder lograr el éxito deseado en la formación y calificación de los recursos humanos en salud que garantice calidad; resulta necesario el aporte, colaboración y participación de los distintos actores y por ello, se crea el SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD.

Que en este orden de ideas, el Sistema funcionará en la órbita del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE y será presidido por la SUBSECRETARIA DE POLÍTICA, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN EN SALUD quien deberá diseñar las acciones para concretar las políticas directrices emanadas del COFESA a través de la DIRECCIÓN NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD que actuará como Coordinadora. Asimismo lo integrarán la Comisión Asesora, las entidades evaluadoras y cada uno de los formadores.

Que para una correcta transparencia y publicidad del sistema se crea el REGISTRO NACIONAL ÚNICO DE RESIDENCIAS ACREDITADAS DEL EQUIPO DE SALUD en el que se inscribirán voluntariamente aquellas residencias que hayan sido certificadas por las entidades evaluadoras.

Que a idénticos efectos, las entidades que deseen participar como entidades evaluadoras deberán solicitar su inscripción en el REGISTRO ÚNICO DE ENTIDADES EVALUADORAS DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD que por la presente se crea y no podrán ser parte de la Comisión Asesora.

Que lo expuesto conlleva la obligación de las entidades interesadas de efectivizar su inscripción demostrando idoneidad, aptitud, antecedentes académicos suficientes y disposición para trabajar con pautas acordes a las políticas impulsadas para la formación del Recurso Humano en Salud.

Que con el fin de un mejor cumplimento de las metas propuestas el Coordinador contará con la colaboración de una COMISIÓN ASESORA DE EVALUACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD integrada por representantes de las jurisdicciones (nacional, provincial y del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y por entidades académicas, científicas, deontológicas y universitarias, de reconocido prestigio dentro del Sector.

Que asimismo resulta imprescindible el establecimiento de pautas mínimas que serán exigibles a cada entidad formadora independientemente de la naturaleza pública o privada de la institución de que se trate o en la que se desarrolle la residencia respecto al cuerpo docente, asistencial, programas y demás condiciones necesarias, de acuerdo a los estándares de calidad que se determinen para alcanzar la validez nacional que otorga el reconocimiento del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE.

Que a fin de asegurar los estándares de calidad deseados resulta imprescindible que se establezcan plazos de extinción de la acreditación concedida que no superen los CINCO (5) años.

Que para respetar la situación establecida y la normativa aplicable hasta el dictado de la presente medida, se establece un período de transición en el cual serán válidas las

acreditaciones realizadas a la fecha de entrada en vigencia de la presente norma, reconocidas por este Ministerio.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD Y AMBIENTE

RESUELVE:

Artículo 1º - Créase el SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD, en el ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, el que se desarrollará de acuerdo a los siguientes criterios básicos:

1- Preservar el espacio de las Residencias del Equipo de salud como sistema de formación para la promoción y cuidado de la salud de la comunidad.

2- Articular las necesidades de formación con la necesidad del Recurso Humano en Salud relevado en el Sistema de Salud.

3- Desarrollar un modelo educacional con programación supervisada, con integración docentea-sistencial, incentivando en la misma la concepción interdisciplinaria para la formación de equipos de salud.

4- Considerar la formación para la acción, en escenarios emergentes o no tradicionales, teniendo en cuenta condicionantes socio-sanitarios y epidemiológicos.

5- Incorporar el criterio de calidad como una construcción continua, más que como un resultado y la periodicidad de la acreditación como un mecanismo de calidad.

6- Promover la formación de Recursos Humanos en Salud enmarcada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, asegurando modelos de supervisión y evaluación permanente, adaptando la estructura de apoyo docente a los cambios dinámicos del entorno y articulando las oportunidades de formación con las verdaderas necesidades de la comunidad.

Art. 2º - INTEGRANTES DEL SISTEMA: Integrarán el Sistema creado en el artículo anterior: el CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA) como rector de la política a seguir en la formación del recurso humano en salud, la SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN presidiendo el sistema, la DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD como Coordinador, UN (1) Comité Técnico del Organismo Rector, la Comisión Asesora de las autoridades del sistema, las Entidades Evaluadoras y cada uno de los formadores.

(Artículo sustituido por art. 1° de la Resolución Nº 1922/2006 del Ministerio de Salud B.O. 13/12/2006)

Art. 3º - RECTOR: Es el principal responsable del Sistema y está integrado por los Representantes de los distintos Ministerios que conforman el CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA). Su función es definir e impulsar las políticas y estrategias a seguir en la formación de los recursos humanos en el marco del Plan Federal de Salud.

COMITÉ TÉCNICO: El Organismo Rector, contará con UN (1) Comité Técnico integrado por los Responsables de Recursos Humanos de cada una de las jurisdicciones, que tendrá a su cargo evaluar, discutir, consensuar los dictámenes emitidos por la Comisión Asesora, pudiendo requerir reuniones conjuntas con la misma, para la reconsideración de temas que así lo resuelvan pertinente.

(Artículo sustituido por art. 2° de la Resolución Nº 1922/2006 del Ministerio de Salud B.O. 13/12/2006)

Art. 4º - DE LA PRESIDENCIA Y COORDINACIÓN DEL SISTEMA: Presidirá el Sistema la SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN EN SALUD y la coordinación del sistema estará a cargo del Director Nacional de Recursos Humanos en Salud. Ambos integrantes deberán dictar los actos administrativos necesarios para el desarrollo del sistema y gestionar como autoridades competentes todo lo que al mismo se refiera.

Art. 5º - DE LA COMISIÓN ASESORA: La Comisión Asesora funcionará en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE y estará presidida por el Coordinador del Sistema e integrada

por DIEZ (10) miembros, que representarán a las entidades y/o organismos que se detallan en el ANEXO I, cuyos representantes rotarán anualmente en la integración de la Comisión a efectos de lograr la alternancia en el seno de la misma y siempre que no se encuentren inscriptas en el Registro Único de Entidades Evaluadoras ni sean formadores. Facúltese al SUBSECRETARIO DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN, a invitar para conformar la Comisión Asesora a otras entidades públicas o privadas que considere con la adecuada solvencia para el logro del fin prefijado.

Art. 6º - OBJETIVO Y FUNCIONES DE LA COMISIÓN ASESORA: El principal objetivo de la Comisión Asesora es colaborar con las autoridades del sistema generando propuestas de normativa para implementar las políticas definidas por el Rector del Sistema en el marco de los principios que guían el Sistema de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, asimismo deberá coordinar y supervisar los operativos de evaluación llevados a cabo por las entidades inscriptas en el Registro Único de Entidades Evaluadoras pudiendo proponer las acciones que mejoren el sistema en cualquiera de sus aspectos.

Serán funciones de la Comisión Asesora:

a) Asesorar a las autoridades del Sistema sobre los requerimientos para la constitución y funcionamiento de un Registro Único de Entidades Evaluadoras de las Residencias del Equipo de Salud.

b) Coordinar y supervisar los operativos de evaluación llevados a cabo por las entidades evaluadoras que surgirán de un registro único.

c) Desarrollar indicadores de eficiencia y calidad, que permitan el monitoreo objetivo, periódico, participativo y comprensivo tanto de las entidades como de los programas y establecimientos de la entidad formadora.

d) Asesorar a las entidades evaluadoras sobre la adaptabilidad local de los criterios generales y específicos.

e) Proponer y asesorar a las autoridades del sistema sobre las medidas y modificaciones que se consideren necesarias y/o convenientes para la mejora continua de las Residencias del Equipo de Salud.

f) Dictaminar con carácter no vinculante ante los reclamos por los procedimientos y/o resultados de la evaluación de una residencia o por el funcionamiento de un formador.

g) Todas aquellas acciones que soliciten las autoridades del Sistema.

Art. 7º - REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO: La Comisión Asesora deberá en un lapso de TREINTA (30) días, contados a partir de su conformación, elaborar su reglamento de funcionamiento, que deberá ser aprobado por el SUBSECRETARIO DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN EN SALUD y establecer una Coordinación a cargo del elegido entre la terna que al efecto presenten, los miembros de dicha Comisión, al Señor Ministro.

Art. 8º - HONORARIOS: Los miembros de la COMISIÓN ASESORA no percibirán remuneración por el ejercicio de sus funciones. En el caso de tratarse de funcionarios de este Ministerio, los mismos actuarán sin prejuicio de las tareas propias de sus respectivos cargos y su designación no implicará el desempeño de funciones superiores ni importará erogación fiscal alguna.

Art. 9º - ENTIDADES EVALUADORAS: Podrán ser entidades evaluadoras aquellas que acrediten idoneidad, aptitud, antecedentes académicos suficientes en el área del conocimiento de que se trate, y disposición para trabajar con pautas acordes a las políticas emanadas del CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA), en lo referido a la formación de Recursos Humanos del Sector Salud.

Los operativos de evaluación, que no tendrán costo económico para los equipos formadores que requiera la acreditación de una residencia, se realizarán sobre la base de los estándares de acreditación elaborados con participación de los Responsables de Recursos Humanos en Salud de las jurisdicciones y aprobados por el CONSEJO FEDERAL DE SALUD (COFESA). Los mismos serán realizados por las entidades evaluadoras con la presencia obligatoria de representantes de las jurisdicciones (Nacional, Provincial o del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), según corresponda.

Las Entidades Evaluadoras deberán ser inscriptas por el Coordinador en el respectivo registro

y serán sus funciones:

a) Cumplir con los requisitos y criterios básicos para la evaluación del equipo formador que requiera la acreditación de una residencia y así lo solicite.

b) Recibir, tramitar y evaluar en los plazos que se establezcan la acreditación de las residencias, que así se lo soliciten y siempre que se encuentre vigente su inscripción en el Registro Único de Entidades Evaluadoras de Residencias del Equipo de Salud.

c) Desarrollar las tareas concretas de evaluación de los programas de residencias, cuya acreditación les fuere encomendada por el Coordinador del Sistema.

d) Aprobar o desaprobar la evaluación fundadamente y elevarla al Coordinador del Sistema.

e) Notificar periódicamente a la Comisión Asesora el resultado de sus acciones.

f) Brindar en tiempo y forma oportuna toda la información pertinente que le sea requerida por la Comisión Asesora y/u otra autoridad del sistema.

(Artículo sustituido por art. 3° de la Resolución Nº 1922/2006 del Ministerio de Salud B.O. 13/12/2006)

Art. 10. - EQUIPO FORMADOR: Se entiende por equipo formador a los Servicios y/o Establecimientos de orden Nacional, Provincial, Municipal o Privados, que requieran acreditación de una Residencia del Equipo de Salud y completen el formulario de auto evaluación, conjuntamente con el formulario de solicitud y cuente con los siguientes requisitos, sin los cuales no es posible comenzar el trámite:

a) Comité de Docencia e Investigación, Comité de Ética y Comité de Control de Infecciones, conformados estos por: miembros que certifiquen una adecuada trayectoria académica y profesional en sus respectivas especialidades según el correspondiente nivel del establecimiento.

b) Funcionamiento de acuerdo al Programa de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

c) Biblioteca con bibliografía actualizada y disponible (información estadística del servicio y/o establecimiento y poseer Archivo Central de historia clínica única).

d) Cuerpo docente y asistencial dentro de los parámetros establecido en el ANEXO II.

e) Sistema de residencia dentro de lo establecido en el Anexo III.

La inclusión de una residencia en el sistema de acreditación es voluntaria, salvo aquellas cuyos cargos se financien desde el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en los que su inscripción es obligatoria.

Atento que el presente régimen no altera el principio de asignación de estos cargos en servicios públicos, invítese a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a acreditar, también con carácter obligatorio, las residencias que financian.

Art. 11. - REGISTROS: Dispónese la creación del REGISTRO NACIONAL ÚNICO DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD ACREDITADAS y del REGISTRO ÚNICO DE ENTIDADES EVALUADORAS DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD. En el primero se inscribirán a todas aquellas residencias públicas o privadas que hayan sido acreditadas a través de los procedimientos definidos en la presente Resolución; y en el otro, a todas aquellas entidades que soliciten su inscripción como evaluadoras y acrediten idoneidad, aptitud, antecedentes académicos suficientes y disposición para trabajar con pautas acordes a las políticas emanadas de este Ministerio. Ello, en tanto se trate de especialidades reconocidas por el MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE según las directrices definidas en el Plan Federal de salud. Ambos registros funcionarán en la órbita de la Dirección Nacional de Recursos Humanos en Salud dependiente de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización.

Art. 12. - VIGENCIA DE LAS ANOTACIONES EN EL REGISTRO: Las acreditaciones tendrán como máximo un plazo de CINCO (5) años de vigencia, durante el cual, el equipo formador se compromete a facilitar y permitir todas las fiscalizaciones que la autoridad competente y las autoridades del sistema realicen.

La inscripción de las entidades evaluadoras se realizará por un plazo de TRES (3) años, vencido el cual deberá solicitar si así lo desea su nueva inscripción.

Art. 13. - QUEJAS, RECLAMOS Y CONSULTAS: Cualquier integrante del sistema o tercero interesado podrá presentar su consulta, queja o reclamo respecto a la revisión del acto de acreditación, la evaluación o la inscripción durante todo el tiempo que demande el procedimiento de evaluación y/o acreditación ante la DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD en las condiciones que la misma determine, y en su carácter de organismo acreditador.

Art. 14. - REQUISITO PARA EL FINANCIAMIENTO DE CARGOS DE RESIDENTES: Sin perjuicio de la validez de la normativa aplicable respecto de los requisitos exigidos para el financiamiento de cargos de residentes por el Estado Nacional, deberá incluirse entre los mismos que el formador se encuentre acreditado por el presente Sistema.

Art. 15. - INCOMPATIBILIDADES: Los formadores no podrán ser miembros de la Comisión Asesora ni de las entidades Evaluadoras. Asimismo los integrantes de las Entidades evaluadoras no podrán ser miembros de la Comisión Asesora o del Formador.

La sola detección de estas incompatibilidades, habilitará al MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE a exigir su exclusión del sistema.

Art. 16. - ADHESIONES: Invítese a las jurisdicciones provinciales y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires así como a todas las entidades públicas o privadas con régimen de residencias a adherir y/o inscribirse, según el caso en el sistema.

Art. 17. - CLÁUSULA TRANSITORIA: La Comisión Asesora de las autoridades del sistema podrá aconsejar, por esta única vez, la extensión de las acreditaciones realizadas con anterioridad a la fecha de la presente Resolución, por las entidades registradas a este efecto, otorgándoles validez nacional por el lapso establecido según la respectiva evaluación y acreditación, en tanto cumplan con la presente normativa. De no ser así, deberá indicarse el temperamento a adoptar en estos casos.

Art. 18. - Derógase la Resolución de la ex- SECRETARIA DE SALUD Nº 89 de fecha 26 de febrero de 1998 y la Resolución de la ex-SECRETARIA DE SALUD Nº 174 de fecha 4 de abril de 1988 y modificatorias así como toda otra resolución o disposición que se oponga al presente Régimen.

Art. 19. - Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Boletín Oficial. Cumplido, archívese. — Ginés M. González García.

ANEXO I

(Anexo sustituido por art. 1° de la Resolución Nº 628/2006 del Ministerio de Salud y Ambiente, B.O. 17/5/2006)

- Academia Nacional de Medicina.

- Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación Médica de Postgrado en la República Argentina (A.C.A.P).

- Asociación de Facultades Argentinas de Ciencia Médicas de la República Argentina (A.FA. CI.ME.R.A).

- Asociación de Facultades de Odontología de la República Argentina (A.F.O.R.A).

- Asociación de Unidades Académicas de Psicología (A.U.A.Psi).

- Sociedad Argentina de Investigación y Desarrollo en Educación Médica (SAIDEM).

- Comisión Nacional Asesora de Evaluación y Acreditación Universitaria (CO.N.E.A.U).

- Comisión Nacional de Enfermería.

- Confederación Médica de la República Argentina (CO.M.R.A).

- Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas (CON.F.E.ME.CO).

- Ente Coordinador de Unidades Académicas de Farmacia y Bioquímica (E.C.U.A.F.Y.B).

- Asociación de Unidades Académicas de la República Argentina de Kinesiología y Fisiatría.

- Organización Panamericana de la Salud (O.P.S).

- Confederación Farmacéutica de la República Argentina (CO.F.A.).

- Confederación de Clínicas y Sanatorios Privados de la República Argentina (CONFE.CLI.SA).

- Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados de la República Argentina – (ADECRA).

ANEXO II

A) SERVICIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS.

La formación de los residentes se desarrollará en Servicios y/o Establecimientos que cumplan con las disposiciones del Programa de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y las Residencias deberán llevarse a cabo en Establecimientos que cuenten con Comité de Docencia e Investigación, Comité de Ética y Comité de Control de Infecciones, conformados éstos, por miembros que certifiquen una adecuada trayectoria académica y profesional, en las especialidades correspondientes.

Los Servicios y/o Establecimientos deberán contar con una infraestructura pedagógica que asegure la existencia de una biblioteca con bibliografía actualizada y disponible, información estadística sobre la actividad del servicio y/o establecimiento, conexión con los servicios de apoyo u otros servicios que participen en el mecanismo de aprendizaje y Archivo Central de historia clínica única.

En el caso de Residencias que se desarrollen fuera de establecimientos asistenciales, deberán llevarse a cabo convenios con establecimientos asistenciales de referencia, con experiencia en el desarrollo de programas de residencia y requisitos similares a los exigidos para las que se realizan en establecimientos asistenciales.

B) CUERPO DOCENTE Y ASISTENCIAL.

Los Directores del Programa de Residencia serán los Jefes del Servicio, debiendo poseer, como mínimo, título o certificado de la especialidad, cuando corresponda, más de 5 años de ejercicio profesional y/o docente en la misma y adecuada trayectoria académica y profesional, debiendo contar además, con una designación específica para la función.

Los Directores de los Programas de Residencias deberán reunirse periódicamente con el Comité de Docencia e Investigación del establecimiento siendo sus funciones la preparación, ejecución y supervisión del plan de enseñanza, la organización de la formación de los residentes, la garantía de la supervisión adecuada y permanente de las actividades de los mismos, contando como mínimo con la presencia de un Instructor y/o Docente durante el horario completo de las Residencias, incluyendo guardias, y el desarrollo de programas de capacitación continua y pedagógica para docentes e instructores de la residencia.

Los docentes de la residencia, deberán ser profesionales del servicio con interés en ejercer la docencia, que acrediten antecedentes de docencia Universitaria y/o Investigación o méritos equivalentes y que hayan recibido una designación específica para el desarrollo de las funciones asignadas o comprometidas.

Los instructores de la residencia deberán ser profesionales del servicio que, hayan sido elegidos de entre los recién egresados del mismo programa, por acuerdo entre los candidatos y el Comité de Docencia e Investigación y se ofrezcan para realizar tareas de instructoría a residentes.

El jefe de residentes será un profesional que haya completado su Programa de residencia siendo elegido de entre los recién egresados del mismo programa, por acuerdo entre los candidatos y el Comité de Docencia e Investigación. Con carácter excepcional, cuando en una Residencia no haya egresados o no existan interesados en el cargo o cuando los interesados carezcan de condiciones para ocupar dicha jefatura (capacidad de conducción de grupos, principios éticos, aptitudes para la organización de las actividades, buena predisposición para la transferencia de conocimientos, buen concepto entre sus pares y superiores, sólidos conocimientos y buenas evaluaciones durante el período de su Residencia), podrá ser reelegido por única vez, el jefe de residentes del año anterior de la misma residencia, servicio y establecimiento o bien se procederá a realizar un Concurso Abierto entre ex jefes de residentes de otros Establecimientos de la misma especialidad. De no existir interesados entre estos últimos, se procederá a concursar el cargo entre los residentes recién egresados de la misma especialidad, de otros establecimientos, debiendo en esta instancia, publicar el llamado a Concurso, por única vez, en el periódico de mayor circulación existente.

El Jefe de Residentes permanecerá un (1) año en su cargo y desempeñará sus funciones con dedicación exclusiva, con las mismas obligaciones que los demás residentes. Al final de su período, y si su actuación ha sido satisfactoria, recibirá un certificado extendido por la institución en la cual se ha desempeñado.

Serán sus funciones organizar y coordinar las tareas de los residentes, dentro de los programas preestablecidos, reunirse por lo menos una vez al día con los residentes, con el objeto de discutir el desarrollo de las tareas asignadas dentro del servicio, reunirse periódicamente con el Jefe de Servicio o Unidad para coordinar las tareas de los residentes, actuar conjuntamente con los instructores en la confección de las actividades de los residentes, coordinar las tareas comunes con los Jefes de Residentes de otros departamentos o servicios, promover el trabajo interdisciplinario durante la Residencia, participar en la evaluación periódica de los residentes desde el punto de vista profesional, personal y ético y garantizar la concurrencia de los residentes a las actividades docentes del programa.

ANEXO III

a) PROGRAMA DE RESIDENCIA.

El Programa de Enseñanza deberá establecer claramente las habilidades y competencias para los actos profesionales que deberán adquirirse en cada año, debiendo contemplar actividades de promoción, prevención, curación, tratamiento y rehabilitación de la salud, enmarcadas en la estrategia de APS.

Deberán, asimismo, contemplar el proceso de salud enfermedad, mediante el análisis comparativo de estadísticas locales con otras nacionales y/o mundiales.

Los servicios o Instituciones que inicien o continúen programas de post-grado mediante el sistema de Residencias deberán presentar anualmente el programa que desarrollarán desde la iniciación hasta la finalización del período de capacitación previsto, para la dotación que comienza en cada año.

Las vacantes de las Residencias se cubrirán exclusivamente por Concurso público y abierto, que incluya como mínimo, una evaluación formalizada, que dé lugar a un orden de mérito.

Deberán generar un registro de prácticas profesionales, experiencias y actividades de formación, capacitación, docencia e investigación (presentaciones a congresos, búsquedas bibliográficas, monografías, estudios estadísticos de casos, etc.) cumplidas por cada uno de los residentes a fin de dejar constancia del proceso de capacitación continua realizado por cada uno de ellos. La evaluación permanente de los residentes deberá acreditar la adquisición de competencias, conocimientos, procedimientos y actitudes éticas.

La promoción al año superior o finalización de la Residencia, se efectuará mediante, por lo menos, una evaluación formal por medio de examen escrito.

Las Residencias deberán establecer, a través de convenios o acuerdos, la rotación externa de los residentes, a fin de garantizar que los mismos adquieran experiencia y conocimientos que no puedan incorporarse en la misma Institución y que al mismo tiempo facilite el proceso de socialización del profesional en ámbitos institucionales diversos del de origen, tomando contacto de este modo con realidades y problemáticas diferentes de las que se han conocido en el ámbito de formación.

Los residentes deberán cumplir un régimen de formación no menor a cuarenta y ocho (48) horas semanales, con dedicación exclusiva y realizar no más de 8 (ocho) guardias mensuales, en aquellas que la requieran, alternando una (1) guardia durante días hábiles y otra, durante sábado o domingo.

Las 48 horas de actividad semanal respetarán la siguiente distribución: 70% en actividades asistenciales y/o prácticas, con supervisión docente y 30% en actividades educativas: docencia, investigación y estudio también supervisadas.

2. RESOLUCIÓN 1342/2007

Ministerio de Salud / RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

Resolución 1342/2007

Impleméntase el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, creado por la Resolución Nº 450/2006.

Bs. As., 10/10/2007

VISTO el expediente Nº 2002-15.641/07-1 del registro del MINISTERIO DE SALUD y las Resoluciones Ministeriales Nº 450 de fecha 7 de abril de 2006 y Nº 1922 de fecha 6 de diciembre de 2006, y

CONSIDERANDO:

Que por dichas resoluciones se creó el SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD y se establecieron los criterios básicos, los integrantes del sistema y los registros.

Que se determinó que el Sistema funcionará en la órbita del MINISTERIO DE SALUD y será presidido por la SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN quien deberá diseñar las acciones para concretar las políticas directrices emanadas del CONSEJO FEDERAL DE SALUD —COFESA— a través de la DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD que actuará como Coordinadora.

Que la COMISIÓN NACIONAL ASESORA DE EVALUACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD conformada por asociaciones profesionales, científicas, colegios profesionales y Universidades elaboró y consensuó los documentos "Criterios y Estándares Básicos de las Residencias del Equipo de Salud", "Esquema de Presentación de Programas Docentes de Residencias en Salud" y "Requisitos para la Inscripción de Entidades Evaluadoras".

Que el Comité Técnico tiene a su cargo la tarea de evaluar las propuestas de la Comisión Asesora por mandato del COFESA establecido por la Resolución Nº 1922/06.

Que dicho Comité Técnico formado por los responsables de Recursos Humanos de las jurisdicciones provinciales, previo análisis y modificaciones de forma aprobó los documentos consensuados por la Comisión Nacional Asesora.

Que con las instancias previas realizadas el CONSEJO FEDERAL DE SALUD —COFESA— aprobó dichos documentos en su Reunión Ordinaria del 11 y 12 de septiembre de 2007.

Que habiendo seguido las directivas establecidas por CONSEJO FEDERAL DE SALUD —COFESA— es posible implementar el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud bajos las pautas establecidas por los documentos aprobados y por lo establecido por la Resolución Nº 450/06 que no se contraponga a los mismos.

Que para dicha implementación es necesario poner en funcionamiento el REGISTRO NACIONAL ÚNICO DE RESIDENCIAS ACREDITADAS DEL EQUIPO DE SALUD y el REGISTRO ÚNICO DE ENTIDADES EVALUADORAS DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD definidos en la Resolución Nº 450/06.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1º - Impleméntase el SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD creado por la Resolución Ministerial Nº 450 de fecha 7 de abril de 2006, modificada por la Resolución Ministerial Nº 1922 de fecha 6 de diciembre de 2006.

Art. 2º - Apruébanse los documentos "Criterios y Estándares Básicos de las Residencias del Equipo de Salud", "Esquema de Presentación de Programas Docentes de Residencias en Salud" y "Requisitos para la Inscripción de Entidades Evaluadoras" y que constituyen el ANEXO I de la presente.

Art. 3º - Los documentos aprobados por la presente y lo establecido en la Resolución Ministerial Nº 450 de fecha 7 de abril de 2006, constituyen los fundamentos del SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD.

Art. 4º - Impleméntase el REGISTRO NACIONAL ÚNICO DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD ACREDITADAS, el REGISTRO DE PROGRAMAS DE RESIDENCIAS ACREDITADAS y el REGISTRO ÚNICO DE ENTIDADES EVALUADORAS DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD creados por Resolución Ministerial Nº 450 de fecha 7 de abril de 2006 y el REGISTRO DE PROGRAMAS DE RESIDENCIAS ACREDITADAS.

Art. 5º - Establécese que el REGISTRO NACIONAL ÚNICO DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD ACREDITADAS, el REGISTRO DE PROGRAMAS DE RESIDENCIAS ACREDITADAS y el REGISTRO ÚNICO DE ENTIDADES EVALUADORAS DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD funcionarán en el ámbito de la SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN bajo la Coordinación Operativa de la DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD de dicha Subsecretaría.

Art. 6º - Apruébanse los formularios tipo de inscripción de entidades evaluadoras y de Residencias Acreditadas que constan en ANEXO II y III de la presente.

Art. 7º - La DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD será la encargada de implementar, mantener, actualizar y publicar los datos producidos por los registros mencionados en el artículo 5º, a través de mecanismos administrativos definidos por dicha Dirección Nacional.

Art. 8º - Las Residencias del Equipo de Salud para ser inscriptos en el REGISTRO NACIONAL ÚNICO DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD ACREDITADAS deberán adherir expresamente a las previsiones de la presente y tendrán los siguientes Derechos y Obligaciones:

a) Las conducciones de las Residencias del Equipo de Salud, sean éstas nacional, provincial o institucional, podrán optar por la entidad que efectúe su evaluación dentro de las comprendidas en el REGISTRO ÚNICO DE ENTIDADES EVALUADORAS DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD.

b) La evaluación y acreditación de las Residencias de financiamiento público nacional y aquéllas de financiamiento provincial que hayan adherido a esta Resolución a través del COFESA será de aplicación obligatoria y de carácter voluntario para el resto de las residencias.

c) La reglamentación del proceso mediante el cual se arriba al resultado final de la evaluación, así como las posibles apelaciones del dictamen deben estar claramente definidos por el evaluador, de modo que se encuentren en conocimiento de los potenciales usuarios de los servicios de evaluación.

d) Efectuado el pedido de evaluación, la fecha de la misma, los integrantes del Equipo Evaluador, los procedimientos a aplicar en el terreno y demás condiciones, deberán estar en conocimiento y contar con conformidad del evaluado.

e) Relevada la información y documentación en terreno para verificar el cumplimiento de los estándares el evaluador deberá entregar a la residencia evaluada no sólo el resultado de la evaluación, sino también un informe detallado de las fortalezas y debilidades halladas.

f) El resultado de la evaluación y los hallazgos encontrados, deben ser confidenciales. Los diferentes resultados posibles deben tener, si se requiere, compromisos de mejora del servicio evaluado, en un plazo de implementación a cuyo término deberán evaluarse nuevamente.

g) La Residencia evaluada deberá presentar al Ministerio de Salud la certificación de la evaluación y el Programa de la Residencia para su Acreditación en el Sistema y su inscripción en el REGISTRO NACIONAL ÚNICO DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD ACREDITADAS y en EL REGISTRO DE PROGRAMAS DE RESIDENCIAS ACREDITADAS, hecho que será evaluado por el Ministerio de Salud en el término de CUARENTA Y CINCO (45) días hábiles de haberse presentado la evaluación.

Art. 9º - Las Entidades evaluadoras deberán renovar su autorización periódicamente, cada CUATRO (4) años. Del mismo modo deberán informar anualmente las residencias evaluadas por las mismas, en las condiciones que fije la DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.

Art. 10. - El MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN estará facultado para:

a) Acreditar la Residencia evaluada en base a los dictámenes de los evaluadores debiendo fundar debidamente los casos en que se apartare de los resultados de la evaluación.

b) Efectuar auditorías periódicas a las entidades evaluadoras y requerir toda la documentación que considere necesaria relacionada con la evaluación de los servicios.

c) Evaluar los Manuales de Evaluación de las entidades evaluadoras que deben contemplar los principios y características de los estándares aprobados por la presente resolución.

d) Apartar del Sistema a aquellas instituciones Evaluadoras que no cumplimenten o hayan dejado de cumplir los requerimientos establecidos por el SISTEMA NACIONAL.

e) La DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD fijará anualmente la fecha de presentación de las evaluaciones realizadas.

Art. 11. — Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial. Cumplido, archívese. — Ginés M. González García.

ANEXO I

I-A- CRITERIOS Y ESTÁNDARES BÁSICOS DE LAS RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

La Residencia es un sistema de formación en servicio que debe ser planificado conducido y supervisado teniendo en cuenta que:

1- El programa debe dar respuesta a las necesidades que en materia de formación de Recursos Humanos se hayan identificado.

2- De ninguna manera puede ser una estrategia para cubrir deficiencias o carencias actuales de personal del servicio.

3- Es un sistema de aprendizaje sistemático y supervisado. No se trata de una enseñanza y aprendizaje incidental y/o autogestionado.

4- Se necesita personal que cumpla la función docente, la residencia no debe ser "autosuficiente".

5- La supervisión de la capacitación requiere profesionales con experiencia, dispuestos y entrenados para orientar y acompañar al residente.

6- Debe promoverse una práctica profesional basada en la mejor evidencia.

7- Debe estimularse y/o fortalecerse el trabajo interdisciplinario en salud y promoverse la formación del equipo de salud.

8- Debe jerarquizarse la atención integral de las personas.

PROPUESTA DE ESTÁNDARES MÍNIMOS COMUNES A TODAS LAS RESIDENCIAS DE LA ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS

a) El Programa de la Residencia debe estar inserto en un establecimiento asistencial habilitado por la autoridad competente dando cumplimiento a las exigencias determinadas en las normativas de Habilitación Categorizante según la legislación vigente en cada jurisdicción y en los tiempos que la autoridad jurisdiccional establezca.

b) Es necesario que el Establecimiento donde se desarrolle el Programa de Residencia cuente con un Comité de Docencia e Investigación.

c) El establecimiento debe tener espacio físico en condiciones dignas, adecuado para el funcionamiento de la residencia: lugares para estudio, comida, descanso y sanitarios.

d) Poseer espacio físico para la realización de clases y ateneos, así como una biblioteca equipada con material científico actualizado.

DE LOS RECURSOS ACADÉMICOS

a) Poseer Programa de Formación Científico-Asistencial actualizado y aprobado por la autoridad de competencia en el que consten:

(1) fundamentación, justificación, razones por las que se desarrolla el programa.

(2) perfil del egresado.

(3) objetivos de aprendizaje a lograr en cada uno de los años de la residencia y competencias a desarrollar.

(4) contenidos - temas.

(5) experiencias de aprendizaje: tareas asistenciales supervisadas, rotaciones: lugares-secciones y cantidad de prácticas a realizar en cada rotación; guardias; talleres, clases, ateneos bibliográficos, ateneos clínicos; participación en trabajos de investigación clínica-epidemiológica y redacción de informes; presentación de temas en congresos de la especialidad.

(6) recursos indispensables para que las experiencias de aprendizaje tengan lugar.

b) Poseer un equipo formador de residentes estructurado con sólidos conocimientos en el área de su incumbencia que permita una pronta orientación en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación entre los casos vistos.

c) Se debe contemplar un sistema de evaluación de los residentes.

d) La Residencia debe tener un Responsable del Programa que puede ser el Jefe de Servicio u otro profesional de planta debidamente designado siendo el responsable del cumplimiento del programa.

e) El Servicio, sede de un Programa de Residencia, debe asegurar una producción asistencial suficiente como para que los residentes tengan todas las oportunidades de aprendizaje necesarias para alcanzar los objetivos establecidos.

f) El Servicio, sede de un Programa de Residencia, debe tener un Programa de Educación Continua o actividad de educación permanente para el personal del servicio (ateneos, revisión de historias clínicas, discusión de casos, talleres de reflexión, etc.) en el que puedan participar los residentes.

g) El Servicio, sede de un Programa de Residencia, debe tener una participación activa en los congresos y reuniones científicas de la especialidad.

h) El Servicio, sede de un Programa de Residencia, debe tener personal con la dedicación horaria necesaria para que los residentes siempre tengan la supervisión que corresponde.

i) Es deseable que el Servicio cuente con Normativa escrita de los Procedimientos que en él se efectúan.

DEL PROCESO DE FORMACIÓN DEL RESIDENTE

a) Formación y entrenamiento en habilidades de comunicación con las personas que asiste y su entorno respetando las identidades sociales y culturales.

b) Capacidad para detectar situaciones de conflicto psicosociofamiliares con las personas que asiste y su entorno respetando las identidades sociales y culturales.

c) Capacidad para transmitir a la persona que asiste su derecho a la atención y a la autodeterminación con responsabilidad social respetando las identidades sociales y culturales.

d) Capacidad de integración y trabajo en equipos con los restantes profesionales que intervienen en el proceso.

e) Capacidad de coordinación y comunicación fluida con todos los actores que intervienen en el proceso.

f) Disposición a la capacitación permanente y actualización de conocimientos.

g) Confidencialidad sobre las actuaciones suyas y del equipo.

h) Conocimientos de los circuitos, procedimientos e interacción entre los distintos servicios asistenciales y administrativos.

i) Capacidad de derivación y responsabilidades en la continuidad asistencial de la persona asistida.

j) Conocimientos de las responsabilidades ético-legales, profesional-administrativas y profesional-asistenciales derivadas del ejercicio profesional.

k) Conocimientos de epidemiología y normativas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de su especialidad o profesión.

l) Capacidad en el desarrollo metodológico de la investigación.

m) Desarrollo de las tareas que se le asignen bajo la supervisión y consulta al referente ante la complejidad de un caso.

I-B- ESQUEMA DE PRESENTACIÓN DE PROGRAMAS DOCENTES DE RESIDENCIAS EN SALUD

Los servicios, instituciones o jurisdicciones que inicien o continúen el sistema de residencias en Salud y que se hubiesen acreditado, deberán presentar anualmente en caso de existir cambios, el programa que desarrollarán desde la iniciación hasta la finalización del período de capacitación.

Se consignarán los datos requeridos en el siguiente orden:

I. IDENTIFICACIÓN

1. Especialidad o profesión de la residencia.

2. Servicio, Institución y jurisdicción donde se desarrolla la residencia.

3. Dependencia administrativa del Hospital o institución.

4. Servicio dentro de la institución responsable de la capacitación.

5. Dirección postal - teléfono y correo electrónico.

6. Fuente de financiamiento de la asignación de los residentes

II. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES

1. Breve reseña histórica de la Institución y del Servicio, asiento de la Residencia.

2. Descripción del Comité de Docencia e Investigación o equivalente de la Institución y/o jurisdicción. Nombre de los integrantes.

3. Adecuación a los criterios y estándares básicos establecidos por el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias para las instituciones.

III. DE LA ESTRUCTURA DE LA RESIDENCIA

1. Número de años lectivos del programa.

2. Fecha de iniciación y finalización.

3. Horario de la residencia.

4. Número de residentes para cada año lectivo determinado por autoridad competente.

5. Director responsable del programa de la residencia.

6. Responsable de la residencia en Servicio.

7. Número de jefes de residentes (si los hubiere).

8. Número de instructores (si los hubiere).

9. Número de docentes.

10. El Director responsable: el responsable en Servicio y los instructores y docentes presentarán sus antecedentes según modalidad diseñada por el Ministerio de Salud de la Nación.

IV- DEL PROGRAMA DE RESIDENCIA

1. Aprobación del programa por el Comité de Docencia e Investigación o equivalente en la institución y/o jurisdicción correspondiente.

2. Presentación de Convenios con Universidades u otras instituciones que intervengan en la capacitación si las hubiere y si así se dispusiere.

3. Adecuación de los criterios y estándares básicos establecidos por el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias, con énfasis en las habilidades y competencias definidas.

4. Definición del propósito, objetivos generales y específicos de la residencia.

5. Carga horaria total y discriminada por tipo de actividad de la residencia.

6. Descripción de las actividades a realizar año por año con la definición de cargas horarias y contenidos para tareas asistenciales, guardias, actividades teóricas y de investigación.

7. Determinación del tipo de prácticas a realizar y su número mínimo por año de residencia y según la especialidad o profesión.

8. Definición e identificación de las rotaciones, si las hubiere, internas y externas con objetivos, cronograma y actividades a desarrollar.

9. Definición de las modalidades y contenidos de evaluación parciales y finales de los residentes.

I. C. REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN DE ENTIDADES EVALUADORAS

1. Requisitos a cumplimentar por las Entidades para solicitar su reconocimiento como Institución Evaluadora:

A) En el caso de Instituciones Privadas, Asociaciones Profesionales y Sociedades Civiles:

· Constancia de Personería Jurídica.

· Acta de Creación de la Asociación o Sociedad con una antigüedad no menor de cinco años.

· Copia del Acto Administrativo de reconocimiento de su naturaleza como Asociación o Sociedad por parte del Ministerio de Salud.

· Nómina de Residencias evaluadas por parte de la entidad (si hubiera ya efectuado esta actividad).

· Propuesta de metodología de evaluación de residencias (en función de criterios ya consensuados). En caso de haber efectuado evaluaciones previamente presentación de por lo menos 3 (tres) evaluaciones efectuadas por la Institución.

· Datos de enlace con la institución (Responsable del Área, teléfono, correo electrónico, etc.)

· Nómina de los Profesionales Evaluadores, que deberá ser actualizada anualmente en formato que será remitido por el Ministerio de Salud.

3. DISPOSICIÓN Nº 29/2010

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN

Disposición Nº 29/2010

Bs. As., 14/9/2010

VISTO el expediente Nº 1-2002-11617/10-9 del registro del MINISTERIO DE SALUD y las Resoluciones Ministeriales Nº 450 de fecha 7 de abril de 2006, Nº 1342 de fecha 10 de octubre de 2007, Nº 1923 de fecha 6 de diciembre de 2006 y Nº 956 de fecha 1º de junio de 2010, y

CONSIDERANDO:

Que a través de las Resoluciones mencionadas en el Visto se creó el SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD y se establecieron los criterios básicos, los integrantes del sistema y los registros.

Que el Registro único de Entidades Evaluadoras está integrado por Sociedades Científicas, Universidades y otras Organizaciones Civiles acreditadas por el MINISTERIO DE SALUD.

Que la DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL en su carácter de Coordinadora del Sistema Nacional lleva adelante las acciones necesarias para su implementación.

Que este proceso de acreditación incluye exclusivamente a las especialidades de residencias médicas y odontológicas reconocidas por el MINISTERIO DE SALUD.

Que dicho sistema requiere de instrumentos de evaluación comunes a todos los programas de formación en los que se establezcan los criterios básicos para la evaluación de la capacidad formadora.

Que con el fin de contribuir a los objetivos establecidos por el SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD, la DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL, junto con la Comisión Técnica, integrada por representantes jurisdiccionales y la Comisión Asesora del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, conformada por Entidades representativas del sector, han definido un instrumento de evaluación para todos los sistemas de formación de residencias, integrado por un Instrumento de Evaluación de Residencias y una Encuesta para Residentes.

Que con igual propósito se han definido estándares comunes para la Acreditación de las residencias, que constituyen parámetros que orientan la mejora del sistema.

Que, en su definición se han contemplado los "Criterios y Estándares Básicos de las Residencias del Equipo de Salud" y "Esquema de presentación de programas docentes de residencias en salud", elaborados por la Comisión Nacional Asesora de Evaluación de Residencias del Equipo de Salud.

Que dichos estándares definen los criterios mínimos para el funcionamiento de los programas de formación de residencias y han sido refrendados por la Comisión Técnica Interjurisdiccional y la Comisión Asesora del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.

Que el proceso de Acreditación se orienta a armonizar el sistema de formación de residencias del equipo de salud.

Que a partir de la implementación de los instrumentos y de la definición de los estándares se puede dar comienzo al proceso de Acreditación a través del Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud.

Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello,

EL SUBSECRETARIO DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN

DISPONE:

ARTICULO 1º - Apruébase el Instrumento Nacional de Evaluación de Residencias del Equipo de Salud que como ANEXO I se incorpora a la presente.

ARTICULO 2º - Apruébanse los Estándares Nacionales para la Acreditación de Residencias del Equipo de Salud que como ANEXO II se incorpora a la presente.

ARTICULO 3º - Los estándares serán aplicados a las residencias de las especialidades definidas conforme los alcances del artículo 11 de la Resolución Ministerial Nº 450 de fecha 7 de abril de 2006.

ARTICULO 4º - Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Dr. ANDRÉS J. LEIBOVICH, Subsecretario de Políticas, Regulación y Fiscalización, Ministerio de Salud de la Nación.

ANEXO I

Instrumento Nacional de Evaluación. *Ver Capítulo 4.*

ANEXO II

Estándares Nacionales de Acreditación de Residencias. *Ver Capítulo 5.*

CAPÍTULO 2

RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD / DOCUMENTO MARCO / 2011

1. PRESENTACIÓN

En la Argentina, el sistema de residencias se desarrolla en las 24 jurisdicciones, con diferentes fuentes de financiamiento. Los gobiernos de la Provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sostienen la mitad de los cargos disponibles, el Ministerio de Salud de Nación contrata alrededor de un cuarto del número total de residentes en distintas provincias. El cuarto restante es financiado por los demás estados provinciales y, en un porcentaje menor, por instituciones privadas, universidades y FFAA.

A partir del año 2008 se resolvió orientar el financiamiento nacional a la formación de especialidades prioritarias, identificadas como aquellas especialidades pilares de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y las de áreas críticas, mientras que las restantes especialidades se ofertan a través de residencias provinciales.

La expansión y crecimiento del sistema plantean distintas problemáticas, que fueron abordadas en encuentros nacionales con los responsables de las áreas de formación y capacitación de recursos humanos de cada provincia.

Entre las problemáticas señaladas se observa la ausencia de un marco de referencia común, que defina con claridad las características y alcances del sistema de formación y contribuya a adoptar decisiones, intervenir en la resolución de problemas y definir orientaciones futuras.

El objetivo del este documento es la construcción de una perspectiva compartida, que aporte a un abordaje común de los problemas y desafíos que plantean las residencias como modalidad de formación de posgrado en el área de la salud.

El presente trabajo plantea un ordenamiento de antecedentes, marcos conceptuales y normas existentes sobre la formación en residencias del equipo de salud, con el propósito de contribuir a tal fin.

En el primer apartado, se aborda de manera sintética la evolución del sistema de residencias desde su surgimiento hasta la actualidad. Se analiza la persistencia de problemáticas que recibieron distintas resoluciones a lo largo de los años y se distinguen algunas continuidades y rupturas.

En el segundo apartado se caracteriza la residencia como sistema de formación en servicio, se identifican sus rasgos centrales y se definen aspectos claves de su modalidad de funcionamiento, sus propósitos, contenidos, responsables de la formación, actividades características, etc.

Por último, se incorpora un Glosario de Términos y un Anexo Normativo.

Este documento fue revisado en conjunto con los responsables de capacitación y recursos humanos de las diferentes provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a lo largo del año 2010 y el primer semestre del 2011.

2. APROXIMACIÓN HISTÓRICA

El origen de las residencias en nuestro país se ubica en el año 1944, con la creación de la primera residencia por parte del Dr. Tiburcio Padilla. Distintos estudios retrospectivos señalan la existencia de grandes etapas en la evolución de la residencia como sistema de formación. Cada una de ellas se distingue por ciertas tendencias y rasgos comunes.

De manera esquemática, se identifica una primera etapa asociada a las denominadas "protoresidencias", surgidas en estrecha conexión con centros universitarios y asistenciales de excelencia. En la segunda etapa, que se desarrolla hasta fines de los años 50', el sistema adquiere sus rasgos definitorios. Es en este momento que la residencia se extiende y se instala como el "mejor sistema de formación de posgrado" y como modelo para la formación de especialistas. En las décadas de los 60' y 70´ se produce una consolidación del sistema y la definición de marcos normativos que aumentan los niveles de formalización vigentes. Durante los años 80', la oferta de residencias se amplía: se incorporan grupos de profesionales hasta ese momento ajenos al mismo. En los años 90' se observa un crecimiento poco racional del sistema, asociado a los requerimientos de centros privados y con poca intervención del Estado. En esta última década, el Estado recupera su función de rectoría y desde el Ministerio de Salud de la Nación se adhiere a la estrategia de Atención Primaria de la Salud como eje vertebrador de las políticas de salud y se entiende a la residencia como una política de desarrollo de recursos humanos orientada a sustentarla.

Las primeras residencias surgen de la misma convicción que da origen a los practicantados, su antecedente inmediato: el aprendizaje de la clínica debía realizarse en medios hospitalarios, en contacto directo con pacientes y con supervisión continua de médicos de mayor experiencia. Hasta ese momento, la formación en una especialidad se realizaba asistiendo durante varios años a un servicio; se establecía un intercambio de trabajo no remunerado por capacitación. Predominaban mecanismos no formales de legitimación y reconocimiento dentro de un círculo restringido de profesionales. En este marco, el surgimiento de la residencia instala un sistema con un mayor grado de formalidad y estructuración en la formación, destinado a jerarquizar a este grupo reducido y a incorporarlo a la profesión. Las primeras residencias surgieron asociadas a grupos y servicios de vanguardia, con fuerte orientación en la investigación clínica, y desde ellos se difundieron hacia el resto de las instituciones.

Los relatos sobre las primeras experiencias de incorporación de residentes a los servicios destacan los beneficios de la ampliación de la cobertura asistencial a 24 h., la posibilidad de realizar un mayor seguimiento y control de tratamientos a cargo de profesionales capacitados y la contribución que realizaban los residentes en el registro y documentación de distintos casos (Revista AMA, 1960). También se menciona que la inclusión de residentes en servicios y hospitales no siempre fue sencilla, generándose rivalidades y tensiones entre el cuerpo de residentes y los médicos de planta. (Davini et al, 2003).

En el año 1958, la Asociación Médica Argentina organiza Jornadas sobre residencias hospitalarias (Revista AMA, 1960) en las que participan destacados profesionales. El sistema había crecido extendiéndose a múltiples servicios y centros, y se habían complejizado e incorporado diversas especialidades. En ese entonces, el tema adquirió relevancia y se instaló como problemática.

Es así que se propone la creación de una entidad que se ocupe de las residencias de forma permanente y surge la conformación del Subcomité de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina.

La realización de una residencia no era necesaria para obtener el certificado de especialista en la órbita nacional. Para el acceso a esa certificación, de acuerdo con la Ley Nº 12.912/44, se requería acreditar cinco años de experiencia en la especialidad. La norma resultaba adecuada a la modalidad de organización de la profesión médica, en la que predominaban mecanismos informales de reconocimiento mutuo y aceptación dentro de un círculo restringido de especialistas.

La década del 60' se caracteriza por una expansión progresiva de las residencias, siempre en el campo exclusivo de la medicina. El cambio de escala exigió el desarrollo de normativa y de instancias de regulación que ordenaran aspectos claves del sistema, tales como las modalidades de contratación del residente, la definición de aspectos básicos de la formación, la distribución de vacantes y las condiciones mínimas que debían cumplir los servicios para abrir una residencia. En agosto del 1960, la Secretaria de Estado de Salud Pública aprueba la Resolución 1778 que define la residencia como *"Un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un plazo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad"*. En la misma norma fueron contemplados los lineamientos que daban marco a las relaciones entre el residente y el hospital, los objetivos de la residencia, los requisitos hospitalarios mínimos para el funcionamiento de una residencia, los programas, las funciones del residente y los aspectos pedagógicos de la formación.

Meses después de la mencionada resolución, el Ministerio circunscribe la creación de residencias a las especialidades básicas y establece que para el ingreso a las residencias de subespecialidades se requiere el cursado previo de una residencia básica. Aquí comienzan a pensarse las residencias como un Sistema de Formación de Posgrado que puede admitir distintas articulaciones. A través de la Resoluciones Ministeriales Nº 223 y 224 de 1961 el Ministerio interviene en la distribución de vacantes por especialidad y establece los requisitos mínimos que deben cumplir los servicios para instalar una residencia.

La tensión entre las dimensiones educativas y asistenciales de la formación resulta ya manifiesta en esta etapa de expansión y formalización del sistema y es una de las problemáticas que sigue teniendo vigencia e impacto hoy en la formación de los residentes. La articulación de aspectos asistenciales y docentes con propósitos de formación constituye el eje sobre el que se construye la oferta de formación en residencias.

Según señala Rosa María Borrell (2005), la tensión formación /asistencia no es sólo atribuible al carácter propio de la residencia, sino que obedece también al impacto de las residencias en las relaciones y la organización del trabajo de los hospitales. Los reglamentos de las residencias son muy claros en subrayar que el cargo de médico residente no equivale a un empleo, sino que constituye una oportunidad de formar parte de un curso de pos-graduados de carácter práctico. De todas formas, la presencia de los residentes durante todo el día en los hospitales modificó el escenario de atención hospitalaria, otorgándoles un lugar e importancia sin precedentes hasta el momento.

En el año 1967, por Resolución Secretarial Nº 622/67, se crea el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME), que es reconocido como el primer intento del Ministerio de Salud de la Nación de ordenar y planificar el crecimiento del sistema de residencias. Se le otorgan funciones de normatización, evaluación y certificación de las residencias. El CONAREME fue disuelto en 1974 y el sistema quedó sin una institución de referencia en lo relativo a la aprobación de programas, elaboración de exámenes y asignación de vacantes. El mismo año se sanciona la

Ley 17.132 "Normas para el Ejercicio Profesional de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración", en la que la residencia no aparece como una de las vías de acceso al certificado de especialista.

Como culminación de este proceso de institucionalización, en 1979 se sanciona la Ley Nº 22.127 que establece el Sistema Nacional de Residencias de Salud como sistema de formación de posgrado. La Ley rige para todos los establecimientos asistenciales y sanitarios dependientes de la Autoridad Sanitaria Nacional y establece que las Provincias, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, las Universidades, las Fuerzas Armadas y la Policía Federal y las instituciones privadas que deseen tener programas de residencias aprobados podrán incorporarse al sistema mediante convenios. La norma también contempla que el certificado de residencia, extendido por el Consejo Nacional de Residencias de Salud, será suficiente para que el residente pueda inscribirse como especialista. La autoridad sanitaria competente y los Colegios Profesionales de las provincias incorporadas al Sistema Nacional de Residencias tenían que inscribir dicha certificación en los respectivos registros.

La década del 80' se caracterizó por la diversificación de la oferta de formación de residencias en algunas jurisdicciones: el crecimiento del sistema incluyó distintas disciplinas y especialidades entre las que se distingue una primera línea de crecimiento entre las especialidades médicas y una segunda línea que comprendió a disciplinas conexas con fuerte inserción en los hospitales. En 1985, el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires crea el Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud e incorpora residencias en Bioquímica y Microbiología, Odontología, Psicología Clínica, Psicología Clínica Infanto Juvenil, Servicio Social, etc. En esos años, la provincia de Buenos Aires crea el Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias, que propone otro modelo de formación para Medicina General, Trabajo Social, Psicología y Psiquiatría y Enfermería.

También en esa década se registran varios intentos de instalar mecanismos para la evaluación, acreditación, coordinación y regulación del sistema de residencias: se aprueba un método de evaluación y control del sistema y de los residentes y también se crean las residencias articuladas que dan lugar a una importante oferta de vacantes en especialidades clínicas y quirúrgicas. La creación del Comité de Residencias de Salud en el año 88' (Resolución Secretarial Nº 174/88) incorpora a las Sociedades Científicas como evaluadores reconocidos para acreditar la calidad de las residencias.

La modificación de la legislación en los años 90' reconoce a la residencia completa como una de las formas de acceso al certificado de especialista a través de la modificación de la "Ley Normas para el Ejercicio Profesional de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración" (Ley 23.873, 1990). Se registra un importante incremento no planificado en el número de residencias, de especialidades y subespecialidades asociada a una lógica impuesta por el mercado, ligado al sector privado y a centros asistenciales de corta trayectoria. En ese período, las funciones de regulación y control se encontraban claramente debilitadas, prevaleciendo una lógica que privilegiaba la incorporación de jóvenes profesionales al ámbito asistencial sin una preocupación por garantizar las condiciones mínimas de formación.

Los años 2000 instalan una nueva configuración en la que el Estado recupera su función de rectoría. El Ministerio de Salud de la Nación impulsa la estrategia de APS como estrategia privilegiada de acción en salud y decide redireccionar los cupos de residencias Nacionales promoviendo las especialidades básicas que sustentan la APS en el primer nivel de atención (Medicina General y/o Familiar, Pediatría y Tocoginecología), las de área crítica por la baja oferta de formación y la escasez de profesionales (Terapia Intensiva de Adultos y Pediátrica, Anestesiología, Neonatología), y las interdisciplinarias de Salud Mental. El énfasis en la necesidad de formar profesionales orientados hacia la atención primaria de la salud ya se expresa en la Resolución Nº 558/00, en la que se establece que las residencias médicas de varias especialidades financiadas por el Ministerio de Salud deberán dar una mayor formación en

centros del primer nivel de atención, (incluyendo acciones de educación y promoción de la salud y prevención primaria y secundaria), a la cual se debería dedicar no menos del 30% de la actividad.

En el año 2006 se crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud (Resolución Ministerial Nº 450/06). Al momento de su presentación en el Consejo Federal de Salud (COFESA), que nuclea a los ministros de salud de todas las jurisdicciones, las autoridades provinciales reclaman una mayor participación en el diseño y gestión del sistema, lo que deriva en la constitución de un foro técnico de referentes provinciales de recursos humanos que elabora una nueva propuesta que amplía la anterior (Resolución Ministerial Nº 1342/07). A través de la acreditación, este sistema busca asegurar una formación de calidad en todo el país, mediante la armonización de los criterios mínimos para la formación de cada especialidad.

Un breve recorrido por la historia de las residencias en el país permite identificar ciertas problemáticas recurrentes:

- *La articulación de los aspectos asistenciales y docentes en el programa de formación.*
- *El fortalecimiento de las funciones docentes de programación, seguimiento, supervisión y evaluación.*
- *La acreditación de residencias.*
- *La definición de perfiles de formación por especialidad.*
- *Las modalidades de articulación entre servicios y sedes en torno a Programas de Formación.*

3. LA RESIDENCIA COMO SISTEMA DE FORMACIÓN

En el presente capítulo se abordan las particularidades que configuran el modelo de formación de posgrado de la residencia.

1. LAS DIFERENTES ALTERNATIVAS DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS

La idea de que "la residencia es el mejor sistema de formación de posgrado" persiste en muchos de los involucrados en la formación en salud. Esta afirmación se basa en el reconocimiento de las amplias oportunidades de formación que este sistema ofrece en comparación a otras alternativas.

Las otras ofertas de formación de posgrado incluyen las *Carreras de Especialización y las concurrencias*. Las primeras tradicionalmente fueron dictadas por las Universidades o por Entidades Científico Profesionales, centrándose en los aspectos teóricos de la formación y asumiendo que la práctica estaba cubierta en otros ámbitos del campo de los servicios, aún cuando no existiera una supervisión sistematizada. Se trata en ambos casos de propuestas de formación que habitualmente son financiadas por los interesados. En los últimos años se ha producido un acercamiento entre estas ofertas y las residencias en vistas de que la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), organismo de acreditación universitaria, da relevancia a la articulación de los posgrados con residencias establecidas.

Las concurrencias, por otra parte, si bien ofrecen una formación en servicio, demandan una dedicación parcial a título honorario, lo que restringe sus posibilidades de organización y sistematicidad y la prolonga en el tiempo, ya que se extiende por un lapso de cinco años.

2. LA RESIDENCIA COMO UN MODELO PARTICULAR DE FORMACIÓN DE POSGRADO

La Resolución del Ministerio de Salud Nº 303/2008 establece en su artículo 1º que *"La Residencia de Salud es un sistema de formación integral de postgrado para el graduado reciente en las disciplinas que integran el equipo de salud, cuyo objeto es completar su formación en forma exhaustiva, ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente, bajo la modalidad de formación en el trabajo"*. En los artículos 2° y 3° establece la remuneración a través de una beca de cumplimiento anual y define las características del *"régimen de actividad a tiempo completo, el que no podrá ser inferior a CUARENTA Y OCHO (48) horas semanales, con dedicación exclusiva y mediante la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes*."

La residencia configura un modelo particular dentro de la formación de posgrado, que se distingue por las posibilidades de práctica intensiva e inmersión en el medio hospitalario. El residente tiene una doble oportunidad de aprendizaje: no sólo profundiza en un área de conocimientos sino que aprende el desarrollo del trabajo real.

La formación en servicio potencia la apropiación de las prácticas de cada especialidad, sus conocimientos, sus códigos y los propios de las instituciones de salud.

En nuestro país, el título de grado de médico habilita para la obtención de una matrícula que autoriza el ejercicio profesional en las distintas jurisdicciones. No obstante, es en la residencia en donde se adquiere gradualmente la capacidad para asumir de manera autónoma la responsabilidad asistencial.

Resultan insuperables las condiciones de aprendizaje que ofrece el contacto cotidiano directo con colegas, pacientes, otros profesionales del equipo de salud en un ámbito de trabajo real. Sin embargo su mayor ventaja constituye también su principal riesgo: si no se define con claridad un Programa de Formación que establezca cuales son las actividades en las que el residente tiene que participar, su ordenamiento y condiciones generales para su desarrollo, el aprendizaje sistemático puede diluirse detrás de la intensidad del trabajo cotidiano. El modelo de prácticas de la institución sede debe ser revisado y actualizado para adecuarse a los avances del conocimiento y a las políticas sanitarias.

El mantenimiento de las características del modelo de residencias es posible gracias a las condiciones particulares de contratación: el otorgamiento de una beca y la dedicación a tiempo completo. Ambas son inherentes al sistema de formación, en la medida que condicionan el tipo y posibilidades de aprendizaje de los residentes, permitiendo sostener una dedicación intensiva durante un período prolongado. De la misma manera, es inherente al modelo el acceso a través de un proceso de selección o concurso abierto, mediante la realización de un examen escrito, que puede complementarse con entrevistas, pruebas de idioma, antecedentes académicos, etc.

2.1 La experiencia de formación requiere ser planificada, organizada, ordenada.

Las residencias comparten los siguientes propósitos formativos:

- *Promover la adquisición de conocimientos y prácticas profesionales específicas de cada especialidad en contextos de trabajo.*
- *Aumentar las capacidades de análisis y comprensión de los problemas de salud de la población, a través de desarrollo de marcos interpretativos y éticos.*
- *Ampliar y profundizar la disposición al aprendizaje continuo y a la actualización profesional necesaria en contextos de cambio.*
- *Generar espacios para la Investigación como práctica necesaria para la formación.*

Para que estos propósitos puedan cumplirse es necesario contar con un programa de formación que ordene el proceso.

a. El programa de formación.

El residente está encuadrado en un programa de formación que pauta sus niveles de participación y responsabilidad académica y asistencial de acuerdo a principios de aprendizaje.

El programa es el diseño de las actividades que permiten organizar de manera articulada y coherente los aspectos formativos. En él se deberán incluir Perfil de Egresado, propósitos, objetivos y contenidos por nivel, rotaciones y actividades para la adquisición de competencias de la especialidad, sistema de evaluación.

Tiene como función principal la de hacer *más previsibles y visibles* las acciones que se van a llevar adelante a lo largo del proceso formativo. La *previsibilidad* confiere la posibilidad de decidir y regular las estrategias a desarrollar y reducir la incertidumbre inherente a la gestión de cualquier programa. Por otra parte, la *visibilidad* de las acciones proporciona una oportunidad para discutirlas con colegas y constituye un medio para que adquieran mayor nitidez. La programación contribuye a explicitar las decisiones que se adoptan.

b. Los Marcos de Referencia de cada especialidad definen Perfiles formativos

Existe para cada especialidad un conjunto de criterios básicos y estándares mínimos sobre el perfil profesional y la trayectoria formativa de cada especialidad que se refleja en los denominados Marcos de Referencia, que orientan el diseño de programas formativos y permiten establecer una formación equivalente en todo el país.

Los Marcos de Referencia son documentos que definen un perfil de especialidad amplio para el desempeño profesional en diferentes contextos asistenciales y profesionales. Incluyen el perfil profesional propiamente dicho, las bases curriculares, les requisitos institucionales para el funcionamiento de una residencia y las capacidades del egresado de la residencia. Son desarrollados a través de procesos de elaboración conjunta en los que participan representantes de universidades, de asociaciones profesionales, de sociedades académicas y científicas y de programas nacionales y/o jurisdiccionales vinculados con la especialidad.

Estos documentos constituyen una herramienta central para la armonización y mejora del sistema de residencias médicas en tanto definen criterios comunes para:

- *El diseño de Programas de Formación de Residencias.*
- *Compatibilizar, transparentar y hacer comparables los procesos de formación y las capacidades de los egresados.*
- *Desarrollar procesos de evaluación, acreditación y mejora continua.*
- *Instalar procesos de colaboración e intercambio entre sedes y/o especialidades.*

c. El contenido de la formación

El ejercicio de una especialidad se caracteriza por el desempeño de competencias profesionales complejas que articulan distintos tipos de conocimientos (teorías, procedimientos, formas de razonamiento, prácticas, rutinas, casos). La formación tiene que ofrecer oportunidades para el aprendizaje de todos estos contenidos y para su integración.

Los Marcos de Referencia incluyen la definición de Bases Curriculares en los que se definen los contenidos necesarios para la formación de cada especialidad. Se definen bloques de contenidos de distinto tipo:

- *Bloques propios de cada especialidad*

  Incluye los conocimientos propios de la especialidad, teorías, principios, métodos, técnicas, procedimientos, modos de indagación y validación, modos de pensamiento y de resolución de problemas específicos del área de especialización.

- *Bloques transversales*

  Plantean el abordaje de problemas centrales del campo de la salud, como la relación con el paciente, el manejo, análisis e interpretación de aspectos epidemiológicos, la organización del sistema de salud, los alcances y límites de la propia especialidad y su relación con otras vecinas, aspectos legales del desempeño del rol, consideraciones éticas, abordajes o enfoques interdisciplinarios en el tratamiento de problemáticas propias de la especialidad.

2.2 La Coordinación de las residencias y la función docente.

El sistema de residencias incorpora distintas figuras docentes que se distinguen por las funciones que asumen y la permanencia en el cargo. El Equipo Docente está conformado por el Coordinador de Programa, el Jefe de Residentes y/o el Instructor. Estas figuras tienen un rol protagónico en el diseño, implementación, sostén y seguimiento del programa de formación. También se incorporan docentes que pueden ser médicos del servicio o invitados, que asumen funciones de supervisión, tutoría, acompañamiento, dictado de clases, pero con una participación más acotada en el seguimiento del programa de formación en su conjunto.

Son funciones centrales del Equipo Docente:

- *Organizar y orientar la actividad asistencial y académica de los residentes en los distintos ámbitos de formación.*
- *Ofrecer a los residentes en forma continua los apoyos necesarios para la adquisición gradual de competencias profesionales complejas: ofrecer modelos, sugerir material bibliográfico, ordenar la participación según orden de dificultad creciente.*
- *Supervisar/ Monitorear/ Evaluar: brindar información permanente sobre el propio desempeño señalando logros, obstáculos y desafíos que orienten el aprendizaje.*
- *Instalar un clima de trabajo cooperativo y de aprendizaje.*

El **responsable del programa** es el Jefe de Servicio y/o Coordinador Docente de la sede. Su función central es definir el Programa de Formación, realizar su seguimiento y evaluación y participar de la evaluación de los residentes.

El Coordinador Docente de la residencia asume la responsabilidad por el cumplimiento de las condiciones y características de la formación. Entre sus funciones se encuentran la de articular las actividades asistenciales y académicas para aumentar las posibilidades de aprendizaje así como gestionar los convenios para las rotaciones en los casos en que sea necesario. Debe asegurar la supervisión directa de la tarea del residente, garantizar que las exigencias asistenciales respondan en primer término a propósitos educativos y que las prácticas que realizan no excedan la capacidad real y autónoma para cada nivel de formación.

El **Jefe de residentes** es un profesional que habitualmente es elegido por sus pares entre los que han culminado en forma reciente el mismo programa de la residencia. Se desempeña en sus funciones durante un año, bajo el mismo sistema de dedicación que los residentes. Es quien organiza y coordina las tareas de los residentes y ejerce funciones de acompañamiento y tutoría. Se reúne por lo menos una vez al día con ellos y periódicamente con el Jefe de Servicio o Unidad para coordinar la distribución del trabajo. Le compete articular tareas con los Jefes de Residentes de otros departamentos o servicios; promover el trabajo interdisciplinario durante la residencia; participar en la evaluación periódica de los residentes desde el punto de vista profesional, personal y ético y asegurar su concurrencia a las actividades docentes del programa.

El **Instructor de residentes** es una figura importante, que se suma al equipo docente cuando la cantidad de residentes de una sede es numerosa. Es el encargado de asistir al Coordinador Docente en la articulación de toda la actividad académica de la residencia (sistemáticas, clases, ateneos, trabajos para presentar, asistencia a congresos, etc.). También cubre el rol del jefe de residentes en los casos en que no haya esta figura. Puede ser un profesional del servicio sede que asume funciones específicas de formación.

Tanto el Coordinador como el Instructor deben poseer formación docente.

2.3 Las actividades y ámbitos de formación

El residente participa de todas las actividades habituales del servicio o efector tanto asistenciales, como de intercambio o formación teórica tales como Actividades Comunitarias, Atención en Centro de Salud, Consultorios Externos, Salas de internación, Guardia, Interconsultas, Pases de Sala, Pases de Guardia, Reuniones de equipo, Ateneos, Clases programadas, etc.

La participación del residente en los sectores de Guardia merece una consideración especial: la Guardia es sin duda el ámbito más pertinente para el aprendizaje del manejo de la urgencia, no obstante la participación del residente en dicho ámbito debe responder a principios de formación. Esto significa que es necesario proveer supervisión permanente durante la guardia, garantizar que los tiempos destinados a esta actividad no excedan en ningún caso más de dos guardias semanales y que se respete un tiempo no menor a 6 h. de recuperación o descanso post-guardia.

Se promueve además una distribución uniforme de las guardias a lo largo de todos los años de residencia, porque no parece haber razones pedagógicas para sostener la asignación "tradicional" según la cual los residentes de primer año son los que más guardias cumplen, disminuyendo éstas en la medida que avanzan en su formación.

La limitación en el número de guardias y la inclusión de descanso post- guardia responde tanto a motivos de orden pedagógico como asistenciales: por una parte la sobrecarga asistencial excesiva limita las posibilidades de aprendizaje; por otra, en los últimos años se ha acumulado evidencia sobre la cantidad de errores asistenciales atribuibles al cansancio.

En el programa se contemplan momentos de intercambio y trabajo conjunto tanto con profesionales del propio servicio como de otras áreas o especialidades. El trabajo interdisciplinario y en equipo es parte de la formación del residente y debe tener un espacio en el transcurso de la formación a través de la realización de ateneos, interconsultas, clases conjuntas, actividades comunitarias, proyectos especiales u otras estrategias. El abordaje de los denominados Bloques de Contenidos Transversales puede constituirse es un espacio privilegiado para el desarrollo de actividades Inter-residencias.

La formación de los residentes debe prever y sostener el desarrollo de espacios de formación teórica y teórico práctica. Estos espacios de formación pueden desarrollarse según distintos formatos: clases, cursos, ateneos, discusión o resolución de casos, búsquedas bibliográficas, redacción de informes, preparación de clases, etc. Se distinguen de las actividades asistenciales porque se orientan hacia la organización, sistematización o transmisión de conocimientos y saberes. Debe garantizarse una frecuencia mínima de dos veces por semana para este tipo de actividades y también el acceso a bases de datos bibliográficas y publicaciones.

La estructura de las residencias en red aumenta y diversifica la oferta formativa.

La formación en cada especialidad se desarrolla en diferentes ámbitos asistenciales de la red de servicios, de manera que el programa tiene que ser pensado incorporando esta diversidad. La circulación por diferentes espacios permite ampliar y complementar la formación con conocimientos y prácticas no siempre accesibles en el servicio sede y contribuye además al conocimiento de diferentes modos de organización y gestión institucional, estilos y modalidades de comunicación y modelos de desempeño profesional y reconocimiento de otros referentes.

Los ámbitos de rotación deben ser anticipados en el Programa de Formación teniendo en cuenta las oportunidades de aprendizaje que ofrece cada sede y consolidados por medio de convenios en los que se definan las condiciones básicas de la rotación: tiempos, horarios, programa, responsables a cargo.

2.4 El contrato de formación.

La relación entre el residente y la institución que se va a responsabilizar de su formación debe formalizarse a través de un contrato, en el que se hagan explícitas las obligaciones de ambas partes. Al tratarse de un modelo de características particulares, en el cual las mayores tensiones derivan del hecho de que en él confluyen modalidades formativas y de trabajo, el contrato ayuda a resolver estas tensiones.

Se trata de un contrato de formación en tanto la continuidad del mismo está dada por el cumplimiento de los requisitos académicos: la evaluación favorable, que se funda en el cumplimiento de los requisitos de asistencia (no menos del 75%) y en el logro de los aprendizajes definidos en el programa, es necesaria para que el contrato continúe vigente. Se trata también de un contrato que involucra prestación profesional en servicio, ya que para que el postulante pueda acceder al mismo debe contar con la habilitación pertinente. Pero, a su vez, la complejidad de la prestación estará en relación con un programa de formación con niveles de autonomía progresivos y crecientes, no debiendo soslayarse en ningún caso la responsabilidad de la supervisión docente de la práctica.

El sistema de residencias establece que el residente debe recibir una remuneración adecuada, implementada en forma de beca anual. La beca fue concebida como un estimulo a la formación y una forma de compensar la dedicación a tiempo completo que el sistema requiere. Así se establece en la Ley Nº 22.127 de organización del sistema de residencias del año 1979. Si bien en ese momento no se hace mención alguna a obligaciones respecto de las cargas sociales y protección sobre riesgos de trabajo, en el contexto actual de la legislación laboral en nuestro país, es de esperar que las contrataciones contemplen beneficios sociales y seguro de riesgos de trabajo, como de hecho muchas ya lo hacen.

2.5 La evaluación en el sistema de residencias.

La evaluación del desempeño de los residentes es un elemento central de la formación, que requiere ser pensada y desarrollada en concordancia con la propuesta formativa. Esto supone:

- *Asumir de manera sistemática la función orientadora y reguladora de la evaluación. Ello requiere definir parámetros, diseñar instrumentos, recoger información, juzgar el desempeño, tomar decisiones y dar orientaciones claras sobre avances, dificultades e instancias remediales.*
- *Entender que, aunque la observación cotidiana y continua de la actividad tiene un inestimable valor pedagógico, debe ser acompañada con evaluaciones sistemáticas.*
- *Incorporar distintas y variadas instancias de evaluación a fin de aumentar su confiabilidad y disminuir los sesgos personales que intervienen en dicho proceso.*
- *Prever instancias de evaluación en el transcurso de la residencia, al finalizar diferentes etapas (por ej. años o rotaciones) y al finalizar el proceso de formación, en forma previa al egreso.*
- *Promover el registro sistemático de procedimientos claves de la especialidad que cada residente tiene oportunidad de realizar.*
- *Centrar la evaluación preferentemente en el desarrollo de competencias que integren diferentes tipos de conocimientos y saberes (teóricos, prácticos, generales, específicos, deductivos, inductivos, etc.).*

Se considera necesaria la inclusión de, por lo menos, las siguientes instancias de evaluación en el transcurso de la residencia:

- *Evaluación anual integradora de carácter teórico práctico.*
- *Evaluación post-rotación de carácter teórico práctico.*
- *Evaluación final de la Residencia de carácter teórico práctico.*

4. GLOSARIO DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD

ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS: La acreditación de residencias es un proceso de armonización de los criterios mínimos para la formación, que establece una base común buscando asegurar una formación de calidad en todo el territorio nacional, generando lineamientos curriculares comunes. El Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud está regulado por las Resoluciones Ministeriales 450/06 y 1342/07. Este sistema cuenta con la adhesión de todas las jurisdicciones a través de su aprobación por el Consejo Federal de Salud (COFESA), lo que le da carácter Federal al mismo.

ACTIVIDAD ACADÉMICA: Actividad de producción y transmisión de conocimiento que puede realizarse de acuerdo a diferentes estrategias o modalidades: clases, talleres, seminarios.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL: Se define como actividad asistencial al proceso de atención generado entre los trabajadores de la salud y la comunidad a la que se dirigen. Puede desarrollarse en distintos ámbitos como hospitales, centros de atención, o en escuelas y espacios comunitarios. Deberá proveer una visión integradora del proceso salud – enfermedad- atención y llevarse adelante dentro de sistemas y servicios de atención de la salud con características adecuadas a sus fines.

ATENEO: Es una actividad en la cual interactúan profesionales/técnicos de todas las áreas para generar una **definición** lo más precisa posible alrededor de un problema de la práctica asistencial. Son análisis de casos particulares estudiados por un equipo de especialistas y consultantes logrando, gracias a este enfoque multidisciplinario, respuestas más rápidas, completas y seguras.

COMPETENCIA: es un conjunto ordenado de capacidades (actividades) que se ejercen sobre los contenidos de aprendizaje, cuya integración permite resolver los problemas que se plantean dentro de una categoría de situaciones. Se trata, pues, de ejecutar una tarea compleja o un conjunto de tareas más o menos del mismo tipo, dentro de una familia de situaciones.

EGRESADO: Persona que sale de un programa de formación después de haber terminado sus estudios.

EQUIPO DE SALUD: Es la unidad de salud básica conformada por trabajadores de salud de distintas disciplinas, responsable por la atención integral (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) de las personas y su grupo familiar y por la continuidad de su seguimiento.

ESPECIALIDAD: Tiene por objeto profundizar en el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo.

ESTRATEGIA DE APS: Es una política sanitaria que fue acordada por los representantes de los estados en Alma Ata – 1978, como la estrategia que brinda "... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad…".

Esta definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que deben realizarse independientemente del grado de complejidad de los efectores en beneficio de la comunidad. Además, constituye el primer nivel de acceso de cualquier sistema de salud.

Es así como la Atención Primaria en Salud (APS) concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad tanto del individuo como del conjunto social, implicando una organización que sostiene la integración de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención y la rehabilitación.

La APS tiende a lograr un cambio en la orientación del sistema de salud, desde la tradicional atención de la enfermedad hacia la búsqueda de mejores niveles de calidad de vida, favoreciendo la coordinación entre el sector salud y todos aquellos actores sociales que intervienen en el proceso de construcción de una calidad de vida adecuada.

PERFIL PROFESIONAL: El perfil profesional define las competencias que un profesional puede desarrollar en situaciones de trabajo propias de su área ocupacional, siendo una referencia fundamental para el diseño del proceso formativo. Refiere a la expresión ordenada y sistemática de un conjunto de funciones, actividades y habilidades que un profesional está capacitado para desplegar en el mundo del trabajo.

PROGRAMA DE FORMACIÓN: Es el diseño de las actividades que permite organizar de manera articulada y coherente los aspectos formativos: propósitos, objetivos, contenidos, actividades, etc. Otorga previsibilidad a la tarea y le confiere mayores posibilidades de logro. Establece cómo se desarrollará la formación en consonancia con los Marcos de Referencia de cada especialidad y de acuerdo a las características y condiciones locales de cada sede.

En el Programa de Formación se deben definir y articular los siguientes aspectos:

- *¿Cuáles son los propósitos del Programa de la Formación?*
- *¿Cuál es el perfil de especialista que se desea formar? ¿Cuáles son las competencias que lo integran?*
- *¿Qué aprendizajes se espera que realicen los residentes durante la residencia? ¿Cuáles son los conocimientos, saberes, capacidades, competencias centrales para el ejercicio de la especialidad que deberán adquirir?*
- *¿Cómo se ordenan y secuencian dichos aprendizajes a través de los distintos años de formación?*
- *¿Qué actividades se prevé que desarrollen los residentes? ¿Cuáles son las más adecuadas para la adquisición de los conocimientos, saberes, capacidades identificadas como centrales para la especialidad?*
- *¿En qué espacios se desarrollan? ¿Cuál es el nivel de autonomía y responsabilidad previsto en cada nivel de residencia? ¿De qué manera se monitorea, supervisa, dosifica la actividad? ¿Qué tiempo o cuántas veces se requerirá practicar cada procedimiento para adquirir un manejo fluido del mismo?*

- *¿De qué manera se espera evaluar el desempeño del residente, en qué momento y qué se evaluará? ¿Qué aspectos se tendrán en cuenta, por qué, quiénes serán responsables del desarrollo de la evaluación, qué implicancias o usos tendrán los resultados de la evaluación?*

PROMOCIÓN: Es el acto mediante el cual se toman decisiones vinculadas con el pasaje anual de un tramo a otro de la formación, a partir de criterios definidos.

RESIDENCIAS BÁSICAS: Se denomina residencias básicas a aquellas que ofrecen formación en el servicio sede de la especialidad elegida durante todo el trayecto de formación. En tanto básicas, no requieren formación previa en otra especialidad. Tienen una duración de tres o cuatro años. Son ejemplos de esta modalidad las tradicionales residencias de Pediatría, Tocoginecología, Medicina General y/o Familiar, Clínica Médica y Cirugía General.

RESIDENCIA ARTICULADA O CON ORIENTACIÓN: La residencia articulada o con orientación es una modalidad de residencia básica que combina un período de formación en una especialidad básica, con dos o tres años posteriores de formación en la subespecialidad. La especialidad de articulación se elige al momento de la inscripción al sistema, pero se comienza la formación con la rotación en la sede de la especialidad básica. Se ingresa con el Título de grado. Tienen una duración total de cuatro o cinco años. El trayecto de formación contempla el aprendizaje de una mirada integral del paciente, prácticas, conceptos, metodologías y formas de razonamiento generales que se adquieren en una residencia básica con los la adquisición de competencias y prácticas profesionales propios de la especialidad de articulación. Asumen esta modalidad algunas especialidades como gastroenterología, neurología, nefrología, neonatología.

RESIDENCIAS POSBÁSICAS: Se denomina residencia posbásica a la modalidad de formación que profundiza el conocimiento en un área de específica de una especialidad básicas (subespecialidad). Es requisito para acceder a estas residencias haber aprobado dos o tres años de una residencia básica. Tienen una duración de dos años. Se encuentran dentro de esta categoría las subespecialidades pediátricas, como Cardiología Infantil, Nefrología Infantil, Hematología Infantil, etc.

ROTACIONES: La rotación caracteriza un ámbito de desempeño diferente al servicio que es sede del programa de residencia y en el cual el residente adquiere conocimientos, saberes y destrezas vinculados a la especialidad cuyo aprendizaje no es posible en la sede. Dichos saberes completan y/o complementan la formación como especialista. La rotación puede ser *interna*, esto es, dentro del ámbito institucional al que pertenece la residencia, o *externa* por fuera de éste. El tiempo y tipo de rotaciones se encuentra definido en el programa de formación. El desarrollo de rotaciones externas requiere del establecimiento de convenios que definan quiénes se hacen cargo de coordinar y supervisar las actividades de los residentes durante la rotación. La actividad del residente durante la rotación debe ser supervisada y evaluada de acuerdo a los parámetros establecidos en el programa de formación.

ROTACIONES OPTATIVAS: Son rotaciones de elección libre para cada residente, pero las mismas deben encontrarse dentro de un marco preestablecido y aportan a completar la formación en la especialidad que está realizando. Se deben cubrir los requisitos de coordinación/supervisión y evaluación como en cualquier otra rotación.

SISTEMA DE RESIDENCIA: Es un sistema remunerado de formación integral de posgrado para profesionales de reciente graduación, que complementa la formación profesional a través del ejercicio de prácticas formativas de complejidad creciente. Se caracteriza por la formación intensiva en servicio, a tiempo completo y con dedicación exclusiva. Se accede a ella a través de un proceso de selección de convocatoria abierta que garantice igualdad de oportunidades.

5. ANEXO NORMATIVO

Ley 17.132/ Enero 1967. *Normas para el ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración.*

Ley 22.127/79. *Crea el Sistema Nacional de Residencias de Salud*

Ley 23.873/90. *Modifica art. 21 y 31 de la Ley del Ejercicio Profesional. Habilita la obtención del certificado de especialista con residencia completa.*

Ley 24.195/93. *Ley Federal de Educación*

Ley 24.521/95. *Ley de Educación Superior.*

Ley 26.206/06. *Ley de Educación Nacional.*

Decreto 10/2003. *Reglamenta la Ley 23.873.*

Resol.1778/60 R.M. *Adóptase en los establecimientos asistenciales el Sistema de Residencia Médica Hospitalaria. Su reglamentación.*

Resol. Nº 223. Enero 1961. *Residencias Básicas.*

Resol. Nº 224. Enero 1961. *Normas para el establecimiento de la Residencia Médica Hospitalaria.*

Resol. Nº 622/67. *Creación del Consejo Nacional de Residencias Médicas. (CONAREME).*

Resol. 683/67. *Consejo Nacional de Residencias Médicas. Reglamento.*

Resol. 476/86. *Duración de Residencias Básicas y Post-Básicas.*

Resol. 479/87. *Articulación de Residencias Médicas.*

Resol. 516/87. *Nuevas Residencias Articuladas.*

Resol. 454/88. *Articulación de Residencias.*

Resol. 174/88. *Creación Comité de Evaluación de Residencias.*

Resol. 389/89. *Reglamento de Residencias.*

Resol. 596/91. *Modifica Resol Nº 174/88.*

Resol. 1.168/97. *Establece estándares y criterios de la CONEAU*

Resol. 450/06. *Crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.*

Resol. 1.923/2006. *Listado de especialidades médicas reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación.*

Resol. 1.342/07. *Reglamenta el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.*

Resol. 303/08. *Reglamento Nacional de Residencias.*

Resol. 2273/10. *Apruébase el listado de especialidades médicas reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación.*

6. BIBLIOGRAFÍA

ABRAMZÓN M. (2005) *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud- OPS.

ABRAMZÓN M, AIROLDI S, CADILE MC, FERRERO L (2002) *Argentina: recursos humanos en salud en 2001,* Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud- OPS.

ASOCIACIÓN MEDICA ARGENTINA (1960) Jornadas sobre residencias hospitalarias, Buenos Aires 18 de Noviembre de 1959. Rev. Asociación Médica Argentina. 74 (3).

AAVV (2008) La calidad del sueño en los profesionales sanitarios de dos áreas de salud de Castilla-La Mancha. *Rev. Clín. Med. Fam.* 2 (4): 156-161.

ACOSTA, C, BOLONESE, M. E., ESTEVE, K, RODRÍGUEZ, P., YULITTA, H (2008) *Guía para la elaboración de programas docentes de las residencias*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

ALBEROLA, J. B. (2003) El tribunal de Luxemburgo y el asunto SIMAP. *El observador de la actualidad médica*, n° 70, marzo.

BORRELL, BENTZ, ROSA MARÍA (2005) *La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud OPS.

DAVINI, C. et al. (2003) *Las residencias del equipo de salud. Desafíos en el contexto actual*, Buenos Aires, OPS, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud, UBA. Instituto Gino Germani.

CATSICARIS C, EYMANN A, CACCHIARELLI N Y USANDIVARA, I *(2007)* La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (*burnout)*. Un modelo de prevención en la formación médica. Arch. Argentinos de Pediatría 105(3):236-240.

GALLI, A. Situación actual de la educación médica en Argentina. *Educ. méd.* [online]. 2009, vol.12, n.1 [citado 2011-04-10], pp. 3-5 . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-GARNÉS ROS, A.F. (2001).

Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes. *Centro de Salud* 9:99, 568-572.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. (2003) Las residencias del Equipo de Salud. En: Las residencias del Equipo de Salud: desafíos en el contexto actual. Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires. Gráfica Laf S.R.L.

INVERNIZZI C, LÓPEZ VAL L (2001) Digesto de recursos humanos en salud. Leyes y normativas nacionales, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud/ OMS.

MALAMUD ISABEL (2008) Notas para la evaluación del sistema de residencias Médicas. Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires 28(2) 71-74.

MENÉNDEZ GONZÁLEZ M.; RYAN MURÚA P., GARCÍA SALAVERRI B. Efecto subjetivo de las guardias sobre la salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes en España, en *Archivos de medicina*, URL: http://www.archivosdemedicina.com

ROA, RUBÉN (1997) *Medicina Familiar* Tomo I. Buenos Aires Akadia Editorial.

VIDAL H, SILBERMAN F, AGUILAR GIRALDES D, MANRIQUE J, PRADIER R (2010): Las residencias médicas. Su papel en la educación de postgrado en la República Argentina. Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación Médica de Postgrado (ACAP). Buenos Aires Mimeo.

CAPÍTULO 3

GUÍA PARA LA FORMULACIÓN DE PROGRAMAS DE RESIDENCIA

Coordinación:
Dra. Isabel Duré | Lic. Isabel Malamud

Equipo Responsable de la Elaboración:
Dra. Daniela Daverio | Dr. Raúl Olocco | Lic. Gabriela Rodríguez

INTRODUCCIÓN

1. ¿POR QUÉ Y PARA QUÉ PROGRAMAR?

La elaboración de Programas de Formación responde tanto a motivos de orden pedagógico, como de tipo administrativo y de organización. Ambos aspectos se encuentran indisociablemente articulados.

Por una parte, la presentación de programas enmarca las prácticas de formación en un circuito de gestión, regulación y seguimiento, compatible con la responsabilidad social que asume el sistema por la formación de recursos humanos. Por otra, la necesidad de programación responde a motivos pedagógicos y deviene de la naturaleza intencional y proyectual de la enseñanza. Las estrategias y acciones a través de las cuales se concretan las intenciones de formación en cada contexto tienen que ser previstas y plasmarse en un programa consistente.

Desde una tercera perspectiva, la presentación de un programa hace explícita una propuesta de formación, permitiendo compartirla con otros y someterla a discusión para realizar los ajustes y revisiones que se consideren necesarios.

En términos genéricos la programación educativa en el marco de la residencia intenta responder al problema de cómo organizar y anticipar un conjunto de actividades/contextos/experiencias a fin de promover la adquisición de ciertos saberes y conocimientos por parte de los aprendices o residentes.

2. ¿QUÉ ES PROGRAMAR?

Programar es representar o anticipar un estado de cosas, que sólo adquirirá forma en su realización, es una hipótesis de trabajo que se desarrolla en diálogo con las condiciones y características del ámbito en el cual se piensa su implementación. La programación organiza la participación de los residentes tanto en las prácticas asistenciales habituales como en instancias de formación expresamente pensadas a tal fin, para que los residentes adquieran en un lapso de tiempo definido, las capacidades, conocimientos y saberes necesarios para desempeñarse en el ejercicio de una especialidad de manera autónoma y en distintos escenarios asistenciales de una especialidad.

Entre las múltiples ideas que intervienen en el proceso de programación, las vinculadas a la manera en que se piensa la relación entre lo que se planifica y cómo se implementa tienen un lugar privilegiado. En términos genéricos, cuanto más minucioso es el grado de detalle de la propuesta menos lugar hay para la improvisación, para la incorporación de criterios disímiles e incluso para responder a imprevistos. La perspectiva adoptada en este material entiende la programación como un marco flexible, dentro del que podrán incluirse ajustes y modificaciones, en la medida que resulten necesarias para optimizar la tarea. Asimismo, un programa establece un encuadre de trabajo común, indispensable para coordinar y organizar los tiempos y para sostener un proceso de aprendizaje durante dos, tres o cuatro años.

3. NIVELES DE LA PROGRAMACIÓN

Pueden distinguirse diferentes niveles de programación, cada uno de los cuales se asocia con diferentes tipos de intervención, unidades de tiempo y alcance.

En principio, es necesario identificar un nivel macro en el que se definen lineamientos generales para la formación de recursos humanos en salud, que corresponde al Ministerio de Salud de la Nación y al COFESA, y que se asocia con la definición de prioridades, especialidades críticas y marcos regulatorios. Los Marcos de Referencia para la formación de Residencias corresponden a este nivel: establecen criterios generales y principios que encuadran la formación de especialistas definiendo el Perfil de los Egresados, los conocimientos correspondientes a cada formación y las características mínimas de las sedes de residencia. Estos marcos establecen una orientación y un piso mínimo que tendrá que ser respetado por todas las ofertas de formación en cada especialidad.

En otro nivel se identifica la programación jurisdiccional, que atiende al número y distribución de programas de las distintas especialidades y que tiene en cuenta las prioridades establecidas a nivel federal y los requerimientos e indicadores regionales.

Un tercer nivel de programación lo constituye el que se desarrolla en cada Centro Asistencial, donde se consideran en simultáneo posibilidades de formación de diferentes servicios, prioridades y demandas. La programación en este nivel puede requerir el desarrollo de un cronograma común a distintas residencias, la coordinación y distribución de rotaciones por distintos ámbitos o sedes y/o la identificación de actividades comunes inter residencias.

Existe un cuarto nivel más, representado por la programación que realiza el Responsable de cada residencia en cada servicio o sede. Éste es, sin duda, el nivel de programación más claramente identificado con el diseño de la formación, en tanto atiende a cómo organizar actividades y recursos para el logro de los aprendizajes deseados. Es importante tener presente que esta programación no se encuentra aislada y necesariamente guarda relación con lo definido y planteado en los niveles previos.

Por último, puede identificarse un quinto nivel, asociado con la organización y desarrollo de distintas actividades de formación, que es en general asumido por Jefes de Residentes y/o Instructores.

Aunque este material se ocupa centralmente de la programación que realizan los responsables de cada servicio o sede, es importante tener presente que dicha programación se encuentra en relación tanto con los niveles más amplios como con los más restringidos. Algunas de las decisiones adoptadas en niveles más generales impactan y condicionan lo que puede plantearse en los niveles de ejecución, pero existe también un margen de libertad que debe resolverse más cerca del terreno de implementación. Los niveles de programación pueden ser pensados como un juego de muñecas rusas en el cual cada nivel está contenido en el anterior. Pero aún cuando cada nivel conserve un espacio de determinación y definición propio, en el que se establecen componentes, tiempos y resultados previstos, esto debe hacerse en forma armónica con los restantes.

4. PROGRAMAR LA PARTICIPACIÓN EN LA ASISTENCIA

A diferencia de lo que sucede en espacios exclusivamente educativos, donde las estrategias y actividades se seleccionan por su potencialidad para promover aprendizajes, **en las residencias se plantea como cuestión central cuál y cómo es la mejor manera de aprovechar y potenciar el funcionamiento y dinámica habitual de los servicios con fines de aprendizaje y formación.**

La residencia es un sistema con fines formativos, inserto en un espacio asistencial donde ambas finalidades conviven de manera no siempre armoniosa. La tensión entre la primacía de una lógica asistencial y una lógica formativa constituye una característica estructural del sistema que la programación debe incorporar y que exige una atención permanente para evitar énfasis o vacancias indeseadas.

En las residencias se aprende trabajando e incorporándose a las actividades habituales de los servicios, pero para que el aprendizaje se oriente hacia un desempeño futuro autónomo el proceso debe ser pensado y programado. Es un proceso inserto en las prácticas habituales, que debe buscar a la vez despegarse de las mismas para permitir la reflexión y programación. La inexistencia de este espacio plantea el riesgo de un aprendizaje excesivamente reproductivo, sin la flexibilidad necesaria ni posibilidades de adaptación a contextos diferentes.

5. INSUMOS DE LA PROGRAMACIÓN

Para la programación es necesario partir de ciertos insumos básicos:

- *un conocimiento detallado de las características y posibilidades que ofrece el contexto donde se desarrollará el programa*
- *los lineamientos y orientaciones, que encuadran la formación en la especialidad.*

Si se trata de una residencia con trayectoria, es importante analizar la información que aportan evaluaciones anteriores y reconstruir los antecedentes de la propuesta en cada ámbito: las características de cada programa, qué cosas funcionaron, cuáles vale la pena sostener o reformular, etc.

Algunas especialidades cuentan con Marcos de Referencia, elaborados en una mesa federal y aprobados por el COFESA, que definen parámetros y criterios mínimos para la formación, y constituyen una referencia obligada a la hora de definir los programas. El desarrollo del programa debe plantear cómo se concreta y se hace viable la formación respetando esos criterios generales, y considerando los rasgos propios de cada contexto particular.

En síntesis, para abordar la tarea de programación se requiere partir de los siguientes materiales:

- *Marco de Referencia. (en las especialidades en que ha sido aprobado).*
- *Relevamiento de las características y condiciones del servicio sede.*
- *Programas anteriores (en caso de que los haya), y/o programas de la especialidad de otras sedes, provincias, etc.*
- *Informes de Evaluaciones anteriores y/o Informe de Acreditación (si lo hubiere).*

6. PARTICIPANTES Y MODALIDADES DE LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS

El proceso de dar forma y diseñar prácticas de formación en contextos institucionales exige de procesos de intercambio, construcción de consensos, articulación y coordinación de acciones en las que intervienen distintos actores.

Durante la programación pueden surgir desacuerdos y tensiones que atraviesan la formación. La convivencia de participantes y perspectivas exige reservar un espacio y un tiempo destinado al diseño de la formación

Organizar y coordinar tareas para el desarrollo de la formación no equivale a homogeneizar abordajes y enfoques. Por el contrario, uno de los aprendizajes más valiosos que promueve la residencia es el conocimiento de diferentes modelos y formas de desempeño profesional. Pero para que ello sea posible, es necesario que se reúna con regularidad el equipo a cargo de la residencia, integrado por el Responsable de las Residencia, el/los Jefes de Residentes, Instructores (si los hubiera) y médicos de planta que asuman funciones docentes.

Es función del Responsable de la Residencia coordinar las tareas necesarias para el desarrollo de la función pedagógica. Dichas tareas incluyen: establecer horarios de reunión, definir un cronograma de actividades de seguimiento, convocar a los distintos participantes, establecer una agenda para el trabajo conjunto, asignar responsabilidades, etc.

COMPONENTES DE LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA

Se presenta en este apartado la estructura básica de los programas, con una síntesis de los distintos componentes y la función que asume cada uno. En los apartados siguientes se detallan orientaciones para la definición de cada uno.

- **1. Carátula**: *Datos Básicos del Programa y la sede.*
- **2. Fundamentación:** *¿Por qué/ Para qué se presenta la propuesta de formación? ¿A qué intereses o necesidades intenta dar respuesta?*
- **3. Perfil del Egresado: ¿***Cuáles son las responsabilidades y tareas que deberá estar en condiciones de asumir el especialista al finalizar su formación?*
- **4. Cronograma de Rotaciones:** *¿Cómo se estructuran las rotaciones en el transcurso de la residencia? ¿Qué rotaciones están previstas, cuál es su duración y orden?*
- **5. Objetivos Generales por año:** *¿Qué aprendizajes tendrán que haber alcanzado los residentes al finalizar cada año de formación?*
- **6. Contenidos por año:** *¿Qué conocimientos, prácticas, capacidades deberá adquirir el residente al finalizar cada año de formación?*
- **7. Cronograma semanal de actividades:** *¿Cuáles son las actividades habituales en las que está previsto que participen los residentes? ¿Cómo se despliegan en una semana tipo de trabajo? ¿Se incluyen ateneos, clases, pases de sala, revisión de historias clínicas, búsquedas bibliográficas, etc.?*
- **8. Recursos:** *¿Con qué recursos materiales y humanos cuenta la institución para el desarrollo del programa de residencias?*
- **9. Modalidades de Evaluación de los residentes:** *¿Cuáles son las instancias y modalidades de evaluación previstas en el transcurso de la residencia?*

1. CARÁTULA

La carátula presenta los datos básicos de la Residencia:

- *Especialidad.*
- *Centro asistencial*
  - * Dependencia
  - * Jurisdicción
- *Año de creación*
- *Autoridades de la residencia*
- *Dirección postal, teléfono, correo electrónico y página Web si la tuviera.*

2. FUNDAMENTACIÓN

En la fundamentación se plantean las razones que aconsejan, y/o justifican el desarrollo de la residencia de dicha especialidad en este centro asistencial/ provincia/ región. La lectura de la fundamentación tiene que expresar con claridad cuáles son las situaciones o problemas que motivan o dan sentido al desarrollo de la formación que se quiere impulsar.

Este apartado puede incluir también elementos que justifiquen o fundamenten decisiones pedagógicas que se adoptan en el diseño del programa. Por ejemplo: las razones que aconsejan la inclusión determinados contenidos, o los motivos por los cuales se aconseja cierto tratamiento de los temas o la utilización de ciertas estrategias. Su relevancia varía con la situación particular de la especialidad en cada provincia.

A continuación y a manera de ejemplo, se plantean una serie de aspectos que podrían estar contemplados en la fundamentación un programa:

- *La definición del campo profesional de la especialidad y su vinculación con problemas de salud y/o de atención a los que hay que dar respuesta.*

"... La persistencia de altos indicadores de muerte neonatal en la provincia aconseja la formación de recursos humanos altamente capacitados en la atención neonatal…".

- *Información sobre la evolución, crecimiento, expansión del sistema, y/o situación actual en relación con la especialidad.*

"…la expansión del sistema e incorporación de nuevos centros asistenciales exige la formación de recurso humano para incorporar nuevos planteles profesionales…."

- *Señalar si los hay, desarrollos, perspectivas/ enfoques, procedimientos que modificaron la práctica de la especialidad, y qué opciones se adoptan en el programa en ese sentido.*

"…Los métodos y procedimientos adoptados en distintos sistemas de salud extranjeros influyeron en el desarrollo de la Medicina General, entre ellos se destaca el movimiento de la Salud Colectiva brasileña, el desarrollo del sistema de salud cubano, el canadiense, y el español. Todos ellos son sistemas de salud socializados con una clara orientación hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad…"

"La generalización en los últimos años del uso de procedimientos endoscópicos y laparoscópicos está modificando la práctica de la Cirugía General, el programa que se presenta refleja este cambio incorporando un porcentaje creciente de este tipo de prácticas. Se mantiene no obstante, como contenido central de la formación el aprendizaje de procedimientos de quirófano que siguen manteniendo su vigencia".

El apartado de Fundamentación finaliza con la enunciación de los **Propósitos de la Formación.**

La secuencia lógica de presentación indica que luego de plantear el estado de situación y los motivos que aconsejan el desarrollo del programa, se enuncian los propósitos o las intenciones que persiguen la institución o el sistema de formación.

- *Formar médicos Pediatras capacitados para desempeñarse en el primer nivel de atención.*
- *Instalar instancias de trabajo conjunto entre la residencia y los médicos de planta.*
- *Sensibilizar sobre la necesidad de actualización y formación continua.*
- *Contribuir a un desempeño responsable y ético de la especialidad.*

Es frecuente confundir los Propósitos de Formación con los Objetivos de Aprendizaje. Ambos aspecto, aunque muy relacionados, merecen distinguirse para evitar confusiones:

- *los **objetivos de aprendizaje** describen los logros que se espera adquieran los residentes en el transcurso de su formación,*
- *los **propósitos** tienen un carácter más amplio y enuncian las intenciones que persigue el sistema formador.*

3. PERFIL DE EGRESADO

El perfil profesional describe el conjunto de responsabilidades y tareas que un profesional es capaz de realizar en su desempeño cotidiano. Incluye las capacidades y competencias que identifican al egresado de una formación y que le permitirán asumir las responsabilidades correspondientes a cada campo de especialidad.

Cada jurisdicción definirá el perfil de los egresados, respetando los lineamientos que se expresan en Marcos de Referencias y en documentos propios de la provincia.

Aquí se incluye una serie de preguntas que pueden usarse como elemento de control para monitorear que el **Perfil Profesional** contemple los distintos aspectos intervinientes:

- *¿El Perfil del Egresado propuesto es acorde con las características sanitarias de la región?*
- *¿Se encuentra en concordancia con el perfil definido por el Marco de Referencia de la especialidad?*
- *¿Considera el desempeño actual de Especialistas en el área, e incorpora probables requerimientos futuros?*
- *¿Contempla las capacidades que son necesarias para el desempeño de la Especialidad en diferentes ámbitos (por ej. diferentes niveles de complejidad/zonas rural y urbana)?*
- *¿El Perfil propuesto encuentra fundamento en las necesidades de recursos humanos en el área/región/ país?*
- *¿Encuentra que el Perfil del Egresado que se definió da respuesta a las características y necesidades locales en la especialidad?*
- *¿Incluye el desarrollo de capacidades genéricas, comunes a distintos profesionales del área? Por ej. Análisis del sistema de Salud, Gestión de Recursos, Docencia, Investigación, Trabajo interdisciplinario.*
- *¿Encuentra que existe consistencia entre el Perfil del Egresado definido y las condiciones de formación?*

4. CRONOGRAMA DE ROTACIONES

La rotación caracteriza un ámbito de desempeño diferente al habitual que es sede del programa de residencia (por ej. la sala de internación de Clínica Médica), en el cual el residente adquiere conocimientos, saberes y destrezas que completan su formación y cuyo aprendizaje no es posible en la sede.

La rotación puede ser *interna*, esto es, dentro del ámbito institucional al que pertenece la residencia, o *externa,* por fuera de éste.

Las rotaciones externas, además de que permiten completar y/o complementar la formación, tienen el valor agregado de introducir al residente en un ámbito de trabajo distinto al habitual, en el que se pueden conocer otras modalidades de trabajo y organización.

La duración y tipo de rotaciones debe estar previsto en el programa de formación. Es frecuente que los programas de residencias incluyan rotaciones obligatorias y optativas. Es importante que las rotaciones externas se encuentren enmarcadas en un convenio entre las instituciones participantes.

Las rotaciones obligatorias tienen que cubrir todas las prácticas necesarias para aprender el ejercicio de la especialidad.

Es habitual que las residencias incluyan una rotación optativa en el último año. El propósito de la misma es promover una profundización en algún área/ temática/procedimiento de interés para cada residente y/o introducir al residente en un campo no contemplado en el programa. Es necesario insistir en que el área de rotación optativa tiene que tener relación con la especialidad de residencia y deben ser claros los motivos que aconsejan la realización de la misma.

Por ejemplo:

- *Una rotación en Dermatología para Médicos Generalistas que se oriente a profundizar en la atención problemas de salud prevalentes en la especialidad.*
- *Una rotación por Oftalmología o por Ortopedia y Traumatología en Clínica Médica que permitiría ampliar las posibilidades para desarrollar prácticas en procedimientos de la especialidad.*
- *Una rotación por centros de zonas rurales que permitiría conocer ámbitos de desempeño no contemplados en la residencia.*
- *Las siguientes preguntas permiten revisar la definición de las rotaciones a la luz de otros elementos de la programación:*
- *¿Las rotaciones previstas son acordes con el Perfil del Egresado?*
- *¿Qué rotaciones se plantean en el desarrollo de la formación?*
- *¿Cuál es la secuencia de las mismas?*
- *¿Las rotaciones previstas permiten el abordaje de los contenidos propuestos?*
- *¿Las rotaciones externas permiten complementar y ampliar la formación ofrecida por la sede de residencia?*
- *¿Las rotaciones propuestas cubren los distintos ámbitos posibles de desempeño en la especialidad?*
- *¿Las rotaciones previstas contemplan la práctica en ámbitos asistenciales de distintos niveles de complejidad, y en los que se desempeñan equipos profesionales de distintas características?*

El programa de Residencia debe anticipar la duración, tipo y sedes de rotación. Si el programa de residencias es jurisdiccional (un solo programa por especialidad para todas las sedes de la provincia) deberá anexarse en referencia a este apartado un **cronograma de rotaciones por sede** en la que se desarrolle la residencia, teniendo en cuenta tales variables.

El siguiente es un esquema básico para graficar las rotaciones con algunos ejemplos:

	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	En.	Feb.	Mar.	Abril	May.
3º				Consultorio de Demanda Espontánea				Centro de Salud				
2º									Adolescencia			
1º					Neonatología							

5. OBJETIVOS GENERALES POR AÑO

Los objetivos son un elemento importante para orientar y organizar los aprendizajes y las actividades de enseñanza y tienen un lugar central en la evaluación, en tanto definen los criterios o parámetros con los que se juzgará el desempeño de los residentes.

Los objetivos son enunciados que señalan los aprendizajes que se esperan al finalizar cada nivel de formación. Por el carácter acumulativo del aprendizaje en la residencia, es esperable encontrar importantes coincidencias entre los Objetivos Generales de 3er año y el Perfil del Egresado.

La enunciación de los objetivos se realiza siguiendo la siguiente fórmula:

AL FINALIZAR EL PRIMER AÑO LOS RESIDENTES SERÁN CAPACES DE + LA CAPACIDAD O COMPETENCIA ENUNCIADA EN INFINITIVO.

La confección de un cuadro con los Objetivos Generales de los distintos años debería reflejar la manera en que se plasma el respeto por los principios de Complejidad y Autonomía creciente en la programación de la residencia.

A modo de ejemplo, se transcriben los Objetivos Generales de un Programa de Residencia de Cirugía General. En la lectura horizontal del mismo se visualizan estos principios de organización

Objetivos Generales 1° año	Objetivos Generales 2° año	Objetivos Generales 3° año
Al finalizar 1er año los residentes serán capaces de:	Al finalizar 2do año los residentes serán capaces de:	Al finalizar 3er año los residentes serán capaces de:
Conocer el equipo de Salud y su organización.	Alcanzar un desarrollo intensivo de las prácticas quirúrgicas.	Adquirir habilidades quirúrgicas mayores.
Conocer el funcionamiento de quirófano, métodos de lavado, vestido, desplazamiento e instrumental.	Realizar un seguimiento efectivo de pacientes.	Realizar seguimiento de pacientes con algo riesgo quirúrgico o de post operatorio complicado.
Realizar el seguimiento pre y post operatorio supervisado.	Manejar las técnicas básicas de intubación.	Desempeñar tareas de atención de consultorio externo y de emergencias.
Actuar en pequeñas cirugías y cirugías menores.	Manejar de Técnicas Básicas de Anestesiología.	
Adquirir destreza y coordinación de movimientos, así como conocimiento y manejo del material de cirugía.	Realizar intervenciones quirúrgicas como 1ero y 2do ayudante.	
	Restaurar preparados anatómicos.	

6. CONTENIDOS POR AÑO

La definición de contenidos en un programa persigue distintos propósitos:

- *Contribuye a garantizar que todos los contenidos relevantes se encuentren efectivamente presentes y a evitar omisiones indeseadas. Por ejemplo, si un contenido no es contemplado por la práctica habitual del servicio, puede plantearse una actividad especial para su abordaje, sea una rotación, clase, taller, charla de experto, etc.*
- *Proporciona una orientación para el diseño de actividades y situaciones de enseñanza, ya que permite distribuir y dosificar el listado de los conocimientos y saberes que el residente tiene que aprender en el transcurso de su formación.*

Es frecuente encontrar programas de residencias en los que los contenidos que se presentan son equivalentes a los de un programa académico. Esta configuración deviene de asimilar la idea de contenido con los conocimientos teóricos o temas. Las **prácticas profesionales** son también un contenido de la formación. No sólo constituyen el núcleo de lo que se aprende en las residencias, sino que son el aprendizaje central de las mismas y lo que distingue a las residencias de otras modalidades de formación de posgrado. Esta característica tiene que estar reflejada en el programa, otorgándole un lugar privilegiado a las **prácticas profesionales** entre los contenidos que se consignan.

La denominación de **"prácticas profesionales"** refiere al desarrollo de intervenciones complejas, que caracterizan la experticia de cada especialidad y que no son reducibles a procedimientos o conocimientos aislados. Ejemplos de prácticas profesionales en distintas especialidades pueden ser: "Desarrollo de criterios de derivación e interconsulta", "Manejo del paciente crónico", "Recepción del recién nacido", "Confección de Historia Clínica". Son capacidades complejas que involucran una amalgama de distintos tipos de conocimientos, técnicas, procedimientos.

Los contenidos o bases curriculares son un capitulo central de los Documentos Marcos de Referencia y definen aquello que los residentes tienen que tener oportunidad de aprender en el transcurso de su formación. Para las especialidades que aún no cuentan con Marcos de Referencia aprobados por el COFESA, la definición de los contenidos se realiza a partir de los criterios que se vienen utilizando en la formación de cada especialidad.

En los Marcos de Referencia de Residencia, los contenidos considerados necesarios para la formación de cada especialidad se presentan en la Sección II de los documentos. Su consulta es indispensable para definir los contenidos de las especialidades que ya lo tienen aprobado.

En éstos se distinguen dos tipos de contenidos:

- ***A.- Bloques propios de cada especialidad***

  Incluye los conocimientos propios de la especialidad, teorías, principios, métodos, técnicas, procedimientos, modos de indagación y validación, modos de pensamiento y de resolución de problemas específicos del área de especialización.

- ***B.- Bloques transversales***

  Plantean el abordaje de problemas centrales del campo de la salud, como la relación con el paciente, el manejo, análisis e interpretación de aspectos epidemiológicos, la organización del sistema de salud, los alcances y límites de la propia especialidad y su relación con otras vecinas, aspectos legales del desempeño del rol, consideraciones éticas, abordajes o enfoques interdisciplinarios en el tratamiento de problemáticas propias de la especialidad.

Los Bloques de Contenidos transversales comunes a todas las especialidades que fueron incluidos en los Marcos de Referencia aprobados son[1]:

- *Bloque 1: Estado, sociedad y cultura.*
- *Bloque 2: Comunicación.*
- *Bloque 3: Salud Pública.*
- *Bloque 4: Organización y Gestión de Organizaciones de Salud.*
- *Bloque 5: Actitudes relacionadas con el ejercicio profesional.*
- *Bloque 6: Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.*

La definición de Contenidos por año exige el ajuste de los mismos con los objetivos correspondientes a cada año de formación. Supone pensar qué tiene que aprender el residente en el transcurso de cada nivel, en función de los logros u objetivos que se esperan al finalizar cada año.

El siguiente listado de preguntas permite revisar si la formulación de contenidos que se realizó se encuentra en consonancia con propósitos, objetivos, perfil del egresado y demás características del programa:

- *¿Los contenidos definen claramente qué prácticas, conocimientos, actitudes son necesarios para la formación en la especialidad?*
- *¿Encuentra correspondencia entre los Contenidos definidos en los Marcos de Referencia y los que se definen en el Programa?*
- *¿Se observan vacancias o ausencias llamativas entre los contenidos seleccionados?*
- *¿Las patologías prevalentes en la región están contempladas entre los contenidos seleccionados?*
- *¿Existen contenidos que a su juicio reciben un tratamiento demasiado escaso o excesivo? ¿Cuáles?*
- *¿Considera que existen problemáticas emergentes que tendrían que estar contempladas en el programa?*
- *¿Entre los contenidos seleccionados se incluyen contenidos de carácter general del área de la salud y comunes a distintas especialidades?¿Cuáles?*
- *¿Existe correspondencia entre los contenidos seleccionados y el Perfil del Egresado que se definió?*
- *¿Considera que el tiempo disponible es suficiente para el tratamiento de los contenidos seleccionados?*

7. ACTIVIDADES

Las actividades son situaciones que demandan la participación de los residentes y vehiculizan los contenidos de la formación. La selección y/o creación de actividades es un aspecto clave de la tarea docente. La modalidad de aprendizaje prevalente en las residencias se basa en la incorporación de los residentes a las actividades habituales de los servicios: pases de guardia, recorridas de sala, distintos tipos de ateneos, asistencia en consultorio, etc. Son actividades centrales de la formación en las que los residentes participan junto a los profesionales de planta. Aún cuando ellas son el eje del aprendizaje en la residencia, la inclusión de los residentes en las mismas debe ser programada. Su desarrollo debe responder a los principios de complejidad, responsabilidad y autonomía crecientes y esto debería traducirse en las actividades y funciones que se les presentan a los residentes en los distintos niveles de formación.

1 Estos bloques de contenidos transversales han sido revisados en los Marcos de Referencia más recientes y reordenados de la siguiente manera:
Bloque 1: El profesional como sujeto activo en el Sistema de Salud.
Bloque 2: Los sujetos de derecho en el Sistema de Salud.
Bloque 3: El profesional como participante activo en la educación permanente y la producción de conocimientos.
El desarrollo de estos Bloques se encuentra en el Capítulo 7.

El espacio para el desarrollo de actividades exclusivamente orientadas a la transmisión y sistematización de conocimientos es acotado. Entre las mismas se encuentran las Clases, Charlas y/o Ateneos de Residentes, o el trabajo con simuladores.

Por otra parte es frecuente que se asimilen las actividades asistenciales a "lo práctico" y las actividades docentes y de investigación a "lo teórico". Esta clasificación puede conducir a confusiones si se plantea lo asistencial disociado de lo teórico, o las actividades docentes y de investigación sin vinculación con la asistencia. Suele tratarse de actividades con distintos grados de integración entre lo teórico y lo práctico. Una más ajustada clasificación del tipo de actividades que se desarrollan en la residencia permitirá una mejor selección y organización de las mismas: es éste el sentido de profundizar en la comprensión de los aspectos implicados en las mismas.

Los programas de residencias suelen distinguir entre actividades asistenciales, docentes, y de investigación. No siempre es fácil decidir cuál es el grupo al que pertenece una determinada actividad: por ejemplo un ateneo: ¿es una actividad asistencial o una actividad docente? A grandes rasgos, lo que permite definir el tipo de actividad es el propósito principal de la misma: es necesario preguntarse si ella está prioritariamente orientada hacia la capacitación/ actualización o hacia la atención de pacientes.

El desarrollo de distintas actividades permite a los residentes la adquisición y desarrollo de distintos aprendizajes. Se sugieren los siguientes grandes criterios para la selección de las mismas:

- ***La naturaleza del contenido que debe aprenderse determina el tipo de actividad más adecuada para su aprendizaje.***

  Por ejemplo: el aprendizaje de ciertas destrezas requiere de actividades que permitan la práctica reiterada de las mismas. No pueden ser aprendidas a través de actividades teóricas.
- ***Un mismo contenido abordado a través de actividades distintas conduce a aprendizajes diferentes.***

  Por ejemplo: la atención de pacientes en ámbitos hospitalarios y en centros de salud promueve diferentes tipos de aprendizajes.
- ***La selección de actividades debe contemplar cierto equilibrio entre los propósitos de formación*** **(***Por ejemplo: actividades de docencia, investigación, asistencia)* ***y las distintas modalidades de aprendizaje de los residentes*** *(por ej. actividades inter residencia y actividades con los profesionales de planta, teóricas, prácticas, etc.)*

La organización de las mismas se grafica en un cronograma semanal que refleja las actividades habituales de la sede. El cronograma básico indica las actividades comunes a toda la residencia: ateneos, recorridas, pases, clases. Una versión más elaborada puede incorporar detalles como actividades propias de los distintos niveles de residencia por ejemplo: consultorios externos, realización de historias clínicas, laboratorio, interconsultas, etc.

Un formato posible, adaptable a los requerimientos, para el armado del cronograma es el siguiente:

Cronograma Semanal Actividades Residencia

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana	*8 h Pase de guardia*	*8 h Pase de guardia.*	*8 h Pase de guardia*	*8 h Pase de guardia*	*8 h Pase de guardia.*
	9 h Recorrida sala.		*9 h Recorrida de sala.*		*9 h Recorrida sala.*
	12 h Ateneo Bibliográfico.		*12 h Ateneo de Morbi-mortalidad*		*12 h Ateneo Interdisciplinario.*
Tarde	*14 h Clase de residentes.*	*14 h Clase de residentes.*	*14 h Clase de residentes.*	*14 h Clase de residentes.*	*14 h Clase de residentes.*
	1er año: Redacción de Historias Clínicas.	*1er año: Redacción de Historias Clínicas.*	*1er año: Redacción de Historias Clínicas.*	*1er año: Redacción de Historias Clínicas.*	*1er año: Redacción de Historias Clínicas.*
		2do y 3er año: Taller Metodología de Investigación.		*3er año: Consultorio externo.*	

Las siguientes preguntas permiten chequear la consideración de distintos aspectos que intervienen en la definición de actividades:

- *¿Se definió un Cronograma Semanal de actividades?*
- *¿Se incluyen actividades asistenciales, docentes y de investigación?;*
- *¿Se incluyen actividades compartidas con los médicos de planta, actividades intra residencia, y actividades compartidas con otras residencias del centro asistencial?*
- *¿Los tiempos destinados a cada tipo de actividad, se encuentran en relación con el Perfil propuesto?*

8. RECURSOS

En este apartado se detallan los recursos presentes en cada sede, vinculados con las oportunidades de formación de los residentes.

La consideración de los recursos es un elemento clave de la programación, en tanto su disponibilidad favorece u obstaculiza el desarrollo de actividades de formación. Es importante aclarar que la existencia de recursos en la sede no equivale a su disponibilidad para las prácticas de los residentes.

En la presentación de recursos se consignan aquellos elementos que efectivamente pueden ser utilizados con propósitos de formación. El acceso a diferentes recursos condiciona el desarrollo de actividades.

Como ya se ha mencionado, en el caso de que no se cuente con la infraestructura requerida en alguna sede de Residencia debe pautarse la forma en que se espera el aprendizaje de dichas prácticas a través de rotaciones u otras actividades complementarias.

Pueden identificarse:

- *Recursos Asistenciales*
- *Recursos Docentes*
- *Equipamiento e infraestructura.*

La siguiente tabla ordena la presentación de recursos:

Recursos Docentes	***Cantidad por Número de Residentes***	***Sede***
Jefes de residentes.		
Médicos de Planta.		
Listas de Cotejo.		
Recursos Asistenciales	***Cantidad***	***Sede***
Pacientes internados.		
Consultas ambulatorios.		
Equipamiento e Infraestructura	***Cantidad***	***Sede***
Electrocardiógrafo.		
Detector de latidos fetales.		
Biblioteca.		
Acceso a base de datos.		
Simuladores.		

9. EVALUACIÓN

La evaluación del desempeño de los residentes es un elemento central de la formación que requiere ser pensada y desarrollada en concordancia con la propuesta formativa.

Evaluar es recoger información para juzgar el desempeño de los residentes y orientar la toma de decisiones en relación al aprendizaje y la enseñanza. Para ello se requiere definir con claridad los parámetros y criterios que se adoptarán en los distintos niveles de formación.

El sistema de evaluación de los residentes debe contemplar, como mínimo, los siguientes momentos:

- *Evaluación anual integradora de carácter teórico práctico.*
- *Evaluación post rotación de carácter teórico práctico.*
- *Evaluación final de la residencia de carácter teórico práctico.*

Para la definición y organización de las modalidades de evaluación tienen que considerarse diferentes aspectos:

- *¿Cómo evaluar el desempeño de los residentes? ¿Cuándo? ¿Quién/es lo evaluarán?*
- *¿Cuál es el propósito de las distintas instancias de evaluación?*
- *¿Se plantea un registro de prácticas y procedimientos?*
- *¿Se utilizan de manera sistemática instrumentos de evaluación como listas de cotejo, escalas, etc.?*
- *¿Qué mecanismos de retroalimentación están previstos?*

ANEXO

Procedimiento para la presentación de Programas de Residencias Nacionales al Ministerio de Salud.

El Programa de Residencia constituye un documento en el que se definen los rasgos y características centrales de un trayecto de formación, que conduce a la obtención de un certificado de Residencia completa en una especialidad.

Es un documento imprescindible en los trámites de validación, reconocimiento u homologación de títulos. Su presentación exige el respeto de ciertas formas:

- *Cada provincia presenta un programa de formación por cada especialidad de residencia.*
- *A dicho programa se incorpora como Anexo I el programa de rotaciones y cronograma de actividades correspondientes a cada sede de residencia, si hubiere más de una sede de una especialidad.*
- *Los programas deben estar inicialados y foliados en todas las hojas, y firmados en la última hoja por el responsable de recursos humanos de salud de la provincia.*
- *Debe consignarse en la última hoja el número de hojas con la leyenda: "Son (número) de fojas" acompañado de la firma y sello correspondiente.*
- *Los programas deberán ser presentados en formato papel en la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.*
- *Deberá enviarse una copia digital de cada uno de los programas presentados a la siguiente dirección de mail: programasresidenciasmsal@gmail.com*
- *Se solicita consignar en el asunto del correo y en el nombre del archivo enviado Provincia/ Sede/ Especialidad. Por ej.: Salta/ Htal. Oran/ Pediatría.*

CAPÍTULO 4

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE RESIDENCIAS

R.M.Nº 450/06 - R.M.Nº 1342/07
Disp. SSPRyF Nº 29/2010. Anexo I

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud tiene por objetivo definir las pautas para generar aprendizajes comunes y continuos a través de este sistema formativo. La acreditación actúa como mecanismo de supervisión y evaluación permanente de la calidad en la formación de recursos humanos.

Este Sistema funciona en la órbita del MINISTERIO DE SALUD, está presidido por la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización y coordinado por la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional.

A través de la Resolución Ministerial Nº 450/06 y 1.342/07 se crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud estableciéndose el Registro Único de Entidades Evaluadoras integrado por Sociedades Científicas/Universidades u otras Organizaciones Civiles acreditadas por el Ministerio de Salud de la Nación, que son las encargadas de llevar adelante el proceso de evaluación.

A fin de establecer parámetros comunes para dicho proceso, la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional ha considerado necesario la elaboración del presente Instrumento de Evaluación.

Para la construcción del documento se han tomado como antecedentes los instrumentos de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), de la Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación Médica de Postgrado en la República Argentina (A.C.A.P) y de auto evaluación elaborado en este Ministerio con asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

También han participado en su producción asesores externos de distintas Sociedades Científicas que con sus aportes enriquecieron el trabajo de construcción.

El enfoque sobre el que se apoya este trabajo entiende a la evaluación como un proceso que parte de la recolección de información para tomar decisiones y procurar la mejora permanente de los aprendizajes de los Residentes en los ámbitos en los cuales se forme.

Este instrumento orientará la tarea de las Entidades Evaluadoras. Sin embargo, cada Sociedad/ Asociación Evaluadora, de acuerdo a su saber disciplinar, podrá completar el mismo con aquellas especificidades que considere necesarias.

Una vez concluido el proceso de recolección de datos se analizará la información. Con ella los evaluadores realizarán un informe en donde consten observaciones generales, recomendaciones/ sugerencias y ajustes para la mejora de la propuesta pedagógica destinada a los Residentes.

A su vez, la devolución efectuada por las Entidades Evaluadoras se constituirá en insumo para la autoevaluación del equipo Pedagógico a cargo de la Residencia y para quienes llevarán a cabo las mejoras en el proceso formativo de manera continua.

Por otra parte, se procuró que los procedimientos seleccionados para la recolección de datos, que serán administrados por el evaluador, sean prácticos y de bajo costo, que no interfieran en la dinámica de trabajo institucional, y que tiendan a la inclusión de la evaluación como una actividad habitual en el ámbito de formación de Residentes.

Por último, acorde con el concepto de evaluación manifestado, se considera que estos instrumentos de evaluación podrán ser mejorados con la experiencia surgida a lo largo del proceso de acreditación.

INFORMACIÓN GENERAL

1. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre del Establecimiento:.....

Hospital de Autogestión:

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

1.1 Categorización según el Registro Federal de Establecimientos Asistenciales (R.M 267/03)

.....

1.2 Dependencia (Marque con una X lo que corresponda)

- *Nación* *(…)*
- *Provincia* *(…)*
- *GCBA* *(…)*
- *Municipio* *(…)*
- *Universidad* *(…)*
- *Privada* *(…)*
- *Otros* *(…)*

Domicilio: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono: ..... Fax: .....

Correos Electrónicos:.....

Página Web:.....

Jefe de Docencia e Investigación del Hospital:.....

1.3 ¿El servicio es cátedra Universitaria?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

2. IDENTIFICACIÓN DE LA RESIDENCIA

2.1

a. Nombre de la Residencia: .....

b. Duración: .....

c. Año de creación de la Residencia: .....

d. Correo electrónico de la Residencia o del Responsable: .....

e. Teléfono de la Residencia: .....

2.2 **Marque con una X lo que corresponda sobre la Especialidad:**

- *Básica* (…)
- *Posbásica* (…)
- *Articulada* (…)

2.3

- *a. Jefe de Servicio / Departamento al que pertenece:* .....
- *b. Antigüedad Jefatura del Servicio:* .....
- *c. Indique Nombre del Responsable de la Residencia:* .....
- *d. Titulación, Antecedentes Profesionales y Docentes:* .....
- *e. Antigüedad en el cargo de Responsable de Residencia:*

2.4 **Oferta asistencial del servicio**

- *A. Sobre el sector internación indique:* .....
  a. Cantidad de camas disponibles asignadas al servicios / especialidad: .....
  b. Porcentaje de ocupación: .....
  c. Giro / cama: .....
  d. Indicar cantidad promedio de pacientes día / año: .....
- *B. Sobre el sector Ambulatorio indique:* .....
  Cantidad promedio de consultas anuales del servicio: .....

2.5 **Enuncie los Principales 5 diagnósticos del servicio en:**

- *a. Consultorio externo:* .....

  .....

- *b. Internación:* .....

  .....

- *c. Urgencias (guardias activas y pasivas):* .....

  .....

- *d. Intervenciones quirúrgicas:* .....

  .....

SELECCIÓN DE RESIDENTES. INGRESO.

2.6 Método de selección de residentes:

A. ¿Qué se tiene en cuenta para establecer el acceso a la vacante?

(Marque con una X todas las opciones que correspondan)

- *Examen (...)*
- *Promedio (...)*
- *Entrevista (...)*

B. ¿Cómo se selecciona al Jefe de Residentes? Explique brevemente

.....

.....

2.7 Complete el siguiente cuadro:

Año	*Ingreso*	*Egreso*	*Deserción*	*Cargos que quedaron vacantes luego de la adjudicación*

2.8 Explique brevemente las razones o motivos de las deserciones en los 2 últimos años.

.....

.....

.....

3. PROPUESTA DE FORMACIÓN

FORMALIZACIÓN DE LA PROPUESTA PEDAGÓGICA

3.1 Explique brevemente los criterios que fundamentaron la creación de la Residencia:

.....

.....

.....

.....

3.2 Desde su perspectiva, ¿qué efectos positivos se han generado a partir de la implementación de la Residencia?

.....

.....

.....

.....

3.3 Desde su perspectiva, ¿qué efectos negativos ha generado la implementación de la Residencia?

.....

.....

.....

.....

3.4 ¿Qué objetivos generales tiene la Residencia?

.....

.....

.....

.....

3.5 ¿Cuáles son los rasgos fundamentales del perfil del Residente?

.....

.....

.....

.....

3.6 Programa de la Residencia fue armado acorde con:

Normativa	*Sí*	*No*	*¿Cuál?*	*Adjuntar*
a. Lo requerido por la Normativa Jurisdiccional y/o Nacional				
b. Reglamento de Residencia acorde con la Normativa				
c. Estándares de Diagnóstico y tratamiento propios, acordes con Normas de Calidad Nacional e Internacional				
d. Estrategias de Atención Primaria				
e. Otros (Indique cuáles)				

3.7 Marque con una X si la propuesta de enseñanza se desarrolla prioritariamente a partir de:

- *Temáticas independientes (por ej. RCP, IAM)* *(…)*
- *Casos problema* *(…)*
- *Cada profesor elige los contenidos que ofrecerá en su programa* *(…)*
- *Una combinación de todas las anteriores* *(…)*

3.8 ¿Se realizó alguna Investigación sobre necesidades de formación de recursos humanos en esa Especialidad?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*
- *Desconoce* *(…)*

3.9 En caso afirmativo: ¿Se utilizó alguna investigación existente? ¿Cuál?

.....

.....

3.10 ¿Se realizó en la Residencia algún Estudio sobre la formación de recursos humanos en dicha especialidad?

- *Sí* *(...)*
- *No* *(...)*

3.11 En caso afirmativo explique brevemente las características del estudio realizado, y las conclusiones que se derivaron del mismo.

.....

.....

.....

.....

3.12 Describa brevemente las tareas que desempeña el residente.

.....

.....

.....

.....

3.13 Horarios de la Residencia.

	Lunes	*Martes*	*Miércoles*	*Jueves*	*Viernes*
Horario					

4. FORMADORES DE RESIDENTES

EQUIPO DE SALUD QUE DA MARCO A LA ACTIVIDAD DOCENTE DE LA RESIDENCIA

4.1 Profesionales:

a. Nombre del Jefe de servicio: .....

b. Matrícula: .....

c. Número de profesionales de planta afectados a la función pedagógica: .....

d. Número de profesionales de planta que han recibido algún entrenamiento para cumplir su tarea de instructores docentes: .....

e. Número de los médicos del servicio están certificados y o recertificados como especialistas:

.....

4.2 Promedio de carga horaria de trabajo mensual de docencia: .....

4.3 ¿Existe remuneración por la función docente?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

4.4 ¿Con qué otros profesionales del equipo salud trabaja?

.....

.....

.....

.....

4.5 Cantidad de Personal de Enfermería en el servicio:

- *a. Licenciado* .....
- *b. Enfermero (Universitario / Terciario)* .....
- *c. Auxiliar* .....

4.6 Profesionales Técnicos con los que trabaja el servicio.

.....

.....

.....

4.7 Cantidad de Administrativos:.....

5. PROFESIONALES A CARGO DE LA FORMACIÓN DE RESIDENTES

5.1 Indique la cantidad de profesionales a cargo de los Residentes.

- *Número de Instructores (…)*
- *Número de Jefes de Residentes (…)*
- *Número de Residentes por Instructor (…)*
- *Número de Residentes por Jefe de Residentes (…)*

5.2 ¿Se realizan de manera regular actividades de supervisión? ¿Quién las realiza?

.....

.....

.....

6. EDUCACIÓN PERMANENTE DE LOS FORMADORES

6.1 ¿Los jefes de residentes asisten a programas de capacitación pedagógica?

- *Sí (…)*
- *No (…)*

¿Cuáles?

.....

.....

.....

.....

.....

6.2 En el siguiente cuadro indique cantidad de formadores que han asistido a una capacitación (Pedagógicos o de la especialidad) en últimos tres años.

Año	*Presenciales*	*A distancia*
Universidad		
Ministerios		
CODEI		
Sociedad Científica		
Otros ¿Cuáles?		

6.3 Indique si se realiza alguna de las siguientes actividades de manera regular en el servicio

- *a. Intercambio interdisciplinario en el hospital* (...)
- *b. Consultas telemáticas* (...)
- *c. Consultas con referentes de la comunidad* (...)
- *d. Asesoramiento de colegas. Supervisión de casos con colegas de otras instituciones* (...)
- *e. Otros / Especificar* .....

6.4 Los docentes ¿manejan programas computarizados, Internet y otras herramientas informáticas?

- *Sí* (…)
- *No* (…)

7. ACTIVIDADES DEL RESIDENTE

ACTIVIDADES DE ESTUDIO / TRABAJO

7.1 Indique de manera aproximada qué porcentaje de su tiempo dedica el residente a cada tipo de las siguientes actividades?

- *Asistencial* (...)
- *Teóricas* (...)
- *Administrativa* (...)
- *Investigación* (...)
- *Actividad quirúrgica* (...)

En el caso de tener actividad quirúrgica contestar además el Anexo I

7.2 ¿Se confeccionan registros de las prácticas que lleva adelante cada Residente?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

8. PRÁCTICA ASISTENCIAL DEL RESIDENTE

8.1 Indicar cantidad de pacientes que atiende por semana el residente.

.....

8.2 Seleccione cinco procedimientos claves que se deben adquirir a lo largo de la residencia y luego indique:

Nombre de Procedimiento	*Número de Prácticas Promedio durante la Residencia*

8.3 Indique en cuales de los ámbitos que se señalan a continuación realiza el residente sus actividades:

- *a. Sala de Internación de la especialidad* *(...)*
- *b. Consultorio externo de la especialidad* *(...)*
- *c. Unidad de Cuidados intensivos* *(...)*
- *d. Centros de Salud o CAPS* *(...)*
- *e. Emergencias Guardia externa* *(...)*
- *f. Sala de internación de otras especialices* *(...)*
- *g. Consultorio externo de otras especialidades* *(...)*
- *h. Quirófano* *(...)*
- *i. Otros:* .....

8.4 ¿Cuenta el servicio con guías de diagnóstico y tratamiento?

.....

.....

8.5 ¿Señale cuáles son los cinco diagnósticos más frecuentes que el residente tiene oportunidad de ver en el servicio?

- *1.*.....
- *2.*.....
- *3.*.....
- *4.*.....
- *5.*.....

8.6 ¿Cuál es la forma en la que el residente tiene acceso a los servicios de diagnóstico?

- *Dentro del centro asistencial (…)*
- *Telefónicas (…)*
- *A través de servicios externos (…)*

8.7 ¿El residente tiene posibilidades de realizar interconsultas?

- *Sí (…)*
- *No (…)*

8.8 ¿Cual es la modalidad de las interconsultas?:

- *Dentro del centro asistencial (…)*
- *Telefónicas (…)*
- *A través de servicios externos (…)*

ROTACIONES

8.9 ¿Poseen Convenio/Acuerdos en las rotaciones con otras instituciones donde el Residente concurre? (Con explicitación de plan y cumplimiento de los requisitos establecidos para la especialidad) Marque lo que corresponda.

- *Sí (…)*
- *No (…)*

8.10 Tipo de convenio (Marque lo que corresponda):

- *Compromiso de las partes formalizado en acciones concretas (…)*
- *Sólo para la formación de Residente (…)*

8.11 Indicar qué rotaciones realiza el Residente y dónde las hace.

.....

.....

8.12 ¿Quién determina la secuencia de las rotaciones?

.....

.....

.....

8.13 ¿Quién define la programación de cada rotación y monitorea su cumplimiento?

.....

.....

.....

8.14 Explique brevemente la relevancia de las rotaciones optativas en la formación del Residente en la especialidad?

.....

.....

.....

9. GUARDIAS

9.1 Indique la cantidad total de guardias que realiza el residente:

Año	*1º Año*	*2º Año*	*3º Año*	*4º Año*
Por mes				

9.2 ¿De cuántas horas es la guardia?.....

9.3 ¿Cuál es el Régimen de descanso previsto posguardia?.....

.....

9.4 ¿Cuál es el promedio de horas que separan su salida de servicio de su próxima entrada al servicio?.....

.....

9.5 ¿El residente cuenta con supervisión durante la guardia?

- *Sí (…)*
- *No (…)*

9.6 Qué modalidad asume la supervisión:

- *Presencial. (…)*
- *En la institución. (…)*
- *Telefónica. (…)*

9.7 Si contestó de manera afirmativa la pregunta anterior

Quién se hace cargo de la supervisión pedagógica en las guardias:

- *a. Responsable docente*
- *b. Responsable del servicio:*
- *c. Otros (Especifique):*

9.8 ¿De qué manera se selecciona a las personas encargadas de supervisar al residente en la guardia? Selección:

- *Por antecedentes profesionales (…)*
- *Por antecedentes docentes (…)*
- *Otros / Especificar:*……

10. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

10.1 El Residente, ¿realiza actividades vinculadas con la Estrategia de Atención Primaria de la Salud?

- *Sí (…)*
- *No (…)*

10.2 Si la respuesta anterior es afirmativa, describa dichas actividades e indique dónde las realiza.

……

……

……

……

……

……

11. PASE DE SALA

11.1 ¿Se hace pase de sala?

- *Sí* (…)
- *No* (…)

11.2 Si la respuesta es afirmativa indique con qué frecuencia se realiza.

.....

.....

.....

11.3 ¿Qué tipo de actividad realiza el Residente en el pase de sala?

Marque con una X, puede elegir más de una opción)

- *Presenta al paciente* (…)
- *Se encarga de registrar las decisiones* (…)
- *Lleva las prescripciones* (…)
- *Informa al paciente de su estado de salud* (…)
- *Realiza intercambio de ideas con otros Residentes y Docentes* (…)
- *Participa como Oyente* (…)
- *Realiza interconsultas* (…)
- *Pide estudios* (…)
- *Realiza tareas que indica el docente en ese momento* (…)
- *Recorre con la enfermera* (…)

12. SUPERVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

12.1 Indicar si la supervisión de historias clínicas contempla alguno de estos pasos:

(Marque con una X todas las opciones que correspondan)

- *Iniciación/evolución* (…)
- *Supervisión* (…)
- *Parte operatorio (en el caso de cirugía)* (…)
- *Cierre / epicrisis* (…)

12.2 Indicar si la supervisión de historias clínicas contempla las siguientes cualidades:

(Marque con una X todas las opciones que correspondan)

- *a. Identificación de la Persona atendida* (…)
- *b. Registro completo* (…)
- *c. Registro preciso y claro* (…)
- *d. Diagnóstico presuntivo* (…)

12.3 ¿La supervisión de Historias Clínicas sirve como evaluación de los aprendizajes de los residentes? Explique brevemente.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13. ACTIVIDADES TEÓRICAS

13.1 ¿Realizan actividades teóricas?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

13.2 En caso afirmativo indique cuáles de las siguientes actividades se llevan a cabo de forma habitual:

- *a. Exposición dialogada* *(...)*
- *b. Demostración* *(...)*
- *c. Exposición de los alumnos* *(...)*
- *d. Enseñanza socrática (doble vía)* *(...)*
- *e. Trabajos de laboratorio* *(...)*
- *f. Estudio independiente* *(...)*
- *g. Estudio de Casos* *(...)*
- *h. Resolución de Problemas* *(...)*
- *i. Grupos de discusión* *(...)*

13.4 ¿Cuántas veces por semana los Residentes asisten a clases teóricas?.....

13.5 ¿Cuánto tiempo duran las actividades teóricas?.....

13.6 ¿Es obligatoria la asistencia a las clases teóricas?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

13.6 En caso de ausencia del Residente a las clases teóricas ¿Qué medidas se toman?

.....

.....

13.7 ¿Se realizan Tutorías, y /o actividades de acompañamiento, seguimiento, orientación a los Residentes?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

13.8 ¿El residente realiza alguna otra actividad académica programada (curso de especialización universitaria / otros) fuera del ámbito del Servicio?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

13.9 En caso afirmativo a la respuesta anterior, indique qué actividad realiza y en qué Institución la cursa.

.....

.....

14. ATENEOS

14.1 ¿Se realizan ateneos?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

14.2 ¿Quiénes participan en los Ateneos? Marque todas las que correspondan

- *a. Equipo Interdisciplinario* *(...)*
- *b. Equipo de salud* *(...)*
- *c. Del servicio* *(...)*
- *d. Entre varios servicios* *(...)*
- *e. Con otras especialidades* *(...)*
- *f. Residencia (exclusiva)* *(...)*

14.3 ¿Cada cuánto se realizan los Ateneos?

…… días

15. INVESTIGACIÓN

INTEGRACIÓN DOCENCIA / INVESTIGACIÓN - SERVICIOS

15.1 ¿Se realizan trabajos de investigación?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

15.2 ¿Qué tareas asumen los residentes en el desarrollo de dichas producciones?

- *Búsqueda bibliográfica* *(…)*
- *Redacción* *(…)*
- *Sistematización* *(…)*
- *Presentación* *(…)*

15.3 ¿Cómo se financian los trabajos de investigación?

.....

.....

.....

15.4 ¿A cuántos de estos eventos concurrió en el último año?

Año	*Médicos de Planta*	*Residentes*
a. Jornadas Hospitalarias		
b. Congresos Nacionales		
c. Congresos Internacionales		
d. Otros (Enuncie)		

15.5 Indicar la cantidad de trabajos de investigación en los que participo la residencia, que se publicaron en los últimos cinco años.

.....

.....

.....

16. EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DE PROCESO Y DE PRODUCTO DE LOS APRENDIZAJES

16.1 ¿Con qué frecuencia se evalúa de manera sistemática y se registra el desempeño de los Residentes?

Marque con una X todas las opciones que correspondan

- *a. Trimestral* (…)
- *b. Semestral* (…)
- *c. Anual* (…)
- *d. Post rotación* (…)
- *e. Otros* (…)
- *f. Especificar:*……

16.2 ¿Se realizan actividades evaluativas integradoras?

- *Sí* (…)
- *No* (…)

16.3 Si se realizan actividades integradoras, marque cuál es su frecuencia.

- *a. Semestral* (…)
- *b. Anual* (…)
- *c. Otros* (…)
- *d. Especificar:*……

16.4 Qué tipos de aprendizaje contemplan las evaluaciones de los residentes:

a. Contenidos conceptuales

- *Sí* (…)
- *No* (…)

¿De qué tipo?……

b. Prácticas, procedimientos, habilidades.

- *Sí* (…)
- *No* (…)

¿De qué tipo?……

c. Actitudes /comportamientos asumidas en el marco de la residencia.

- *Sí* (…)
- *No* (…)

¿De qué tipo?……

16.5 ¿Se observa de manera sistemática el desempeño del Residente?

- *Sí* (…)
- *No* (…)

¿Se utilizan listas de cotejo y/o escalas en la evaluación de los residentes?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

16.6 ¿Se realiza un registro del tipo y número de procedimientos que hace cada residente?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

16.7 ¿Se utilizan instrumentos de autoevaluación? ¿De qué tipo?

.....

.....

16.8 ¿Se realiza un informe escrito del desempeño del residente después de cada rotación?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

16.9 En caso afirmativo ¿Quién confecciona dicho informe?

.....

.....

16.10 ¿Qué tipo de instrumentos o ítems utilizan para evaluara los residentes?

Marque con una X:

Año	*Parciales*	*Finales*
Preguntas Abiertas		
De Desarrollo		
De Selección Múltiple		
Preparación de Clases		
Presentaciones		
Simulación		
Ejecucción		
Evaluación Clínica Objetivo Estructurado (ECOE)		
Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)		
Trabajos de Investigación		
Estudio de Casos		
Informes		
Otros, enuncie		

16.11 ¿Quiénes evalúan el desempeño de los residentes y/o el desarrollo del programa? *Marque con una X todo lo que corresponda*

- *a. El propio Sujeto evaluado, en términos de autoevaluación (…)*
- *b. Docentes (…)*
- *c. Pares (…)*
- *d. Jefe de Residentes (…)*
- *e. Organismos de Acreditación (…)*

16.12 ¿Cuál/es es/son la/s forma/s en que el Residente promociona cada Año?

.....

.....

16.13 ¿Cuál/es es/son la/s forma/s en que el Residente acredita la Residencia?

.....

.....

17. EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE FORMACIÓN

17.1 ¿Con cuánta frecuencia se analiza el desarrollo del programa?
Marque con una X todas las opciones que correspondan

- *a. Semanal (…)*
- *b. Mensual (…)*
- *c. Trimestral (…)*
- *d. Semestral (…)*
- *e. Anual (…)*

17.2 ¿Están previstas reuniones periódicas del equipo a cargo de la residencia para analizar el desarrollo de la misma y realizar ajustes?

- *Sí (…)*
- *No (…)*

17.3 En caso afirmativo, ¿Quiénes participan?

.....

.....

17.4 ¿Cada cuánto tiempo se realizan éstas reuniones?

.....

.....

.....

.....

17.5 Describa el tipo de ajustes y/o decisiones se adoptaron a partir de estas reuniones.

.....

.....

.....

.....

18. RECURSOS DIDÁCTICOS

TECNOLOGÍA DISPONIBLE

18.1 ¿Cuáles de estos recursos se utilizan en el marco de la Residencia?

Marque con una X todos los que correspondan

- *a. Biblioteca* (…)
- *b. Cañón / Multimedia* (…)
- *c. Retroproyector* (…)
- *d. PC (de acceso exclusivo)* (…)
- *e. Acceso a bases de datos bibliográficos* (…)
- *f. Red de bibliotecas biomédicas* (…)
- *g. TV / DVD* (…)
- *h. Conexión a Internet (inalámbrica-banda ancha)* (…)
- *i. La biblioteca cuenta con suscripciones a revistas* (…)
  - *No indexadas* (…)
  - *Indexadas* (…)
  - *Cantidad de títulos de la especialidad* (…)

19. RÉGIMEN DE TRABAJO DE LOS RESIDENTES

INSERCIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD

19.1 ¿Qué condiciones de contratación posee el Residente?

Marque con una X todo lo que corresponda

- *a. Tipo de contrato:* ..... *Financiado por:* .....
- *b. Seguro mala praxis* (…)
- *c. Seguro de vida* (…)
- *d. ART* (…)
- *e. Cobertura Social* (…)
- *f. Licencias por Maternidad* (…)
- *g. Licencias por Enfermedad* (…)
- *h. Licencia ordinaria* (…)
- *i. Comida* (…)
- *j. Provisión de uniforme y guardapolvos* (…)

19.2 ¿Tienen los Residentes, certificado de buena salud y revisión sanitaria anual, así como vacunación antitetánica y contra virus de Hepatitis?

.....

.....

19.3 Explique los cuidados de salud que recibe el residente en las prácticas quirúrgicas, si las hubiera en su especialidad.

.....

.....

19.4 Indique la Retribución mensual bruta del residente de:

Año	*Retribución $*
1º	
2º	
3º	
4º	
Jefe de Residentes	

19.5 Indique la Cantidad de Residentes que han sido nombrados en el servicio / institución una vez finalizada la residencia, en los últimos 5 años.

Año	*Cantidad de Residentes Nombrados*
2011	
2010	
2009	
2008	
2007	

19.6 Se realiza algún tipo de Seguimiento de los Egresados de la Residencia: En cuanto a:

Inserción Laboral	*Sí*	*No*
Público		
Privado		
Obra Social		
Continuación de Estudios Posbásicos		
Solidez en su Formación de Residencia		

19.7 En caso afirmativo indique brevemente qué resultados arrojaron:

.....

.....

20. FUNCIONAMIENTO DE LA RESIDENCIA

ESPACIO FÍSICO

20.1 ¿Cuáles de estos elementos puede ser usado por la Residencia?

Marque con una X todo lo que corresponda

- *a. Aulas* (…)
- *b. Baños* (…)
- *c. Lockers* (…)
- *d. Salas de descanso/reunión* (…)
- *e. Dormitorio* (…)
- *f. Comedor* (…)

21. FINANCIAMIENTO DE LA RESIDENCIA

21.1 ¿Quién financia el proyecto o programa de Residencia?

.....

.....

21.2 ¿A su criterio cómo es la relación entre los recursos financieros y las necesidades de formación?

- *a. No es adecuado (…)*
- *b. Adecuado (…)*
- *c. Muy adecuado (…)*

22. SITUACIÓN DE ACREDITACIÓN

22.1 Registre la condición de acreditación de la residencia (aprobada, acreditada, autorizada.

.....

.....

22.2 Indique que organismo la Aprobó / Acreditó / Autorizó

.....

.....

22.3 Comente las debilidades que fueron señaladas al Programa de Residencias por el/los organismos de acreditación e indique cuál es el plan de fortalecimiento previsto.

.....

.....

.....

.....

23. ÁMBITO INSTITUCIONAL EN EL QUE SE DESARROLLA LA RESIDENCIA

TIPO DE INSTITUCIÓN

23.1 Enunciar marco legal que regula la institución:

.....

.....

23.2 Marque con una cruz el tipo de institución:

- *a. General* *(…)*
- *b. Monovalente (Indicar especificidad)* *(…)*

24. SERVICIOS

24.1 ¿A qué servicios tiene acceso la Residencia?

(Marque con una X)

Servicios	*Sí*	*No*	*Campo de aplicación propio*	*Campo de aplicación asociado*
Internación				
UTI				
Maternidad				
Neonatología				
Consultorios demanda espontánea				
Consultorios demanda programada				

24.2 Cantidad de camas de la institución:

- *Generales* *(…)*
- *Cuidados intensivos* *(…)*

25. ACCESO A SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO LAS 24 HORAS

25.1 ¿A qué servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento tiene acceso las 24 hs?
(Marque con una X todos los que correspondan)

Servicios	*Sí*	*No*	*Campo de aplicación propio*	*Campo de aplicación asociado*
Laboratorio General				
Laboratorio de Microbiología				
Radiología Simple				
Ecografía				
Medicina Nuclear				

26. ACCESO A INTERCONSULTA

26.1 ¿Qué interconsultas puede gestionar?
(Marque con una X todo los que corresponda)

Interconsulta con	*Sí*	*No*	*Campo de aplicación propio*	*Campo de aplicación asociado*
Cardiología				
Neumonología				
Dermatología				
Nefrología				
Gastroentereología				
Endocrinología				
Oftalmología				
Urología				
Ginecología				
ORL				
Cirugía				
Otras, Enuncie				

27. RESIDENCIAS

27.1 Complete el siguiente cuadro señalando las Especialidades de todas las Residencias que funcionan en la Institución, su duración, y la cantidad de Residentes por nivel en cada una:

Especialidad	*Duración (en años)*	*Número de Residentes*			
		R1	*R2*	*R3*	*R4*

28. OTRAS MODALIDADES DE FORMACIÓN

28.1 ¿La institución recibe profesionales en formación bajo otros regímenes formalizados (convenios con Universidades, becas de extranjeros, otros)?

.....

.....

28.2 Señale en qué eventos participan profesionales inscriptos en otros regímenes de formación.

(Marque con una X todos los que correspondan)

- *a. Ateneos* *(…)*
- *b. Jornadas* *(…)*
- *c. Clases Teóricas* *(…)*
- *d. Reuniones post Clínica* *(…)*
- *e. Tutorías* *(…)*

28.3 Complete el siguiente cuadro señalando las Especialidades que reciben rotantes en la Institución, y la cantidad.

Especialidad	*Número de Residentes*			
	R1	*R2*	*R3*	*R4*

28.4 Enumerar las Instituciones de donde provienen los Rotantes e indicar en cada caso si poseen convenio.

.....

.....

29. CARRERA DE GRADO

29.1 ¿La institución tiene Unidad Docente Hospitalaria o Servicio Cátedra?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

29.2 Si la respuesta anterior fue afirmativa explicite de qué Facultad y Universidad.

.....

.....

29.3 Indique cuáles de ellos son Unidad Docente Hospitalaria y cuáles Cátedra.

.....

.....

30. CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD

30.1 ¿Se realiza algún tipo de encuesta de satisfacción a los pacientes?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

En caso afirmativo marque sobre qué temas se consulta:

Temas	*Sí*	*No*
Atención Recibida en el Servicio		
Relación Médico Paciente		
Información Precisa sobre su Atención		
Aspectos Administrativos		
Otros, Indique		

ANEXO I

COMPLETAR SÓLO EN CASO DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

1. Enumere:

1.1 Número de cirujanos de Planta: .....

1.2 ¿Cómo está compuesto el equipo de quirófano? Detallar cantidad de personal.

	Cantidad
Anestesistas	
Cirujanos	
Instrumentadores	
Otros ¿Cuáles?	

1.3 Cantidad de quirófanos de urgencia *(…)*

1.4 Cantidad de quirófanos generales *(…)*

1.5 Cantidad de quirófanos de asepsia especial *(…)*

1.6 ¿Los quirófanos son propios o compartidos con otra especialidad?

- *Sí* *(…)*
- *No* *(…)*

1.7 En caso de compartirlo indique con qué especialidades lo hace

.....

.....

1.8 Enumere el Promedio de operaciones mensuales:

- *a. Programadas:*.....
- *b. De urgencia:* .....
- *c. Total:* .....

1.9 Enumerar Cantidad de operaciones anuales que realiza el residente: Llenar acorde al nuevo nomenclador de prácticas quirúrgicas 2005 confeccionado por la Comisión de Asuntos Legales y Laborales de la AAC (www.aac.org.ar).

Número de cirugías MENORES (Niveles 1 y 2)	
Número de cirugías MEDIANAS (Niveles 3 y 4)	
Número de cirugías MAYORES (Niveles 5 y 6)	
Número de GRAN CIRUGÍAS (Nivel 7)	

2. Indicar actividad asistencial ambulatoria en consultorios externos

Consultorio de Cirugía General (horas semanales)	
Consultorio de Coloproctología (horas semanales)	
Consultorio de Esófago-Gastro (horas semanales)	
Consultorio de Tórax (horas semanales)	
Consultorio de Flebología (horas semanales)	
Consultorio de Cirugía Hepatobiliopancreática (horas semanales)	
Consultorio de Cirugía de Cabeza y Cuello (horas semanales)	
Otros Cosultorios	

3. Enumere los 5 Diagnósticos de internación más frecuentes:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Indique el Promedio día / cama de Internación: .....

5. Indique si realizan los residentes entrenamiento quirúrgico en animales y Simuladores

- *Sí (…)*
- *No (…)*

6. Intervenciones Laparoscópicas:

- *a. Cantidad de cirugías:* .....
- *b. Describir el acercamiento a la técnica por parte del residente:* .....

7. ¿De qué manera se evalúan los aprendizajes en las actividades quirúrgicas?

.....

.....

.....

8. ¿Quiénes evalúan los aprendizajes en las actividades quirúrgicas?

.....

.....

.....

ANEXO II

IDENTIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN / SOCIEDAD EVALUADORA

Nombre de la Institución:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....**Provincia:**.....

Teléfono:.....**Fax:**.....

Correos electrónicos:.....

Página Web:.....

Nombre del Responsable/s del proceso de Evaluación:.....

Nombre de la Institución sede de la Residencia:.....

Nombre de la Residencia:.....

Ud. participa como evaluador en el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud.

Los datos recogidos a través del Instrumento de Evaluación de Residencias son indispensables para evaluar cada programa. Es necesario que la entrega se complete con un Informe en el que se incluyan las observaciones, apreciaciones, comentarios que cada evaluador juzgue pertinentes. Para la confección del mismo es recomendable realizar una lectura detenida de todo el material recabado a fin de componer una idea de conjunto del sistema de formación, e identificar aspectos llamativos y/o incongruencias, o cuestiones que requieran mayor información.

Se sugieren algunas preguntas que pueden orientarlo en la confección del informe.

Ud. puede utilizar las mismas o usar otro formato que considere más conveniente.

Según la información que ha relevado ¿considera que los residentes tienen suficientes oportunidades para adquirir los conocimientos, habilidades, prácticas que son claves para el desempeño de la especialidad?

.....

.....

.....

¿Existen áreas, competencias, ámbitos vacantes o escasamente representados en el programa de formación?

.....

.....

.....

¿Considera Ud. que el clima de trabajo es adecuado para el aprendizaje de los residentes?. Interesa en particular si según su criterio las instancias de supervisión, evaluación y acompañamiento son suficientes, y si la intervención del equipo docente fortalece la formación.

.....

.....

.....

¿Sugiere acreditación?

- *Sí (…)*
- *No (…)*
- *Fecha: / /*

....

Evaluador **Evaluado**

Firma y aclaración ***Firma y aclaración***

Nota:

El presente instrumento de evaluación deberá ser entregado al Ministerio de Salud en forma impresa inicialado en cada página y firmado al final por los evaluadores y el responsable de la Residencia evaluada que contestó el cuestionario.

Si la entidad Evaluadora considera pertinente agregar otras preguntas que no contenga este cuestionario, deberá anexarlo al mismo y cumplimentar lo mencionado en el párrafo anterior.

CAPÍTULO 5

ESTÁNDARES NACIONALES PARA ACREDITACIÓN DE RESIDENCIAS

R.M. Nº 450/06 - R.M. Nº 1342/07.
Disposición SSPRyF Nº 29/2010. Anexo II

		Categoría A (acredita por 4-5 años)	Categoría B (acredita por 3 años)	Categoría C (acredita por 2 años)[1]
I. Propuesta Pedagógica	**1.Presentación formal del programa según lo establecido en la RM 1342/07**	La presentación del programa contempla los apartados que se detallan en el Punto I. B del Anexo I de la Resolución 1342/07: "Esquema de presentación de programas docentes". En el programa se incluyen los siguientes aspectos: » *una fundamentación del programa de formación,* » *el perfil del egresado,* » *objetivos de aprendizaje para cada año de residencia,* » *los contenidos de distinto tipo que deben ser contemplados durante la formación del residente.* » *las experiencias de aprendizaje previstas, entre las que se deben consignar ateneos, discusión de casos, talleres de reflexión, etc.)* » *los recursos disponibles* » *características, número y disponibilidad del equipo formador de los residentes.* » *las modalidades previstas para la evaluación del desempeño de los residentes en distintos ámbitos.* » *en cuanto a las condiciones y características del servicio deben consignarse y /o adjuntarse* » *quién es el responsable del programa de formación.* » *constancias / comprobantes / certificados que den cuenta de la participación activa en reuniones científica, congresos, etc.*	La presentación del programa contempla los apartados que se detallan en el Punto I. B del Anexo I de la Resolución 1342/07: "Esquema de presentación de programas docentes". En el programa se incluyen los siguientes aspectos: » *el perfil del egresado,* » *los contenidos de distinto tipo que deben ser contemplados durante la formación del residente* » *las actividades y los tiempos previstos para su realización.* » *en cuanto a las condiciones y características del servicio deben consignarse y /o adjuntarse.* » *quién es el responsable del programa de formación.*	La presentación del programa contempla los apartados que se detallan en el Punto I. B del Anexo I de la Resolución 1342/07: "Esquema de presentación de programas docentes". En el programa se incluye los siguientes aspectos: » *el perfil del egresado,* » *las actividades y los tiempos previstos para su realización.* » *en cuanto a las condiciones y características del servicio deben consignarse y /o adjuntarse.* » *quién es el responsable del programa de formación.*
	2. Denominación de la especialidad	La especialidad de residencia debe estar incluida en el listado de especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud.	La especialidad de residencia debe estar incluida en el listado de especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud.	La especialidad de residencia debe estar incluida en el listado de especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud.

1. Categoría C: La residencia podrá solicitar su recategorización con antelación al vencimiento del plazo de acreditación

		Categoría A (acredita por 4-5 años)	*Categoría B (acredita por 3 años)*	*Categoría C (acredita por 2 años)*
I. Propuesta Pedagógica	**3. Coherencia interna (adecuación de los contenidos al perfil).**	El programa debe expresar un plan de formación consistente, en el que los contenidos, las actividades, y los tiempos previstos para la formación resulten acordes con el perfil del egresado definido por la entidad evaluadora	El programa debe expresar un plan de formación consistente, en el que los contenidos resulten acordes con el perfil del egresado definido por la entidad evaluadora.	
	4. Contenidos de Formación General.	El programa debe incluir contenidos de formación general en salud como: APS, Epidemiología, Relación médico-paciente Aspectos Éticos y legales del desempeño profesional, etc.		
II. Desarrollo del Programa de Formación	**1. Cantidad de pacientes min/máx.**	La cantidad de pacientes que el residente tiene oportunidad de atender debe encontrarse dentro de los parámetros definidos por la entidad evaluadora.	La cantidad de pacientes que el residente tiene oportunidad de atender debe encontrarse dentro de los parámetros definidos por la entidad evaluadora.	La cantidad de pacientes que el residente tiene oportunidad de atender debe encontrarse dentro de los parámetros definidos por la entidad evaluadora.
	2. Mínimo de procedimientos para alcanzar la competencia.	La cantidad de procedimientos claves de la especialidad que el residente tiene oportunidad de realizar debe ser igual al establecido por la entidad evaluadora.	La cantidad de procedimientos claves de la especialidad que el residente tiene oportunidad de realizar debe ser igual al establecido por la entidad evaluadora.	
	3. Diagnósticos más frecuentes.	Los residentes deben tener oportunidad de atender a pacientes con: » *los cinco diagnósticos más frecuentes, según la entidad evaluadora.* » *los cinco diagnósticos prevalentes de acuerdo a la epidemiología local.*	Los residentes deben tener oportunidad de atender a pacientes con: » *los cinco diagnósticos más frecuentes, según la entidad evaluadora.* » *los cinco diagnósticos prevalentes de acuerdo a la epidemiología local.*	Los residentes deben tener oportunidad de atender a pacientes con: » *los cinco diagnósticos más frecuentes, según la entidad evaluadora.* » *los cinco diagnósticos prevalentes de acuerdo a la epidemiología local.*
	4. Acceso a interconsulta y servicios de diagnóstico.	Los residentes deben tener acceso a interconsulta y a servicios de diagnóstico en la misma institución.	Los residentes deben tener acceso a Interconsulta por distintas vías, pasiva o fuera de la institución. Acceso a servicios de diagnóstico básico propio.	Los residentes deben tener acceso a información sobre interconsulta y a servicios de diagnóstico básico a través de servicios externos.
	5. Guardia. Número. Descanso post guardia.	Los residentes deben realizar no más de de dos guardias semanales. Las guardias deberán estar separadas como mínimo por 24 hs. Debe respetarse el descanso post-guardia.	Los residentes deben realizar no más de de dos guardias semanales. Las guardias deberán estar separadas como mínimo por 24 hs.	Los residentes deben realizar no más de de dos guardias semanales. Las guardias deberán estar separadas como mínimo por 24 hs.

		Categoría A (acredita por 4-5 años)	*Categoría B (acredita por 3 años)*	*Categoría C (acredita por 2 años)*
II. Desarrollo del Programa de Formación	**6. Rotaciones.**	Las rotaciones realizadas deben corresponderse con las indicadas por el programa.	Las rotaciones realizadas deben corresponderse con las indicadas por el programa.	Las rotaciones realizadas deben corresponderse con las indicadas por el programa.
	7. Porcentaje de actividades.	El porcentaje de tiempo dedicado a diferentes tipo de actividades (teóricas, asistenciales, administrativas, quirúrgicas, y de investigación, etc.) debe coincidir con lo indicado en el programa aprobado por la autoridad correspondiente.	El porcentaje de tiempo dedicado a diferentes tipo de actividades (teóricas, asistenciales, administrativas, quirúrgicas, y de investigación, etc.) debe coincidir con lo indicado en el programa aprobado por la autoridad correspondiente.	
	8. Clases teóricas.	La cantidad de clases teóricas por semana debe coincidir con lo pautado por la entidad evaluadora. Se realizan clases, ateneos, investigación y/o curso superior.	La cantidad de clases teóricas por semana debe coincidir con lo pautado por la entidad evaluadora. Se realizan clases y ateneos.	Los residentes deben participar no menos de dos veces por semana de alguna actividad orientada a su formación teórica. (Clases, seminario, ateneo, cursos, etc.).
	9. Evaluación.	Deben realizarse distintas instancias de evaluación que contemplen el aprendizaje de conocimientos y de habilidades e incluyan: » *evaluaciones en el transcurso del año,* » *evaluación de cada rotación.* » *autoevaluaciones.* » *evaluación anual integradora formalizada.*	Deben realizarse distintas instancias de evaluación que contemplen el aprendizaje de conocimientos y de habilidades e incluyan: » *evaluación de cada rotación.* » *evaluación anual integradora formalizada*	Debe realizarse una evaluación anual integradora formalizada que contemple el aprendizaje de conocimientos y de habilidades.
III. Condiciones de funcionamiento (Recursos humanos y materiales)	**1. Equipo de salud (composición, número).**	El Equipo de salud debe integrarse con los profesionales que recomienda la entidad evaluadora.	El Equipo de salud debe integrarse con algunos de los profesionales que recomienda la entidades evaluadora.	
	2. Responsable del programa y equipo docente (conformación y dedicación, antecedentes).	El programa está a cargo de un equipo docente con funciones de supervisión y tutoría. Algunos de sus integrantes deben tener formación pedagógica. Debe tener un responsable docente designado por concurso, con título no menor al que otorga la residencia, y que recibe retribución por el desempeño de su función.	El programa está a cargo de un equipo docente con funciones de supervisión y tutoría. Debe tener un responsable docente designado por concurso, con título no menor al que otorga la residencia.	El programa debe tener un responsable docente con funciones de supervisión y tutoría, con título no menor al que otorga la residencia.

		Categoría A (acredita por 4-5 años)	*Categoría B (acredita por 3 años)*	*Categoría C (acredita por 2 años)*
III. Condiciones de funcionamiento (Recursos humanos y materiales)	**3. Condiciones de contratación.**	Los residentes deben recibir una beca rentada mensual con descargas sociales, ART y seguro de mala praxis.	Los residentes deben recibir una beca rentada mensual con descargas sociales.	Los residentes deben recibir una beca rentada mensual.
	4. Equipamiento básico de la especialidad.	El equipamiento debe ser igual o de mayor complejidad que el que recomienda la entidad evaluadora, y los residentes tener acceso al mismo.	El equipamiento debe ser igual al recomendado por la entidad evaluadora.	
	5. Condiciones de infraestructura y funcionamiento (aulas, sala de estar, dormitorios, biblioteca, disponibilidad de medios informáticos y audiovisuales).	Las condiciones de infraestructura y equipamiento deben ser óptimas: contar con medios informáticos y/o audiovisuales de calidad a disposición de los residentes. La residencia cuenta con sala de estar, dormitorios, biblioteca de residencia. Se les debe otorgar comida y uniforme.	Las condiciones de infraestructura y equipamiento deben ser óptimas: contar con medios informáticos y/o audiovisuales de calidad a disposición de los residentes, biblioteca central de acceso a los residencia. La residencia cuenta con sala de estar, dormitorios. Se les debe otorgar comida y uniforme.	Los residentes deben tener acceso a la biblioteca central y/o biblioteca virtual y/o acceso a base de datos bibliográficas. La residencia debe contar con sala de estar y/o dormitorios. Se les otorga comida en el horario de trabajo.

CAPÍTULO 6

MATRIZ DE VALORACIÓN PARA LA CATEGORIZACIÓN DE RESIDENCIAS

Coordinación:
Dra. Daniela Daverio | Lic. Isabel Malamud

Equipo Responsable de la Elaboración:
Lic. Gabriela Rodríguez
Lic. Viviana Solberg
Dr. Raúl Olocco
Dr. Guido De Nicotti
Lic. Erica Riquelme

MATRIZ DE VALORACIÓN PARA LA CATEGORIZACIÓN DE RESIDENCIAS

El instrumento que se presenta: "Matriz de valoración para la categorización de residencias" amplía, especifica y describe las características que debería cumplir un Programa de Formación en relación con las distintas categorías de acreditación. Se definen y gradúan los criterios de evaluación, con el propósito de facilitar la categorización de las Residencias en concordancia con los Estándares Nacionales de Acreditación (Disposición Nº 29/2010).

Sobre la tarea de evaluar

- *La evaluación de una residencia es un proceso complejo en el que deben considerarse múltiples aspectos de manera simultánea. La evaluación debe basarse en una observación sistemática y rigurosa.*
- *En la tarea de evaluación suelen intervenir sesgos y apreciaciones personales. A fin de acotar dichos sesgos es necesario incorporar elementos que aumenten la objetividad y la transparencia del proceso.*
- *En la evaluación de sistemas complejos intervienen múltiples dimensiones y elementos. No todos los elementos considerados tienen el mismo valor.*

Sobre el uso de la Matriz de Valoración para la Categorización de Residencias

- *Constituye una herramienta para analizar, interpretar y valorar la información recogida a través de diferentes fuentes (Instrumento de Evaluación, Programa de Residencias, Encuestas a los Residentes, Visita, etc.).*
- *El proceso de evaluación de cada residencia debe ser llevado a cabo por al menos dos evaluadores provenientes de distinta jurisdicción a la de la residencia evaluada.*
- *La Categorización que resulta del uso de la Matriz de Valoración no deriva de establecer un promedio o del mero conteo de las categorías atribuidas a cada dimensión, sino que deberá ser producto de un análisis minucioso de la información recogida por parte de los evaluadores expertos.*
- *La definición de la Categorización que sugiere la entidad evaluadora exige de un análisis criterioso del conjunto de información relevada a la luz de los criterios explicitados, y en concordancia con otras evaluaciones realizadas por la misma entidad en otras sedes.*

Estructura del instrumento y ponderación de los criterios

Los criterios se organizan en las siguientes áreas y dimensiones:

Áreas	*Dimensiones*
1. Programa de Formación	1. Presentación del programa. 2. Adecuación al Marco de Referencia. 3. Coherencia interna (adecuación de los contenidos al perfil y articulación de los distintos componentes). 4. Adecuación a la institución sede. 5. Contenidos de Formación General.
2. Desarrollo del Programa de Formación	1. Cantidad y tipo de pacientes, motivos de consulta. 2. Procedimientos. 3. Registro de procedimientos. 4. Acceso a interconsultas y servicios diagnósticos. 5. Guardias. 6. Rotaciones. 7. Clases teóricas (Incluye las actividades de formación teórica y de integración teórico - práctica, tales como ateneos, cursos. 8. Investigación. 9. Evaluación.
3. Condiciones de funcionamiento (Recursos humanos y materiales)	1. Equipo de salud (composición, número). 2. Otros programas de formación en la misma institución. 3. Responsable del programa y equipo docente. 4. Proporción Instructores / Jefes de Residentes por residentes. 5. Antecedentes de los profesionales del servicio. 6. Condiciones de contratación. 7. Equipamiento básico de la especialidad. 8. Condiciones de infraestructura y funcionamiento (aulas, sala de estar, dormitorios, biblioteca, disponibilidad de medios informáticos y audiovisuales.

Es importante considerar algunos principios generales para su utilización:

- *La matriz de valoración presenta las características deseables para cada área y dimensión de las categorías contempladas.*
- *Asimismo, en la columna "No acredita", se explicitan deficiencias o ausencias en determinados rasgos que justifican la no- acreditación.*
- *La acreditación de una residencia exige que se cumpla con* **los criterios mínimos** *de acreditación (por lo menos, Categoría C)* **en las tres áreas.** *Por ejemplo, no podrá ser acreditada una residencia con excelentes "Condiciones de Funcionamiento" que no presente Programa de Formación.*
- *Las áreas no reciben una valoración equivalente.*

En términos generales el "Área II.- Desarrollo del Programa de Formación" recibe una valoración mayor que las otras dos por el impacto que tiene en la calidad de la formación.

- *Es de relevancia que los evaluadores lleguen a acuerdos claros en relación con estos criterios generales, a fin de garantizar la transparencia y equidad que la acreditación exige.*

Para el Uso de la Matriz se recomienda seguir el siguiente procedimiento:

- *Decidir qué descripción de cada una de las dimensiones resulta más acorde a la residencia que se está evaluando, teniendo en cuenta toda la información disponible en diferentes fuentes.*
- *Considerar globalmente cada una de las áreas (Programa de Formación, Desarrollo del Programa, Condiciones de Funcionamiento) y atribuir una categoría a cada una de ellas.*
- *Considerar el conjunto las apreciaciones realizadas, teniendo en cuenta que al Área II: Desarrollo del Programa de Formación, se le otorga mayor valor que a las otras áreas por su relevancia en la formación.*
- *Definir y recomendar la Categoría de Acreditación que consideren pertinente.*

1. Programa de formación.

	Categoría A (acredita por 4-5 años)	***Categoría B (acredita por 3 años)***	***Categoría C (acredita por 2 años)[1]***	***No Acredita***
1. Presentación del programa	**El programa es completo.** Contempla los distintos aspectos para planificar la formación. Se define, - con esa u otra denominación: perfil del egresado, objetivos, actividad asistencial y teórica, rotaciones, tiempos previstos, evaluación. *Por ejemplo en vez de Perfil del Egresado, se definen Objetivos Generales de Formación.*	**El programa incluye algunos aspectos de la formación y omite otros.** Se incluyen -con esta u otra denominación- los siguientes apartados: perfil del egresado, objetivos, actividad asistencial y teórica, rotaciones, tiempos previstos, evaluación. *Por ejemplo, define los objetivos generales, pero no se establecen los aprendizajes por año, o no se detallan las actividades teóricas y/o asistenciales ni los tiempos previstos.*	**El programa no incluye aspectos relevantes de la formación.** Sólo enuncia algunos elementos de manera poco articulada. No es útil como herramienta para gestionar la formación. En algunos casos parece más afín a un reglamento de residencia que a un programa de formación. *Por ejemplo: no se definen Objetivos o Actividades, o los contenidos contemplados no resultan adecuados para el Perfil propuesto.*	No presenta programa.
2. Adecuación al Marco de Referencia.	Los componentes del Programa son acordes al Marco de Referencia de la especialidad (si lo hubiera) y/ o a los criterios fijados por la Entidad Evaluadora.	Sólo algunos de los componentes del Programa son acordes al Marco de Referencia de la especialidad (si lo hubiera) y/o a los criterios fijados por la Entidad Evaluadora.	Los componentes del Programa no son acordes al Marco de Referencia de la especialidad (si lo hubiera) y/o a los criterios fijados por la Entidad Evaluadora.	No presenta programa.
3. Coherencia interna (adecuación de los contenidos al perfil y articulación de los distintos componentes)	**El programa presenta** un plan de formación consistente, en el que los aprendizajes esperados, los contenidos, las actividades, los tiempos previstos y la evaluación resultan acordes con el perfil del egresado.	El programa presenta un plan de formación, aunque se observan **desajustes** entre algunos de los aspectos contemplados.	Los elementos presentados en el programa no están debidamente articulados. Se detallan algunos aspectos de la formación, sin considerarla como un todo. **Se observan omisiones e incoherencias.**	No presenta programa.

1. Categoría C: La residencia podrá solicitar su recategorización con antelación al vencimiento del plazo de acreditación

	Categoría A (acredita por 4-5 años)	*Categoría B (acredita por 3 años)*	*Categoría C (acredita por 2 años)*	*No Acredita*
4. Adecuación a la institución Sede	Se tienen especialmente en cuenta las características de la institución sede a fin de complementar y/o completar la formación ofrecida.	No son consideradas particularmente las características de la institución sede, a fin de complementar y/o completar la formación ofrecida.	No se evidencia un intento de adecuación del programa a la institución en la que se desarrolla.	
5. Contenidos de Formación General	**El programa incluye contenidos de formación general** en salud como: APS, Epidemiología, Relación médico-paciente, Aspectos Éticos y legales del desempeño profesional, etc. **Se prevé la modalidad de enseñanza** de los mismos: clases, talleres, seminarios.	**El programa incluye algunos contenidos de formación general** en salud como: APS, Epidemiología, Relación médico- paciente, Aspectos Éticos y legales del desempeño profesional, etc. **No se prevé la modalidad de enseñanza** de los mismos: clases, talleres, seminarios.	**El programa no incluye contenidos de formación general** en salud como: APS, Epidemiología, Relación médico-paciente, Aspectos Éticos y legales del desempeño profesional, etc.	No presenta programa.

2. Desarrollo del Programa de Formación.

	Categoría A (acredita por 4-5 años)	*Categoría B (acredita por 3 años)*	*Categoría C (acredita por 2 años)*	*No Acredita*
1. Cantidad y tipo de pacientes, motivos de consulta y/o diagnósticos.	Los **pacientes, y los motivos de consulta y/o diagnósticos** que el residente tiene oportunidad de atender (en la sede o a través de rotaciones) **se ajustan en cantidad y tipo** a lo definido por el Marco de Referencia de la especialidad (si lo hubiera) y/o a los criterios definidos por la Entidad Evaluadora. Se garantiza la oportunidad de atender las patologías de la especialidad, tanto las consideradas claves como las que no lo son.	Los **pacientes y los motivos de consulta y/o diagnósticos** que el residente tiene oportunidad de atender (en la sede o a través de rotaciones) **se ajustan parcialmente en cantidad y tipo** a lo definido por el Marco de Referencia de la especialidad (si lo hubiera) y según los criterios de la Entidad Evaluadora. **Si bien se garantizan** la atención **de la mayoría** de las patologías claves de la especialidad, se observan deficiencias en determinadas áreas o ámbitos que se señalan.	Los **pacientes y los motivos de consulta y/o diagnósticos** que el residente tiene oportunidad de atender (en la sede o a través de rotaciones) **no se ajustan en cantidad ni en tipo** a lo definido por el Marco de Referencia de la especialidad (si lo hubiera) y según los criterios de la Entidad Evaluadora. **No se garantiza la oportunidad de atender las patologías claves** de la especialidad. Se observan deficiencias importantes que se señalan.	No se garantiza (ni en la sede ni a través de rotaciones) la cantidad y el tipo de pacientes, motivos de consulta y/o diagnósticos a los que los residentes tienen que acceder.

	Categoría A (acredita por 4-5 años)	*Categoría B (acredita por 3 años)*	*Categoría C (acredita por 2 años)*	*No Acredita*
2. Procedimientos	Los procedimientos que los residentes tienen oportunidad de realizar **se ajustan en cantidad y tipo** a lo definido por el Marco de Referencia de la especialidad (si lo hubiera) y/o a los criterios definidos por la Entidad Evaluadora.	Los procedimientos que los residentes tienen oportunidad de realizar **se ajustan parcialmente** en cantidad o tipo a lo definido por el Marco de Referencia de la especialidad (si lo hubiera) y/o en los criterios definidos por la Entidad Evaluadora. **Se observan deficiencias en determinadas áreas o ámbitos** que se consignan.	No se garantiza la oportunidad de realizar todos los procedimientos claves de la especialidad ni en cuanto a tipo, ni en cuanto a cantidad Se **observan deficiencias importantes en áreas o ámbitos relevantes de la especialidad** que se señalan.	
3. Registro de procedimientos	Se lleva un **registro sistemático** de los procedimientos que realiza cada residente. **Se muestran los registros utilizados y se evidencia un uso regular de los mismos.** Se incorporan observaciones y detalles que se usan en la evaluación y seguimiento de los residentes.	**Se realiza un registro poco sistemático** de los procedimientos que realiza cada residente. No se evidencia un uso regular de los mismos.	No se realiza un registro de los procedimientos que realiza cada residente.	
4. Acceso a interconsultas y servicios diagnósticos	Los mecanismos de interconsulta **están instalados** y constituyen una práctica habitual del Servicio, en la que participan los residentes.	Los mecanismos de interconsulta **están parcialmente instalados** y constituyen una práctica del Servicio, de la que **participan ocasionalmente** los residentes	El acceso a interconsultas **está restringido a algunas especialidades**	Los residentes no acceden a servicios básicos de diagnóstico ni a interconsultas
	Es posible el **acceso a servicios diagnósticos básicos** (rayos y laboratorio), y a aquellos que resultan **relevantes para la especialidad de manera regular y fluida.**	El **acceso a servicios diagnósticos básicos** (rayos y laboratorio) y a aquellos que resultan **relevantes para la especialidad está cubierto presentándose ocasionales irregularidades.**	El **acceso a servicios diagnósticos básicos** (rayos y laboratorio), y a aquellos que resultan **relevantes para la especialidad es limitado, restringido o irregular.**	
5. Guardias	Las guardias previstas brindan la oportunidad de aprender el tratamiento de la urgencia vinculado a la especialidad, y están **en concordancia con la formación necesaria.** Se prevé el acompañamiento docente a través de tutores o instructores.	Las guardias previstas brindan la oportunidad de aprender parcialmente el tratamiento de la urgencia vinculado a la especialidad. Se evidencian ciertos **desajustes entre las actividades de guardia que se realizan y los requerimientos de la formación.** Se observan excesos o limitaciones en la actividad de guardia en relación a los requerimientos de aprendizaje.	Las guardias previstas **no garantizan el aprendizaje del tratamiento de la urgencia vinculado a la especialidad.**	No se realizan las guardias necesarias para aprender el tratamiento de la urgencia vinculado a la especialidad.

	Categoría A (acredita por 4-5 años)	*Categoría B (acredita por 3 años)*	*Categoría C (acredita por 2 años)*	*No Acredita*
5. Guardias.	**Siempre está garantizada la supervisión durante las guardias.**			No se garantiza supervisión durante las guardias.
	Se realizan hasta **8 guardias mensuales de 12 h de duración.**	Se realizan **hasta 8 guardias mensuales de 12 y/o 24 h de duración.**	**No se respeta el máximo de 8 guardias mensuales** establecidas en los estándares.	Supera ampliamente la cantidad de guardias mensuales definidas en los estándares.
	Se garantiza un descanso post-guardia no menor a 6 h, retirándose de la institución o permaneciendo en la misma.	Se contemplan **alternativas de descanso post-guardia, aunque no alcanza las 6h** de duración.	**No se contempla el descanso post-guardia.**	
	Existe una **distribución uniforme de las guardias** a lo largo de los años de residencia. Los residentes inferiores realizan un número de guardias equivalente a las que realizan los de años superiores.	Existe una **distribución parcialmente uniforme de las guardias** a lo largo de los años de residencia.	**No existe una distribución uniforme de las guardias a lo largo de los años de residencia.**	
6. Rotaciones.	Las rotaciones se desarrollan de acuerdo a lo previsto y **en concordancia con el Marco de Referencia de la especialidad (si lo hubiera) y/o los criterios definidos por la entidad evaluadora correspondiente en cuanto a áreas y tiempos previstos.**		Las rotaciones **se ajustan parcialmente a lo previsto y al Marco de Referencia de la especialidad (si lo hubiera) y/o a los criterios definidos por la entidad evaluadora correspondiente** en cuanto a áreas y tiempos previstos.	No se realizan las rotaciones obligatorias.
	Se han formalizado los convenios y/o acuerdos necesarios para que el desarrollo de las mismas constituyan reales oportunidades de formación de los residentes.	**No están formalizados los convenios y/o acuerdos** necesarios para que el desarrollo de las mismas constituyan reales oportunidades de formación de los residentes		
7. Clases teóricas (Incluye las actividades de formación teórica y de integración teórico - práctica, tales como ateneos, cursos).	Se dedican **6 h semanales como mínimo** a actividades teóricas, entre ateneos, clases, seminarios, etc.	Se dedican **menos de 6h semanales** a actividades teóricas: ateneos, clases, seminarios, etc.	Los residentes participan **de manera irregular** en actividades orientadas a la formación teórica.	No se realizan actividades teóricas.
	Algunas clases teóricas se desarrollan con la **participación regular de los médicos de planta.**	**Los médicos de planta participan de manera irregular** de estas actividades.	**Los médicos de planta no participan** de estas actividades.	
	Existe una planificación de las mismas que se expresa en un cronograma de temáticas a abordar.	**No se observa un cronograma** que dé cuenta de la planificación de las actividades teóricas.	**No se planifica** la actividad teórica desarrollándose de manera ocasional.	

	Categoría A (acredita por 4-5 años)	*Categoría B (acredita por 3 años)*	*Categoría C (acredita por 2 años)*	*No Acredita*
8. Investigación.	Se realizan actividades de investigación en las que **participan residentes de los distintos años** con niveles crecientes de responsabilidad. Los residentes tienen oportunidad de participar en **distintos momentos, fases, y tareas de investigación**: por ej. Recolección de datos, procesamiento, análisis, comunicación de resultados, etc. En los **últimos 5 años** la residencia presentó **al menos 2 trabajos de investigación en congresos de la especialidad.** **Algún trabajo de investigación fue publicado en revistas especializadas.**	Se realizan actividades de investigación en las que **participan residentes de los distintos años** con niveles crecientes de responsabilidad. Los residentes tienen oportunidad de participar en **distintos momentos, fases, y tareas de investigación**: por ej. Recolección de datos, procesamiento, análisis, comunicación de resultados, etc. Se presento **algún trabajo de investigación en congresos de la especialidad, ateneos, jornadas institucionales.**	Se realizan actividades de investigación en las que participan algunos residentes. Se presentó algún trabajo de investigación en la especialidad en ateneos y/o jornadas institucionales.	
9. Evaluación	Se desarrollan **distintas instancias de evaluación en el transcurso del año,** contemplando el aprendizaje de competencias, conocimientos y habilidades. Se realizan **evaluaciones post rotación** de manera sistemática. Se realiza **evaluación anual integradora.**	Las **instancias de evaluación son escasas,** no contemplan el aprendizaje de competencias, conocimientos y habilidades. **No está instalado el desarrollo** de **evaluaciones post rotación y/o de la evaluación final integradora.**	Se evalúa a los residentes de modo ocasional y poco sistemático.	No hay actividades de evaluación formalizadas.
	Los residentes conocen el sistema de evaluación. Se muestran distintos instrumentos de evaluación y registros del desempeño de los residentes.	La metodología de evaluación utilizada no está lo suficientemente instalada. **Los residentes brindan versiones muy disímiles de la misma.**	**Los residentes no conocen el sistema por el cual son evaluados.**	

3. Condiciones de funcionamiento (Recursos humanos y materiales).

	Categoría A (acredita por 4-5 años)	*Categoría B (acredita por 3 años)*	*Categoría C (acredita por 2 años)*	*No Acredita*
1. Equipo de salud (composición, número).	Los residentes integran un equipo conformado por los profesionales y/o especialidades que demanda la actividad asistencial a su cargo, ya sea dentro de la institución o en una institución cercana.	Los residentes no integran equipo, pero tienen posibilidad de interactuar con profesionales y/o las especialidades que demanda la actividad asistencial a su cargo, ya sea dentro de la institución, en una institución cercana, o a través de medios virtuales.		Los residentes no tienen posibilidad de interactuar con otros profesionales que son necesarios para desarrollar la actividad asistencial.
2. Otros programas de formación en la misma institución	En el mismo centro asistencial se desarrollan programas de formación de otras especialidades. De forma habitual se desarrollan actividades conjuntas con estudiantes o profesionales en formación de otras disciplinas o áreas.	En el mismo centro asistencial se desarrollan programas de formación de otras especialidades.	En el mismo centro asistencial no se desarrollan programas de formación de otras especialidades.	
	La institución recibe profesionales en formación bajo distintos regímenes (becarios, alumnos de pregrado, etc.)		La institución no recibe profesionales en formación bajo otros regímenes (becarios, alumnos de pregrado, etc.)	
3. Responsable del programa y equipo docente	La residencia tiene un responsable designado que asume funciones de supervisión y tutoría y un equipo docente interdisciplinario que asume funciones de supervisión.	La residencia tiene un responsable designado que asume funciones de supervisión y tutoría y un equipo docente que asume funciones de supervisión.	La residencia tiene un responsable designado que asume funciones de supervisión.	El programa de la residencia no cuenta con un responsable a cargo.
	El responsable del programa **promueve la articulación** con otros servicios y/o instituciones, y **establece convenios** o acuerdos para formalizarlos.	El responsable del programa **promueve la articulación** con otros servicios y/o instituciones.	**No se observa la articulación con otros servicios y/o instituciones**	
	El responsable del programa cuenta con **antecedentes profesionales y académicos que acreditan su trayectoria en la especialidad.** Entre sus antecedentes se incluyen formación pedagógica sistemática.	El responsable del programa cuenta con **antecedentes profesionales y académicos que acreditan su trayectoria en la especialidad.**		
	Se promueve que los residentes asuman **tareas docentes y de supervisión con niveles de complejidad creciente y se hace un seguimiento de su desempeño.**	Se promueve que los residentes asuman **tareas docentes y de supervisión con niveles de complejidad creciente.**	Se promueve que los residentes asuman **tareas docentes y de supervisión con niveles de complejidad creciente.**	

	Categoría A (acredita por 4-5 años)	***Categoría B (acredita por 3 años)***	***Categoría C (acredita por 2 años)***	***No Acredita***
4. Proporción Instructores/ Jefes de Residentes por residentes.	La cantidad de residentes por instructor o Jefe de Residentes se encuentra **dentro de los parámetros considerados necesarios para la gestión cotidiana de la formación.**		**Hay más residentes por instructor de lo considerado adecuado para la gestión cotidiana de la formación.**	
5. Antecedentes de los profesionales del servicio	**Todos** los integrantes del servicio sede de la residencia se encuentran **certificados y/o recertificados en la especialidad.** Algunos de los integrantes del equipo cuentan con formación pedagógica. **Para 5 años:** » *El* ***equipo médico*** *a cargo de la formación* ***cubre el horario completo*** *en que se desarrolla la residencia y acompaña y supervisa las actividades a lo largo de toda la jornada.*	**Dos** de los siguientes requisitos: » ***Todos*** *los integrantes del servicio sede de la residencia se encuentran* ***certificados y/o recertificados en la especialidad.*** » ***Algunos*** *de los integrantes del equipo* ***cuentan con formación pedagógica.*** » *El equipo médico a cargo de la formación* ***cubre el horario completo*** *en que se desarrolla la residencia.*	**Uno** de los siguientes requisitos: » ***Todos*** *los integrantes del servicio sede de la residencia se encuentran* ***certificados y/o recertificados en la especialidad.*** » ***Algunos*** *de los integrantes del equipo* ***cuentan con formación pedagógica.*** » *El equipo médico a cargo de la formación* ***cubre el horario completo*** *en que se desarrolla la residencia.*	
6. Condiciones de contratación o salario.	Los residentes reciben una **beca rentada mensual o salario con beneficios sociales, y ART.**	Los residentes reciben una **beca rentada mensual o salario con beneficios sociales.**	Los residentes reciben **una beca rentada mensual o salario. No incluye beneficios sociales.**	Los residentes no reciben ninguna compensación económica, ni beneficios sociales o ART.
7. Equipamiento básico de la especialidad.	El equipamiento disponible es acorde al que recomienda el Marco de Referencia y el Programa de Formación de la especialidad. Los residentes **tienen habitual y fácil acceso al mismo.**	El equipamiento se ajusta al recomendado por el Marco de Referencia y el Programa de Formación de la especialidad. Los residentes **tienen acceso al mismo.**	El equipamiento se ajusta al mínimo recomendado por el Marco de Referencia y el Programa de Formación de la especialidad. Los residentes **tienen acceso al mismo con dificultad.**	El equipamiento no se ajusta a lo recomendado en Marco de Referencia y el Programa de Formación.
8. Condiciones de infraestructura y funcionamiento (aulas, sala de estar, dormitorios, biblioteca, disponibilidad de medios informáticos y audiovisuales).	Las condiciones de infraestructura y equipamiento **son óptimas**: cuentan con medios informáticos y/o audiovisuales de calidad a disposición de los residentes. Se les otorga comida y uniforme. La residencia cuenta con sala de estar, dormitorios, biblioteca de residencia y sanitarios propios.	Las condiciones de infraestructura y equipamiento **son muy buenas**: cuentan con medios informáticos y/o audiovisuales de calidad a disposición de los residentes. Se les otorga comida y uniforme. La institución cuenta con biblioteca central de acceso a la residencia. La residencia cuenta con sala de estar, dormitorios y sanitarios.	Las condiciones de infraestructura y equipamiento **son mejorables.** Los residentes tienen acceso a la biblioteca central y/o biblioteca virtual y/o acceso a base de datos bibliográficos. La residencia cuenta con sala de estar y/o dormitorios, y sanitarios compartidos con otros servicios.	Las condiciones de infraestructura y funcionamiento no son aceptables: no se garantiza acceso a bibliografía, ni condiciones aceptables para el aprendizaje y el descanso.

CAPÍTULO 7

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS MARCO DE REFERENCIA

Coordinación:

Dra. Maria Cristina Davini | Dra. Isabel Duré

Equipo Responsable de la Elaboración:

DNCHySO: Dra. Daniela Daverio | Lic. Virginia Jalley | Lic. Isabel Malamud

Dr. Raúl Olocco | Lic. Erica Riquelme | Lic. Gabriela Rodríguez | Lic. Viviana Solberg

INET: Lic. Victoria Barreda | Dr. Gabriel Muntaabski

PRESENTACIÓN

La Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación está trabajando en la elaboración de Marcos de Referencia de las distintas especialidades de Residencia desde el año 2010. Para ello convoca a representantes de Sociedades Científicas y Académicas, especialistas de cada área, integrantes de programas vinculados con la especialidad y profesionales de reconocida trayectoria con actuación en distintos ámbitos asistenciales y geográficos de nuestro país, a fin de reunir multiplicidad de perspectivas que permitan la definición de perfiles profesionales de calidad, ajustados a las necesidades de formación de equipos de salud en todo el territorio.

Asimismo, en el marco del Convenio Interministerial 296/02, la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación trabaja en conjunto con el Instituto Nacional de Educación Técnica (INET) del Ministerio de Educación de la Nación en la elaboración de Marcos de Referencia para las distintas profesiones técnicas en Salud, con una metodología participativa similar a la antes señalada.

En esta Guía se espera compartir en forma integrada los criterios y metodologías para la Elaboración de Marcos de Referencia, dando coherencia a su desarrollo.

CRITERIOS CENTRALES Y ENFOQUE CONCEPTUAL

1. ¿QUÉ SON LOS DOCUMENTOS MARCOS DE REFERENCIA?

Los Marcos de Referencia son documentos que sitúan en el contexto actual la formación en las especialidades médicas del sistema de residencias y de los técnicos. En ellos se enuncian los estándares mínimos sobre el perfil profesional y un conjunto de criterios básicos (metodológicos, estructurales) y la trayectoria formativa para cada especialidad. Los Marcos de Referencia constituyen una herramienta central para la armonización y mejora del sistema de formación del equipo de salud a nivel nacional, en tanto definen parámetros mínimos que deben ser contemplados por las ofertas de formación que aspiran a otorgar certificados reconocidos por el Ministerio de Educación de la Nación y por el Ministerio de Salud de la Nación para el ejercicio profesional.

Estos marcos definen una Referencia común para:

- *Diseñar Programas de Formación.*
- *Compatibilizar, transparentar y hacer comparables los procesos de formación y las capacidades de los egresados de distintas jurisdicciones y sedes.*
- *Desarrollar procesos de evaluación, acreditación y mejora continua.*
- *Instalar procesos de colaboración e intercambio entre sedes y/o especialidades.*

Los documentos Marcos de Referencia para la Formación de Técnicos Superiores en Salud están regulados por la Resolución del Consejo Federal de Cultura y Educación (CFCyE) Nº 261/06, en donde se plantea los siguientes propósitos:

- *Dar unidad nacional y organicidad a la educación técnico profesional, respetando la diversidad federal de las propuestas formativas.*
- *Garantizar el derecho de los alumnos y egresados a que sus estudios sean reconocidos en cualquier jurisdicción.*
- *Promover la calidad, pertinencia y actualización permanente de las ofertas formativas de la educación técnico profesional.*
- *Facilitar el reconocimiento de los estudios de los egresados por los respectivos Colegios, Consejos Profesionales y organismos de control del ejercicio profesional.*

Los documentos Marcos de Referencia de las Especialidades de Residencia son un instrumento central del Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud regulado por las Resoluciones Nº 450/2006 (MS) y 1342/2007 (MS) y sus modificatorias. Dichos documentos tienen las siguientes funciones y propósitos:

- *Dar unidad nacional a la formación en las Residencias, generando criterios básicos compartidos que sustenten la organización de los distintos programas formativos en las distintas provincias y ámbitos asistenciales.*
- *Definir los perfiles profesionales, las competencias y bases curriculares que serán tomados como estándares para la organización y acreditación de las ofertas de formación en las*

Residencias, conduciendo a la obtención de certificados de Especialista.

- *Facilitar el reconocimiento de la formación en las distintas jurisdicciones del país, por los organismos responsables del control del ejercicio profesional.*
- *Fortalecer la integración entre los ámbitos de formación y el mundo asistencial y promover procesos de mejora permanente en la calidad de la formación.*

Los documentos Marcos de Referencia se desarrollan a través de procesos de elaboración conjunta, para los que se convoca a representantes de distintos ámbitos de la formación y del trabajo del área. En las distintas Comisiones se busca reunir diferentes perspectivas e intereses que conduzcan a la definición de perfiles profesionales amplios y representativos de las distintas realidades y necesidades formativas en cada especialidad.

2. ENFOQUE CONCEPTUAL

2.1 La identificación de Competencias

La idea de centrar los programas de formación profesional en competencias adquirió fuerza como intento de dar respuesta al problema derivado de la brecha existente entre las situaciones de formación y de trabajo. Se evidenció que la adquisición de ciertos conocimientos, actitudes, habilidades, capacidades no era equivalente a saber usarlas en situaciones laborales. Se propuso entonces acortar esta distancia estructurando la formación en base a las competencias que demandan las prácticas reales de trabajo. El planteo básico es que el aprendizaje de capacidades, habilidades, actitudes propias de las prácticas profesionales puede verse facilitado en la medida que se incorpore durante la el proceso de formación una referencia clara a las situaciones de trabajo cotidianas. Los programas, en consecuencia, pasan a estructurarse en torno a competencias y no alrededor de conocimientos. De manera harto simplificada, se plantea que para aprender las capacidades o competencias propias de los entornos laborales hay que tener oportunidad de practicarlas o ejercerlas durante la formación, por lo que resulta más conveniente entonces, estructurar la formación profesional en base a dichas competencias.

En los últimos años diversas vertientes se encuadraron dentro del enfoque de competencias, asumiendo abordajes y concepciones muy diferentes. No es intención de este material profundizar sobre estas diversas perspectivas. Sólo se plantean algunas precisiones sobre el abordaje con que se adopta la idea de competencia en estos documentos, a fin de facilitar el intercambio y el trabajo al interior de las Comisiones.

2.2 Sobre qué idea de competencia se trabaja en los documentos Marcos de Referencia

Coexisten diferentes interpretaciones y usos del término Competencias. Una perspectiva "operacional" identifica las competencias con saberes puntuales, discretos e instrumentales, centrados en "cómo hacer". En cambio, en estos documentos Marco de Referencia se adopta una idea de competencia más amplia, compleja e integral, que incluye el saber cómo hacer, pero no se reduce a él. En otros términos, el saber cómo hacer, siempre supone y recupera el pensar, conocer, reflexionar y tomar decisiones, así como la anticipación y la evaluación de las acciones. Las prácticas profesionales, en todos los casos, suponen conciencia e integralidad de las acciones.

Así entendida, la competencia implica la movilización y recuperación de distintos componentes: conocimientos, percepciones, pensamientos, evaluación, acción, valores. La competencia pone

en movimiento ciertos componentes, a veces elementales y diseminados, a veces complejos y organizados[1].

Asimismo, es importante resaltar que se trata precisamente de identificar las competencias necesarias para el trabajo profesional, manteniendo una perspectiva amplia. Es frecuente la tendencia a circunscribir las competencias a la descripción de un puesto de trabajo, y justamente se trata de adoptar una perspectiva amplia. El desafío es la construcción de competencias que puedan desplegarse en diferentes escenarios, contextos o ámbitos de trabajo. No sólo no es posible anticipar dónde trabajará cada profesional durante su desarrollo, sino que es además muy probable que en el transcurso de su vida laboral cada profesional tenga que asumir funciones y responsabilidades en ámbitos de características distintas y aún que, a lo largo del tiempo, estas competencias le sirvan de base para aprender nuevas competencias, de acuerdo con la evolución del conocimiento, de las prácticas y de las organizaciones de salud.

Dos características centrales distinguen a las competencias de otros saberes:

- ***Son Transferibles:*** *la competencia profesional no sólo involucra la movilización de conocimientos, destrezas y habilidades en actividades y contextos específicos, sino también la capacidad de transferir estos conocimientos, habilidades y destrezas a nuevas actividades y nuevos contextos.*
- ***Evolucionan:*** *la competencia profesional es, por definición, abierta a procesos de aprendizaje de carácter permanente que se desarrollan tanto a través de la complejización y diversificación de la experiencia, como mediante la adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas.*

2.3 Competencias y niveles de formación profesional en salud

Existe una correlación entre el tipo de competencias desarrolladas en la práctica profesional, y los niveles de formación alcanzados. Los distintos niveles de formación se caracterizan por grados crecientes de autonomía y responsabilidad, y por la posibilidad de intervenir en situaciones cada vez más inciertas y complejas.

En el nivel de la Formación Técnica Profesional de Salud, nos referimos a una educación superior inicial para el desarrollo de capacidades de mayor estandarización y muchas veces bajo supervisión. Los documentos aprobados las definen como un "conjunto complejo e integrado de capacidades que las personas ponen en juego en diversas situaciones reales de trabajo para resolver problemas que ellas plantean, de acuerdo a los estándares de profesionalidad y los criterios de responsabilidad social propios de cada área profesional"[2] . Este nivel de formación Técnico Profesional no es equiparable a un saber repetitivo, requiriendo:

- *Dominio de los conocimientos técnicos y criterios responsables en el manejo de los ajustes y los matices que caracterizan a las prácticas situadas y concretas.*
- *La capacidad para aprender siempre y con los otros.*
- *El compromiso con los destinatarios de su labor, de acuerdo con principios éticos.*

En el nivel de las Residencias, nos referimos a una educación de posgrado, realizada integralmente en servicio, en los que las prácticas alcanzan mayor singularidad y menor estandarización, con crecientes niveles de autonomía. Asimismo, se requiere de versatilidad para responder a los cambios y a la creciente especialización de los campos profesionales que

1 Según Perrenoud, "..... las competencias organizan un conjunto de esquemas. Un esquema es una totalidad constituida que sirve de base a una acción o a una operación singular, mientras que una competencia de cierta complejidad pone en práctica varios esquemas de percepción, de pensamiento, de evaluación y de acción que sirven de base a inferencias, anticipaciones, transposiciones analógicas, generalizaciones, establecimiento de un diagnóstico a partir de un conjunto de indicios, a la formación de una decisión". PERRENOUD, Ph. (1998): Constuire des compétences dès l´école. Paris, ESF

2 Resolución CFCyE Nº 261/06

están sometidos a evoluciones continuas. De este modo, también se requiere el desarrollo de competencias para:

- *Manejar información y conocimientos actualizados de los problemas centrales y de borde de la especialidad, tanto en el dominio de las áreas propias como en las afines del ejercicio profesional.*
- *Identificar problemas, crear soluciones, tomar decisiones y sistematizar nuevos conocimientos y experiencias, con crecientes niveles de autonomía y autorregulación.*
- *Intervenir ante casos y situaciones complejas, así como en problemas menos definidos y singulares, adoptando nuevos enfoques de pensamiento y de práctica profesional y social, considerando los destinatarios de su labor de acuerdo con principios éticos.*

3. COMPONENTES DE LOS DOCUMENTOS MARCO DE REFERENCIA

Los documentos Marcos de Referencia se componen de las siguientes secciones:

- ***I. Perfil Profesional:*** *Es la referencia fundamental que orienta el proceso formativo especificando la* ***competencia general, las áreas de competencias y competencias específicas que el profesional tiene que desarrollar, así como los criterios de realización,*** *que definen los estándares de prácticas que los egresados deberán haber adquirido como resultado de su formación, proporcionando parámetros para la evaluación final.*
- ***II. Bases Curriculares:*** *Definen los* ***bloques de contenidos*** *relevantes que integran la trayectoria formativa. Incluye diferentes tipos de contenidos: conocimientos, prácticas, procedimientos, actitudes, valores. Comprenden* ***conocimientos propios de cada especialidad, y conocimientos transversales del área de la salud, compartidos por las distintas especialidades.***
- ***III. Requisitos Mínimos para el Funcionamiento del programa formativo:*** *Definen características de las instituciones formadoras y los servicios asistenciales -con los que ésta se vincule- a fin de* ***garantizar ámbitos que sean adecuados para la formación,*** *como un patrón deseable de* ***calidad educativa.***

A continuación, se ofrecen orientaciones, recomendaciones y ejemplificaciones para la producción de los documentos Marcos de Referencia, como apoyo al trabajo de las distintas Comisiones. Esperamos que sea de utilidad y valor para la permanente mejora de los procesos y resultados.

ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

4. DINÁMICA DE TRABAJO PARA LA CONSTRUCCIÓN COMPARTIDA DE DOCUMENTOS MARCO DE REFERENCIA

Los Marcos de Referencia se elaboran a partir de la constitución de grupos mixtos, integrados por representantes del campo profesional, del área productiva o de servicios, y asociaciones profesionales y/o académicas vinculadas a la especialidad. La dinámica de trabajo en las Comisiones requiere del intercambio y discusión de los distintos participantes. En el transcurso del proceso, surgen diferentes perspectivas, sesgos, y/o posicionamientos sobre aspectos del desempeño profesional que, en nuestra perspectiva, enriquecen el debate y la producción conjunta.

El trabajo en Comisiones no es lineal y es frecuente que la definición de algunos aspectos

requiera de intercambios recurrentes. La participación en las Comisiones requiere de predisposición para analizar las implicancias o consecuencias a que conducen algunas de las definiciones en juego. A medida que se avanza, la dinámica de trabajo exige disponibilidad para tener en cuenta diferentes visiones, desarrollar argumentos y aproximar posiciones.

La convocatoria a profesionales provenientes de diferentes jurisdicciones del país, de distintas realidades laborales e institucionales, es central para la construcción de perfiles profesionales amplios y versátiles. La experiencia desarrollada hasta ahora en la construcción de Marcos de Referencia para distintas especialidades evidencia que las características propias de cada área constituyen un factor central en la dinámica que adquiere el funcionamiento de cada Comisión. En términos generales, aquellas especialidades cuya área de intervención y procedimientos se encuentran más estandarizados acotan sus puntos de discusión y encuentran acuerdos más rápido. En otras especialidades el trabajo se hace más sinuoso y requiere de avances parciales y revisiones frecuentes, y hasta puede asumir un carácter fundacional.

En este proceso, y para fortalecer la producción de las Comisiones, es de importancia la orientación, moderación y apoyo de la coordinación pedagógica para la construcción del proyecto formativo, como documento Marco para la planificación curricular.

En la dinámica de este proceso, se orienta a los grupos de la dispersión inicial hacia la integración, y se media en el tratamiento de los temas críticos, con la actitud y distintas estrategias para la búsqueda de una solución. En algunos grupos los acuerdos se dan rápidamente; en otros la tarea se hace más lenta. Pero no hay regresión que no produzca una progresión. Es la constante en el tratamiento de los temas críticos hasta que se elaboran los acuerdos de trabajo. La estrategia permanente de la orientación pedagógica en el marco del proceso de trabajo es la reflexión sobre lo hecho, para comprender y elaborar estrategias de continuidad de la tarea, anticipando intervenciones constructivas.

Pero la coordinación no se agota en la moderación del proceso grupal, sino que apoya el logro de los objetivos y productos esperados, relativos a la construcción de la planificación curricular, en sus distintos componentes.

5. LA CONSTRUCCIÓN DEL PERFIL PROFESIONAL

5.1 Justificación del Perfil

En este apartado se explicitan los motivos o antecedentes que justifican el Perfil que se está presentando y se busca formar. Debería transmitir una idea clara de la perspectiva que se adopta, que sustente y justifique el perfil propuesto.

La riqueza de la justificación del perfil profesional está dada por su capacidad para dar cuenta del por qué del campo de la especialidad con sus diferentes tensiones y complejidades. Aquí se incluyen informaciones o datos que contextualicen la formación, su enseñanza y su aprendizaje. Sin que se consideren en un orden lineal fijo, se incluyen las siguientes cuestiones:

- *Algunos datos, indicadores actuales, sobre el estado de problemáticas de salud asociadas con la especialidad. En algunos casos, resulta indispensable una referencia a la cantidad de profesionales o especialistas y/o a su distribución. Pueden referirse, también, a algunos datos o indicadores que evidencien que la profesión o especialidad es prioritaria en el marco de la política de salud. Los elementos que pueden incorporarse son diversos y su inclusión dependerá de la problemática y características propias de cada profesión o especialidad.*
- *Antecedentes históricos en la formación, de asociaciones profesionales o científicas*

y su participación en la formación. Señalar, si los hubiere, desarrollos, perspectivas/ enfoques que modificaron las prácticas en la especialidad, y las opciones adoptadas en el programa en este sentido.

- *Estructura de la formación, caracterizando si se trata de una formación básica, posbásica o articulada. En algunos casos, adquieren relevancia los límites con profesiones o especialidades vecinas. En otros, tienen un lugar central el surgimiento y evolución del conocimiento o el impacto del desarrollo tecnológico en las prácticas habituales.*

5.2 Definición del Perfil Profesional

El Perfil profesional es el conjunto de competencias que identifican al egresado de una formación y que le permitirán asumir las responsabilidades propias de las tareas y funciones correspondientes a cada campo profesional o de especialidad.

El Perfil Profesional incluye:

- ***La competencia profesional general:*** *describe en forma global al conjunto complejo e integrado de funciones, capacidades y habilidades que los profesionales del área pueden desempeñar en diversas situaciones reales de trabajo para resolver los problemas que ellas le plantean, de acuerdo con los estándares de profesionalidad y criterios de responsabilidad social.*
- ***Las áreas de competencia:*** *constituyen el primer nivel de especificación de la competencia general. Partiendo del análisis de la competencia general, recortan las grandes áreas de actividad y/o funciones en las que el profesional interviene.*
- ***Las competencias o capacidades específicas:*** *desagregan para cada área de competencia el conjunto de capacidades específicas que el profesional debe desarrollar en las situaciones de trabajo, destacando las actividades clave, importantes y significativas de su quehacer.*
- ***Los criterios de realización:*** *definen estándares de desempeño deseables, a partir de los cuales las capacidades son evaluadas.*

Para la definición de competencias o capacidades específicas, es importante considerar y reconocer la existencia de **competencias transversales** para las distintas profesiones o especialidades de salud, las que dan riqueza, cualidad y calidad a las prácticas de los egresados, como por ejemplo:

- *La comunicación eficaz y efectiva entre el profesional, el paciente o usuario de los servicios así como de sus familias, respetando y atendiendo a las culturas y los códigos de expresión y entendimiento.*
- *La capacidad para integrar equipos de trabajo y para el trabajo interdisciplinario.*
- *La flexibilidad para adaptarse a las distintas situaciones y contextos.*
- *La comprensión de las consecuencias sociales del ejercicio de la profesión.*
- *El pensamiento crítico para revisar sus propias prácticas, así como para utilizar el conocimiento especializado.*
- *La iniciativa para el desarrollo profesional permanente.*

Gráficamente,

- *En términos estrictos, la Competencia Profesional General define en forma global y sintética los aspectos centrales del perfil profesional.*
- *Para identificar las Áreas de Competencias pueden utilizarse distintos criterios, según sea pertinente, considerando distintos momentos o sucesivas etapas del proceso de producción de las prácticas profesionales (por ej.: análisis, diagnóstico, terapéutica, seguimiento); o los distintos sujetos de la atención (población/ familia/ individuo; niño/ adolescente/ adulto, etc.) o los ámbitos de acción (comunidad, consultorio, sala; terapia intensiva/ internación, etc.).*
- *Las Competencias o Capacidades Específicas desagregan los desempeños en cada Área o situación de trabajo, involucrando y movilizando prácticas complejas y transferibles a distintos contextos o situaciones de trabajo.*
- *Los Criterios de realización describen evidencias que permiten evaluar cuándo las prácticas se consideran adecuadas, en los aspectos técnico normativos, actitudinales y de interacción social. Reflejan la calidad de la actuación profesional.*

A modo de reflexión....

Para la definición de las competencias profesionales es importante problematizar las prácticas profesionales y distinguir:

- *las prácticas dominantes, que caracterizan las formas de intervención profesional consolidadas y fundamentadas,*
- *las prácticas emergentes, que representan las nuevas tendencias y anticipan lo que está por venir, en el proceso de cambios sociales y del conocimiento;*
- *las prácticas caducas, que muchas veces se mantienen por inercia, pero que deben superarse y abandonarse.*

A modo de recomendaciones prácticas

- *Para la definición de Áreas de Competencias, se sugiere integrarlas en un máximo de 4 a 5 áreas, a fin de evitar la fragmentación de las prácticas.*
- *Para las Competencias o Capacidades Específicas, se sugiere un máximo de 6 a 7 capacidades por Área de competencias, con las mismas finalidades.*

Veamos los siguientes ejemplos:

RESIDENCIA: PEDIATRÍA

COMPETENCIA GENERAL

El Médico Pediatra está capacitado para atender al niño o la niña desde su nacimiento hasta la adolescencia, en la sala de partos, en la internación conjunta, como así también acompañar su crecimiento y desarrollo en su contexto familiar y social, seguir su evolución y tratar a los pacientes que lo requieran, gestionar su área de trabajo y desarrollar procesos de investigación y educación permanente.

ÁREAS DE COMPETENCIA (adopta un criterio asociado con el sujeto de atención en las etapas del desarrollo):

- *Atender al niño/a, asesorar y acompañar a la familia en la sala de partos e internación conjunta.*
- *Atender al niño/a en su crecimiento y desarrollo en su contexto familiar y social.*
- *Atender al adolescente en su crecimiento y desarrollo en su contexto familiar y social.*
- *Gestionar su proceso de trabajo, trabajando interdisciplinariamente según la problemática y evaluando la propia práctica.*
- *Desarrollar procesos de investigación y participar en acciones de educación permanente.*

ÁREA DE COMPETENCIA 2: Atender al niño/a en su crecimiento y desarrollo en su contexto familiar y social.

Competencias / capacidades específicas	*Criterios de realización*
2.1. Relevar historia clínica	Se analiza el contexto socioambiental y el encuadre familiar y cultural del niño/a. Se detectan factores predisponentes, protectores y de riesgo socioambientales. Se tienen en cuenta los hábitos de sueño y alimentación. Se controla el cumplimiento del calendario de vacunación. Se realiza el seguimiento en cuanto a la escolaridad del niño/a. Se valoran parámetros evolutivos de desarrollo. Se tienen en cuenta criterios de precisión y claridad en la confección de los registros.
2.2. Realizar examen físico	Se realiza examen que incluye: inspección y examen físico general, y por aparatos y sistemas. Se analizan parámetros de crecimiento y desarrollo. Se realiza seguimiento acerca de las pautas alimentarias y las condiciones nutricionales. Se realizan diagnósticos de especificidad creciente. Se detectan manifestaciones tempranas de patologías. Se procura resolver los problemas pediátricos correspondientes a patologías prevalentes. Se evalúan las alternativas de tratamiento y su impacto en la salud del niño/a. Se trabaja interdisciplinariamente en el marco del equipo de salud.
2.3. Asesorar y orientar a la familia	Se interioriza sobre los modos de vida Se promueven estilos de vida saludables para el núcleo familiar. Se brindan pautas de cuidado, e indicaciones.

TÉCNICO SUPERIOR EN GESTIÓN Y MANTENIMIENTO DE EQUIPAMIENTO BIOMÉDICO

COMPETENCIA GENERAL

El Técnico superior en gestión de equipamiento relacionado al cuidado de la salud está capacitado para manifestar conocimientos, habilidades, destrezas, valores y actitudes en situaciones reales de trabajo, conforme a criterios de profesionalidad propios de su área y responsabilidad social al gestionar el equipamiento biomédico, instalar equipamiento biomédico, operar equipos de propósito general destinados al mantenimiento de equipamiento biomédico, realizar el mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipamiento biomédico, comunicar información técnica relativa al equipamiento biomédico, organizar y gestionar su ámbito de trabajo, y generar emprendimientos productivos.

Áreas de competencia: (adopta un criterio de proceso de trabajo)

- *Gestionar el equipamiento biomédico,*
- *Instalar equipamiento biomédico,*
- *Operar equipos de propósito general destinados al mantenimiento de equipamiento biomédico,*
- *Realizar el mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipamiento biomédico,*
- *Comunicar información técnica relativa al equipamiento biomédico,*
- *Organizar y gestionar su ámbito de trabajo,*
- *Generar emprendimientos productivos.*

ÁREA DE COMPETENCIA 1: Gestionar el equipamiento biomédico

Competencias / capacidades específicas	*Criterios de realización*
1.1. Controlar el estado del parque de equipamiento biomédico y sus accesorios.	Se utilizan métodos de archivo que ordene la información acerca del estado de los equipamientos y las instalaciones, las acciones de mantenimiento y los arreglos realizados. Se utiliza el soporte adecuado convenido en el servicio. Se actualiza en forma periódica y sistemática. Se registra existencia y distribución.
1.2. Controlar el estado del parque de equipamiento e insumos del taller de mantenimiento del equipamiento biomédico.	Se utiliza el archivo adecuado. Se actualiza en forma periódica y sistemática. Se solicitan reposiciones en tiempo y forma.
1.3. Realizar asesoramiento técnico específico en el proceso de selección, adquisición y/o venta de equipamiento biomédico y/o servicios relacionados.	Se asesora en la redacción las especificaciones técnicas de acuerdo con el sector requirente (compra) analizando la necesidad técnica de los usuarios, el espacio disponibilidad de espacio físico adecuado, la compatibilidad con otro equipamiento e instalaciones presentes, la posibilidad de mantener y/o reparar el equipo a adquirir, la disponibilidad de repuestos e insumos y las condiciones de mantenimiento de postventa. Se compara las especificaciones técnicas de la demanda con las características de la propia oferta (venta). Se analiza, en conjunto con el sector requirente, las características técnica-económicas de las ofertas y se ha adjudicado la más conveniente de acuerdo a las normas (compra). Se incluye en todo el proceso de selección / venta las normas y procedimientos en seguridad, calidad y medio ambiente.
1.4. Controlar la documentación de los equipos reparados por cuenta de terceros.	Recepcionar el equipo. Verificar la certificación del trabajo realizado por terceros. Archivar y adjuntar el historial del equipo.

6. LAS BASES CURRICULARES

Las bases curriculares establecen un piso de contenidos mínimos a contemplar en la organización de los procesos formativos para el logro del perfil profesional definido en el capítulo precedente, organizados en Bloques de contenidos o temáticos. Ellos no determinan una secuencia fija y/o modalidad de tratamiento de los contenidos seleccionados, sino la necesidad de su tratamiento para la efectiva formación de las competencias/ capacidades profesionales y los criterios de realización.

Se distinguen:

- *Bloques propios de la carrera o especialidad: Incluyen los conocimientos propios de la especialidad, teorías, principios, métodos, técnicas, procedimientos, modos de indagación y validación, modos de pensamiento y de resolución de problemas específicos del campo profesional.*
- *Bloques transversales: Abordan problemas centrales del campo de la salud y de la atención, como, la relación con el paciente, el manejo, análisis e interpretación de aspectos epidemiológicos; la organización del sistema de salud, los alcances y límites de la propia especialidad y su relación con otras vecinas, aspectos legales del desempeño del rol consideraciones éticas, abordajes o enfoques interdisciplinarios en el tratamiento de problemáticas propias de la carrera profesional o de la especialidad.*

Los contenidos que componen los bloques **transversales tienen varios sentidos en el proceso de formación:**

- *Atraviesan la formación en los Bloques específicos de la carrera o especialidad, tanto en la enseñanza áulica como en las prácticas, otorgando al proceso coherencia y calidad. Por ejemplo, la comunicación médico- paciente o los derechos a la atención y a la salud, deberían considerarse como cualidades de las prácticas deseables y/o en el tratamiento de contenidos en la enseñanza específica.*
- *Requieren un espacio específico de enseñanza, análisis e intercambio particular, que permita su tratamiento relevante dentro del programa de formación en las distintas actividades programadas, pero sobre todo deben acompañar el desarrollo de la práctica misma.*
- *Atraviesan la formación de distintas especialidades en tanto abordan temáticas generales del campo de la salud. Resultan indispensables para pensar el contexto y las propias prácticas profesionales. Constituyen un espacio privilegiado para la realización de actividades interdisciplinarias e inter residencias.*

6.1 Criterios para la identificación y organización de los Bloques de contenidos

La cuestión central para identificación de los contenidos refiere a qué necesita saber el profesional para desarrollar las competencias y capacidades que se expresan en el Perfil. Sin embargo, es conveniente evitar la tendencia habitual a vincular el saber a extensos cuerpos de conocimientos académicos que figuran en los libros especializados. Se propone aquí invertir la lógica: partir del reconocimiento de que la práctica es en sí misma un contenido, que incluye y sintetiza diversos contenidos y también produce contenidos[3].

Esta perspectiva se asienta en el reconocimiento del **potencial educativo de la situación de trabajo.** Dicho en otros términos, que en las prácticas de trabajo también se aprende. Ello supone tomar a las situaciones diarias como *"palanca del aprendizaje"*, analizando reflexivamente los problemas de la práctica y valorizando el propio proceso de trabajo, como proceso de

3 Argyris, Chris, (1999) "Conocimiento para la acción", Granica, Barcelona; Schön, Donald (1994) "La formación de profesionales reflexivos", Ed. Paidos, Barcelona

formación en el contexto en que ocurre[4]. El enfoque de formación basado en competencias facilita el reconocimiento de los contenidos en las prácticas, incluyendo la reflexión sobre las mismas.

De este modo, la identificación y organización de los Bloques de contenidos debe partir de las prácticas mismas como fuentes de contenidos, en cuanto prácticas significativas y de calidad.

El aprovechamiento educativo de los contenidos de y en las prácticas, permite integrar en forma **indisociable e interligada**[5]:

- *Contenidos conceptuales***:** *información, datos, enfoques y conceptos, que definen el por qué de las prácticas profesionales;*
- *Contenidos procedimentales, en lo relativo al hacer, a los métodos y procesos de actuación, a las estrategias de intervención, lo que implica cómo hacer mejor*
- *Contenidos actitudinales, en lo referido a juicios de valor, tomas de posición y opciones ideológicas, lo que supone el para qué.*

La organización de los Bloques de contenidos a partir de las prácticas profesionales no supone, abdicar de la transmisión de conocimientos, como nuevas y permanentes contribuciones del conocimiento científico. Por el contrario, se requiere articular en forma dinámica (o no lineal)[6] las prácticas y las teorías; el conocimiento sistemático y la acción; las prácticas y la investigación; la información, la reflexión y la producción de modos de intervención, así como la evaluación de las prácticas.

En los Bloques de contenidos, no se trata de hacer tabla rasa de toda la herencia del conocimiento, sino de mantener un equilibrio entre[7]:

- *Aquellos conocimientos y aquellas prácticas que aún son válidos, que mantienen estabilidad en el tiempo, y aquellos que están caducos.*
- *La necesaria conservación de conocimientos y desarrollos novedosos que responden a nuevas problemáticas, cambios socioculturales, tecnológicos, e incluso a una diferente concepción de la práctica profesional.*
- *Los avances en los conocimientos académicos y aquellos que dan respuesta a las necesidades sociales y a los distintos contextos sociales e institucionales.*

Al mismo tiempo, se requiere considerar que los Bloques de contenidos constituyen un marco general de actuación, para dar coherencia a los distintos programas y realidades. Pero ellos deben ser abiertos, flexibles, actualizables y modificables, conforme los aportes de la investigación y de los cambios sociales. Asimismo, deben dar lugar a un conjunto de capacidades que en general se demandan tácitamente, pero que raras veces son objeto de formación y enseñanza, como por ejemplo, la investigación documental, la utilización de bases

4 La revista Educación Médica y Salud (OPS/OMS), en su Vol. 27 Nº 4, se dedica integralmente a la recopilación de contribuciones en distintos países bajo el título de "Trabajo y Educación en los Servicios de Salud. La experiencia latinoamericana. En la misma línea, ver Haddad, J.- Davini, M.C.- Roschke (edit.) Educación Permanente del Personal de Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nº 100, OPS/OMS, Washington 1994.

5 La clasificación, inicialmente difundida por Coll, César (Psicología y Currículo, Piados, México, 1987), es útil para reconocer que los contenidos no son sólo ideas y conceptos. Los "tipos" de contenidos no deben entenderse en forma separada. Un contenido puede ser al mismo tiempo conceptual y procedimental, y en general, los actitudinales pueden cubrir y atravesar los otros tipos de contenidos

6 Davini, M.C. – Roschke, M.A. Conocimiento significativo: el diseño de un proyecto de Educación Permanente en Salud. En: Educación Permanente del Personal de Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nº 100, OPS/OMS, Washington 1994.

7 Bourdieu, Pierre – Gros, Francois: Principios para una reflexión sobre los contenidos de la enseñanza. Publicación del Collège de France, 1993

de información, la responsabilidad en las decisiones y sus efectos sociales, etc. (contenidos transversales).

A modo de recomendaciones prácticas...

- *Se trata de pensar en contenidos mínimos y necesarios. En los Bloques de contenidos no entra todo el universo posible del saber disponible. Es preferible desarrollar competencias para la educación permanente profesional, como la adquisición de capacidades para la búsqueda de informaciones, de literatura científica y para sistematizar sus conocimientos y experiencias.*
- *Se sugiere destacar aquello que es más significativo, en cuanto a su valor como instrumentos y recursos para transformar las prácticas.*
- *Es importante verificar que los contenidos en y de las prácticas sean transferibles y aplicables a distintos contextos y situaciones.*

Para la identificación y organización de los Bloques de contenidos se sugiere la utilización de los siguientes criterios[8]:

Criterios	*Definición*
Selección	Regula lo que se destaca como necesario para la formación de las competencias. Revelan la coherencia y equilibrio entre el Perfil profesional, los distintos contextos sociales e institucionales y los conocimientos especializados.
Jerarquía	Refiere al peso relativo de los distintos contenidos, en función de su significación, alcance y valor. No todos los contenidos seleccionados tienen el mismo peso o jerarquía. Algunos serán más centrales, por su significación para el Perfil, y otros estarán subordinados.
Integración y clasificación	A partir de la jerarquización se buscará integrar los contenidos, organizándolos en Bloques. Los Bloques clasifican los contenidos por su lógica y afinidad entre los contenidos especializados y las prácticas profesionales.

A título de ejemplos posibles:

Carrera o Especialidad	*Bloques específicos de la Especialidad (*)*
Pediatría	• *Seguimiento del niño sano* • *Enfermedades de la infancia* • *Adolescencia* • *Familia* • *Salud ambiental* • *Pediatría en internación neonatológica, de cuidados intensivos, intermedios y moderados*
Tocoginecología	• *Salud Integral de la mujer* • *Estudios complementarios* • *Patologías tocoginecológicas* • *Tratamiento tocoginecológico médico y quirúrgico*
Gestión y mantenimiento de equipamiento biomédico	• *Equipamiento de áreas críticas* • *Instrumental de laboratorio clínico* • *Equipos en consultorios de especialidades clínicas* • *Equipos de imágenes* • *Equipos de ultrasonido* • *Equipos de radiaciones ionizantes y altas energías de diagnóstico y tratamiento*

(*) Dentro de cada Bloque específico, se desagregan los contenidos necesarios para la formación en las competencias específicas y considerando los Criterios de Realización.

8 Los criterios sintetizan y adaptan los aportes de Basil Bernstein (1980). "On the classification and framing of educational knowledge". En: Young, M. (comp.). Knowledge and Control, Collier, McMillan, 6ª edición, y han sido utilizadas en diversos estudios especializados

En el Anexo I de esta Guía, se presenta una propuesta básica Para el desarrollo de Bloques de contenidos transversales, particularmente para las Residencias, dado que para la Formación Técnica Profesional, como formación de grado, estos contenidos están contemplados en los Bloques de Formación General.

7. REQUISITOS MÍNIMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA FORMATIVO

En este último componente del documento Marco de referencia se definen características básicas de las instituciones formadoras y los servicios asistenciales con los que ésta se vincule, a fin de **garantizar ámbitos que sean adecuados para la formación** como un patrón deseable de **calidad educativa.**

En este apartado, nos centraremos en las condiciones generales que caracterizan un buen ambiente de formación y aprendizajes. Un ambiente de aprendizaje refiere a ámbitos en los que las personas encuentran conocimientos, informaciones, herramientas y flujos de comunicación e intercambio con los otros, para construir el propio aprendizaje. Debe destacarse su importancia, dado que el ambiente es parte indisoluble del proceso de formación. Puede contarse con un buen programa, pero si no existe el ambiente apropiado para su desarrollo, los resultados se verán afectados de modo significativo.

Este ambiente, sea en Escuelas, Institutos o en los servicios asistenciales, constituye un **sistema social para aprender.** Todo ambiente es susceptible de convertirse en un ambiente de aprendizaje: un aula presencial, el entorno de trabajo mismo y del trabajo en equipo, los espacios y tiempos para el intercambio y la participación, los centros documentales, el acceso a internet y redes de información, etc. Existen ambientes que obstaculizan u obstruyen el proceso formativo, cuando impiden que los sujetos desarrollen nuevas formas de acción, proyecten ideas o adquieran nuevos marcos de conocimiento, o cuando simplemente se fijan en rutinas que impiden el cambio o el pensamiento personal.

Pero, en todos los casos, el ambiente de formación no se agota en los espacios, tiempos, recursos y flujos de comunicación. Para que el proceso tenga calidad y pueda alcanzar sistemáticamente los objetivos y productos que se espera lograrse requiere de:

- *La gestión del proceso de formación, lo que implica la existencia de responsables que garanticen la coordinación, conducción y supervisión del programa, docentes o tutores que desarrollen, orienten y apoyen las actividades, así como del trabajo en equipo entre la coordinación y los docentes.*
- *Un clima de trabajo que facilite permanentemente la apertura a aprender, generando la motivación, el estímulo, la iniciativa, el intercambio y la participación.*
- *El seguimiento y evaluación del proceso de formación y de sus resultados, destacando los progresos, los logros, las dificultades y reorientando las actividades cuando se producen desvíos. El seguimiento y evaluación son un continuo, dirigidos a la mejora de la formación y al perfeccionamiento del programa en forma integral.*

En cuanto a los entornos o ambientes virtuales de aprendizaje, se trata de espacios digitales diseñados específicamente para desarrollar actividades educativas a través de Internet. También se denominan Entornos digitales de aprendizaje (EVAs), Plataformas educativas en línea o Learning Management Sistem (LMS). Desarrollan competencias para la formación permanente profesional.

En el entorno de aprendizaje los estudiantes pueden disponer de recursos para facilitar la construcción de nuevos conocimientos y prácticas, con apoyo en las potencialidades de las tecnologías de la información y la comunicación. Incluyen:

- *Recursos de conocimiento e información (textos electrónicos, enlaces a bancos de información, bibliotecas virtuales y páginas web, glosarios para consultas, listas de interés, etc.).*
- *Actividades de aprendizaje (estudio de casos, ejercicios, solución de problemas, informes, claves para la evaluación y autoevaluación, etc.).*
- *Recursos de intercambio y comunicación (tutorías, correo electrónico, foros de debates, chats, etc.).*

En el caso de los programas que presenten desarrollos en entornos virtuales de aprendizaje, se requiere también del trabajo en equipo entre:

- *La coordinación pedagógica.*
- *Los especialistas en el contenido.*
- *Los tutores.*
- *Los diseñadores didácticos.*
- *El asistente tecnológico.*

En el Anexo II se presentan los requisitos mínimos para la formación en las Residencias.

BLOQUES TRANSVERSALES

Los contenidos transversales abordan problemas centrales del campo de la salud y de la atención, comunes a todas las profesiones. Contextualizan y determinan el ejercicio profesional, según tres aspectos: conceptual, procedimental y actitudinal. Esto significa que tienen un carácter teórico-práctico; es decir que la formación en estos contenidos se hace tanto en situación de práctica clínica (atención de pacientes en distintos escenarios), como en situaciones de clase, ateneos, talleres, etc.

Los presentes contenidos transversales se organizan en tres ejes que destacan dimensiones en el desempeño del profesional de la salud. El primero recalca el rol del profesional como parte y actor del sistema para garantizar el derecho a la salud. El segundo subraya el vínculo del profesional con los otros sujetos de derecho que acceden a las instituciones de salud. El último enfatiza el valor de la educación permanente y de la investigación para la mejora de la atención.

Bloque 1: El profesional como sujeto activo en el sistema de salud

- *Análisis de situación de salud. Dimensión social: complejidad y estructura preexistente. Dimensión política: Perspectivas nacional, jurisdiccional y local en el abordaje de los problemas de salud de la población. Determinantes y condicionantes de salud en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Epidemiología. La distribución del poder en las intervenciones en salud. Dimensión epistemológica: concepciones y paradigmas relacionados a la salud.*
- *El sistema de salud. Lógicas institucionales y organizacionales del sistema. Su dinamismo. El enfoque de calidad en la atención. El rol del profesional como agente en la transformación y aplicación de las políticas sanitarias.*
- *El profesional como gestor: el ciclo de la gestión. Recursos, tiempo y oportunidad en la atención de calidad. Utilización de manuales de procedimientos, protocolos y guías. Responsabilidad institucional en el ejercicio de la profesión.*
- *El profesional integrado al equipo para un mejor abordaje desde una perspectiva*

poblacional y sanitaria. El rol del equipo de salud en la construcción de la equidad y del acceso universal a la atención. La responsabilidad y la acción profesional en la generación y participación en redes de servicios, redes de atención y de cuidado.

- *Encuadre de la práctica profesional en el marco de derechos y de la bioética. Responsabilidad pública del ejercicio de la profesión.*
- *Convenciones internacionales y nacionales. Marco normativo vigente, nacional y jurisdiccional relacionado con la salud. Actores y Organismos Nacionales e Internacionales.*

Bloque 2: Los sujetos de derecho en el sistemas de salud

- *Sujetos de derecho: pacientes, familias y profesionales. Organización y participación de los actores en salud. Herramientas en participación comunitaria. Análisis, priorización y toma de decisiones.*
- *Marco normativo vigente, nacional y jurisdiccional sobre ejercicio profesional, derechos del paciente y del encuadre laboral.*
- *El paciente y su familia como sujetos de derecho y con autonomía para la toma de decisiones en los procesos de atención-cuidado.*
- *Comunicación. Comunicación institucional y con los pacientes como constitutiva de las buenas prácticas en salud. La comunicación como vínculo para las actividades de prevención, tratamiento de enfermedades y promoción de salud. Comunicación de noticias difíciles.*
- *El trabajo con otros en sus múltiples dimensiones: interdisciplinariedad, interculturalidad, diversidad de miradas y prácticas. La complementariedad de saberes para la mejora de la atención y la resolución de conflictos.*
- *Aplicación y control de las normas de bioseguridad en el ejercicio cotidiano. Condiciones y medio ambiente de trabajo. Dimensiones del cuidado del ambiente para la salud del paciente, del profesional y del equipo.*
- *El profesional en el mercado de trabajo. Responsabilidades civiles y penales del ejercicio profesional.*

Bloque 3: El profesional como participante activo en la educación permanente y la producción de conocimientos

- *El trabajo como fuente de aprendizaje y conocimiento: Educación Permanente en Servicio. La institución sanitaria y los equipos de salud en la construcción de procesos de educación permanente en salud.*
- *La investigación como fuente de aprendizaje y conocimiento. Lógicas de investigación científica y sistematización de prácticas. Investigación clínica e investigación básica. Diferentes enfoques (Medicina Basada en la Evidencia, Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, Investigación Sanitaria Colectiva, etc.).*
- *El profesional como parte responsable en la construcción de información epidemiológica y de gestión de procesos salud-enfermedad-atención. Sistemas y registros de información sanitaria y epidemiológica.*
- *Búsqueda y análisis de información científico-tecnológica. Redes y centros de información y documentación.*
- *Lectura comprensiva de artículos especializados en idioma extranjero. Utilización del servicio de buscadores y de traductores virtuales.*
- *Organización de comunicaciones científicas y presentación de datos y experiencias.*

ANEXO III: REQUISITOS MÍNIMOS PARA EL DESARROLLO Y FUNCIONAMIENTO DE LAS RESIDENCIAS

Como se señala en el Documento Marco, la formación en las Residencias constituye una educación de posgrado realizada integralmente en servicio, en la que las prácticas profesionales adquieren un papel protagónico, enfrentando casos y situaciones de distintos niveles de complejidad y la toma de decisiones fundamentadas. Pero también es de relevancia para esta formación el acceso al conocimiento especializado y de borde del campo profesional, manejando informaciones calificadas y actualizadas.

En este Anexo, se establecen una serie de condiciones o parámetros básicos relativos al desarrollo del proceso de formación en las Residencias, que son consideradas como condiciones estructurales para alcanzar el Perfil propuesto.

1. CARGA HORARIA

Se debe incorporar en el documento la carga horaria mínima considerada necesaria para la formación de un especialista en el área, que no excluye la posibilidad de formaciones más largas si se considerara necesario. La carga horaria se expresa en años, y debe detallarse la dedicación semanal y el régimen de guardias, según la reglamentación vigente (Resolución 450/2006 y Resolución 303/2008).

A TÍTULO DE EJEMPLO:

La Residencia de…….. tiene una duración prevista de……..años. El residente desarrolla su actividad teórico asistencial no superando un máximo de …… horas semanales, incluyendo las horas de guardia. Se prevé un máximo de ……. guardias por semana que deberán estar separadas como mínimo por 24 horas. Deberán contar con un descanso post-guardia efectivo de seis (6) horas de corrido, en el ámbito intra o extra institucional. Este esquema de distribución de guardias debe desarrollarse en el transcurso de todo el programa de residencia, no existiendo diferencias por nivel de formación.

2. ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

2.1 Rotaciones obligatorias

Entre las actividades asistenciales resulta de especial relevancia definir las rotaciones que se juzgan obligatorias y la duración prevista para cada una. Se incluyen tanto las rotaciones que se realizan en otras instituciones, como las que se desarrollan en otros servicios y/o ámbitos de la misma institución.

Se entiende por **rotación** una oferta formativa que profundiza el aprendizaje en un conjunto de prácticas con cierto nivel de especificidad, que complementa la oferta del servicio responsable de la residencia.

Las rotaciones identifican ámbitos (Terapia Intensiva, Clínica Médica, Adolescencia, Ecodopler) en los que pueden aprenderse prácticas profesionales específicas, cuya inclusión se juzga necesaria para el cumplimiento de los objetivos de formación en la especialidad. Pueden

realizarse en **otra institución,** en **otro servicio,** o en un **sector diferenciado del mismo servicio** en que se desarrolla la formación.

Es importante señalar que en algunas especialidades es habitual identificar las rotaciones con la actividad que realizan los residentes en **distintos sectores del servicio** por ej. En Cardiología: ecodopler, electrofisiología, recuperación cardiopulmonar. En otras especialidades se denomina rotación a las actividades que se realizan **en otros servicios** por ej. en Clínica Médica las rotaciones clásicas son por los servicios de Cardiología y Terapia Intensiva. Un tercer caso es aquel en las que las rotaciones se definen por el **ámbito o nivel de intervención** por ej. rotación por consultorios externos, o rotación por el centro de salud o centro de atención primaria. Por último también es frecuente que en una misma especialidad convivan dos criterios simultáneos para definir las rotaciones: rotación por Consultorio de Niño Sano y por el Centro de Salud o Centro de Atención Primaria.

Independientemente de dónde se realice la rotación (y si se denominan rotaciones internas, externas, etc.), es importante identificar claramente en este apartado aquellas prácticas específicas que requieren de un aprendizaje intensivo en ámbitos diferenciales e indicar la duración del mismo.

2.2 Actividades Asistenciales

En tanto las características prestacionales de los centros se traducen en oportunidades de formación para los residentes, en algunas especialidades se define el número de prácticas mínimas; consultas por ámbito de desempeño y/o tipo de intervenciones que resultan necesarias para alcanzar competencia en aspectos claves de la especialidad. Es importante señalar que esta definición de actividades asistenciales se refiere a las prácticas centrales de cada especialidad definidas en el perfil y no a habilidades o procedimientos puntuales.

En otros términos será necesario diferenciar las prácticas propias de cada especialidad de aquellas más generales.

En algunas especialidades es posible y deseable distinguir en las prácticas de riesgo niveles de complejidad. En estos casos pueden preverse prácticas iniciales con simuladores o videos, supervisadas, de observación y prácticas directas bajo supervisión.

SÓLO A TÍTULO DE EJEMPLO SE MENCIONAN LAS SIGUIENTES PRÁCTICAS:

- *Atención de pacientes en Consultorio Externo.*
- *Atención de pacientes en Guardia.*
- *Seguimiento de paciente en Internación.*
- *Participación en la discusión de casos clínicos.*
- *Participación progresiva y supervisada en los pasos del proceso diagnóstico, y las decisiones que este implica.*
- *Realización de examen clínico del paciente.*
- *Entrevistas a familiares y pacientes.*
- *Realización de anamnesis.*
- *Definición de diagnóstico y plan de tratamiento.*
- *Realización de interconsultas.*
- *Acompañamiento de pacientes crónicos.*
- *Procedimientos quirúrgicos y postquirúrgicos.*

Cada especialidad deberá definir además las prácticas relevantes y específicas propias de su especialidad:

- *Seguimiento del niño sano.*
- *Participación en Gran Cirugía.*
- *Realización de partos*

Los centros que no ofrecen la oportunidad de realizar las prácticas mínimas e indispensables para la formación en la especialidad podrán establecer convenios con otras instituciones para cumplimentar los requisitos exigidos, pero siempre respetando una estructura básica.

2.3 Actividades de integración teórico práctica

En este apartado se detallan una serie de actividades en las que los residentes deberán tener oportunidad de participar en el transcurso de la residencia a fin de ampliar, fortalecer y compartir sus aprendizajes.

La participación en espacios de intercambio y discusión con pares y tutores o docentes, sobre la práctica cotidiana y/o sobre casos, es parte central de la formación. Resulta indispensable para la integración de conocimientos y para alcanzar la experticia profesional.

La Matriz de Valoración para la Categorización de Residencias, elaborada en concordancia con los Estándares Nacionales de Acreditación de Residencias (Disposición SSPRyF Nº 29/10) definen un mínimo de 6 horas semanales de participación en actividades de este tipo entre las que pueden incluirse:

- *Ateneos.*
- *Clases.*
- *Seminarios.*
- *Mesas redondas.*
- *Proyectos de investigación, etc.*
- *Estrategias de simulación.*
- *Revisión de historias clínicas.*
- *Búsqueda bibliográfica, etc.*

2.4 Evaluación de los residentes

El sistema de evaluación del desempeño de los residentes requiere una observación continua de los aprendizajes y el registro y sistematización de los desempeños, con instancias de devolución y supervisión sobre sus avances. Incluye tanto los conocimientos teóricos como las destrezas y las competencias-. Se sugiere implementar distintas estrategias de evaluación, que integren proceso y resultado. No debe olvidarse que la evaluación requiere de evidencias.

Pueden usarse diferentes instrumentos de evaluación como:

- *Observación.*
- *Registro narrativo.*
- *Portfolio.*
- *Lista de cotejo.*
- *Escalas.*
- *Estudio de casos.*

La evaluación debería contemplar como mínimo las siguiente instancias:

- *Evaluación anual integradora de carácter teórico práctico.*
- *Evaluación post rotación de carácter teórico práctico.*
- *Evaluación final de la residencia de carácter teórico práctico.*

3. RECURSOS

En este apartado se estipulan los recursos mínimos con que debería contar el centro sede para garantizar la formación en el área.

- *Recursos docentes: por ej.: Un médico con certificación en la especialidad en horario de 8 a 17hs.*
- *Recursos asistenciales: Por ej.: Acceso a servicios de diagnóstico (laboratorio e imágenes) Acceso a interconsulta. Equipo de Salud básico para la especialidad.*
- *Equipamiento e infraestructura: Se indica si fuera necesario el equipamiento básico de la especialidad al que el residente tendría que tener acceso.*

Por otra parte, según definen los Estándares Nacionales de Acreditación los centros sede de la residencia tendrán que ofrecer acceso a:

- *Biblioteca y/o acceso a base de datos sin costo para el residente.*
- *Aula.*
- *Condiciones de alojamiento durante las guardias para los residentes: Dormitorio, baño y comida (durante el horario de trabajo).*

4. CONDICIONES DE CONTRATACIÓN MÍNIMAS

Contratación Básica: Beca de formación con seguridad social y seguro de riesgo de trabajo.

CAPÍTULO 8

MARCO DE REFERENCIA PARA LA FORMACIÓN EN RESIDENCIAS MÉDICAS: ESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL Y/O FAMILIAR

Diciembre 2010

Integrantes de la Comisión Consultiva de Medicina General y/o Familiar

Dra. Margarita Alonso - UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

Dr. Boggiano, Horacio - FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA GENERAL

Dra. Bossio, Paz.- MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE JUJUY.

Dra. Ciuffolini, Beatriz.- UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Dra. Fraifer, Sandra - FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL.

Dra. García, Gabriela - MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE.

Dr. Jure, Humberto - UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Dra. Lini, Marina - REPRESENTANTE DE RESIDENTES de la FAMG

Dr. Lozza, Daniel - FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA GENERAL.

Dra. Muñoz, Laura - UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

Dr. Passarini, Rafael - MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA.

Dra. Picón, Gabriela - MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SGO DEL ESTERO.

Dra. Ramos, Marta - MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN.

Dr. Silberman, Pedro - UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

Dr. Vega, Adolfo - MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE LA RIOJA.

Lic. Erica Riquelme DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Lic. Isabel Malamud DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dra. Laura Spagnolo DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

A.G. Dra. Isabel Duré DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

PRESENTACIÓN

La necesidad de contar con un marco que regule y organice el desarrollo pedagógico de las residencias del equipo de salud a nivel nacional, ha determinado el diseño e implementación de un procedimiento de trabajo basado en acuerdos metodológicos y de contenidos, cuyos productos son los marcos de referencia de las residencias. La creación de la Comisión Consultiva de Medicina General y Familiar, en el ámbito de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, es una acción enmarcada en ese proyecto más amplio, que busca normalizar el perfil del egresado en la especialidad de Medicina General y/o Familiar.

La Comisión de Medicina General y/o Familiar se constituyó y comenzó a funcionar en el mes de noviembre del año 2008, desde su inicio participaron de la misma representantes de distintas jurisdicciones, de universidades y de asociaciones profesionales vinculadas con la especialidad. Formaron parte de las reuniones representantes del Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy, del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, del Ministerio de Salud de la Provincia de la Provincia de Santiago del Estero, del Ministerio de Salud de la Provincia de Tucumán, del Ministerio de Salud de la Provincia de La Rioja, del Ministerio de Salud de la Provincia de La Pampa, de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO, de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA, de la UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE, de la UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR; de la FEDERACION ARGENTINA DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL, de la FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA GENERAL DE LA PROVINCIA DE SAN LUIS, de la FEDERACION ARGENTINA DE MEDICINA GENERAL y representantes de residentes de la FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA GENERAL.

El documento Marco de Referencia que se presenta es el producto de un largo proceso de trabajo conjunto, en el cual se revisaron y ajustaron versiones sucesivas reflejando los acuerdos alcanzados.

La comisión organiza sus tareas en el marco de las leyes Nº 22.127, que establece el Sistema Nacional de Residencias bajo un régimen de actividad a tiempo completo y dedicación exclusiva y Nº 17.132 del Ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración; la RM Nº 303/08 del Ministerio de Salud de la Nación, actualmente en vigencia, que reglamenta la actividad de los residentes; y las resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación RM Nº 450/06 mediante la cual se crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud y la RM Nº 1342/07, mediante la cual se aprueban los criterios y estándares básicos para la evaluación de las residencias, el esquema de presentación de programas y los requisitos de inscripción de entidades evaluadoras y la Disposición Nº 29/2010 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, que establece el Instrumento Nacional de Evaluación de Residencias del Equipo de Salud.

Respecto de la autorización para anunciarse como especialista, la Ley Nº 23.873 y su Decreto reglamentario Nº 10/03 determinan las cinco formas de acceder a dicho derecho. Por su parte la RM Nº 1168/97 del Ministerio de Salud, guía el trabajo de diseño del documento, ya que establece que una especialización tiene por objeto profundizar en el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo.

Los Marcos de Referencia para la formación en residencias médicas constituyen una herramienta central del proceso de armonización de la formación en Residencias en tanto establecen los componentes mínimos que tienen que estar presentes en la formación.

El documento está organizado de la siguiente forma:

I. Perfil Profesional: Es la referencia fundamental ya que orienta el proceso formativo especificando las competencias que el profesional desarrollará. Constituye la principal fuente para la identificación de situaciones problemáticas que dicho profesional enfrentará en su accionar cotidiano y que los docentes utilizarán en el diseño de estrategias de enseñanza y aprendizaje. En las distintas áreas de competencia que componen el capítulo se describe y explica cómo las personas operan (procesos) con los datos que poseen (información) para resolver una tarea (ejecución).

II.- Bases Curriculares: Este capítulo está constituido por el conjunto de saberes relevantes que integran el proceso de enseñanza. Se apoyan en el concepto de contenidos, siendo éstos el conjunto de saberes o formas culturales cuya asimilación y apropiación se considera esencial para la formación en las competencias previstas.

III.- Requisitos mínimos para el funcionamiento de la residencia: Define las características que habrán de tener las instituciones formadoras y los servicios asistenciales con los que se vinculen para garantizar los ámbitos adecuados para el desarrollo del proceso formativo.

IV.- Capacidades del egresado de la residencia: Este capítulo estipula los saberes, conocimientos, y prácticas que los egresados de la residencia, deberán haber adquirido en el transcurso de su formación y proporcionará parámetros para la evaluación final de los residentes.

1. PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO GENERAL Y/O FAMILIAR

1.1 Justificación del Perfil

La Medicina General y/o Familiar, en cuanto a su modalidad de formación, es una especialidad básica que requiere título universitario de grado para el ingreso. Constituye una disciplina académica y una especialidad médica que estudia los procesos que inciden tanto en la salud como en la enfermedad del individuo, su familia y la comunidad.

Esta especialidad fue aprobada por el Ministerio de Salud de la Nación mediante Resolución Nº 1923/06 y es reconocida además por todas las jurisdicciones, reflejo de esta situación, es que existen residencias para la formación en la especialidad en todo el territorio argentino.

En el año 2008, la especialidad fue definida por el Consejo Federal de Salud (COFESA) como una de las especialidades prioritarias en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud que el Ministerio Nacional y los jurisdiccionales sostienen como forma privilegiada de provisión de servicios de salud. En función de tales definiciones la especialidad se benefició del redireccionamiento de fondos de financiamiento para cupos de formación en residencias del equipo de salud.

La evolución de las plazas disponibles para residencias de Medicina General y/o Familiar observa una tendencia creciente desde el año 2004 hasta el presente año, en que se concursaron 257 cargos.

El Médico General y/o Familiar es el profesional que, guiado por valores de universalidad,

equidad y solidaridad, reconoce los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención tanto a nivel colectivo como individual en sus dimensiones generales, singulares y particulares. Trabaja en la atención integral, continua y longitudinal de una población con referencia territorial, responsabilizándose del cuidado de la salud en todos los momentos del proceso salud–enfermedad–atención de la comunidad. Realiza intervenciones de carácter promocional, preventivo y asistencial considerando a la persona, como un sujeto, dentro de su contexto familiar y comunitario.

Para la Medicina General y/o Familiar los problemas de salud construidos a partir de la realidad cotidiana deben ser analizados desde las posibilidades que ofrecen para su transformación, en los distintos niveles de intervención. Para tal fin, se toma el modelo de determinaciones, distinguiendo un nivel estructural que establece condiciones particulares de vida en los grupos sociales, que se expresan en las posibilidades de los individuos de disfrutar la vida, enfermar y morir. Cada problema de salud implica entonces posibilidades de intervención en lo singular, lo particular y lo general, según un análisis estratégico.

En el espacio de lo singular, el diagnóstico y el tratamiento clínico debe recrearse para poder tomar en cuenta la subjetividad, la cultura y las condiciones de vida, sin por ello perder la profundidad necesaria para el nivel de intervenciones biológicas. Para abordar determinantes sucesivamente más complejos deben brindarse herramientas de diagnóstico e intervenciones comunitarias como epidemiología social, educación popular, gestión, programación local participativa y planificación estratégica, entre otras.

En la Argentina, los primeros antecedentes de capacitación de postgrado en Medicina General y/o Familiar se remontan a fines de los años 60, y comienzos de los años 70, época en la cual comenzaron a funcionar las residencias médicas de las provincias de Neuquén, Misiones (Oberá), Córdoba (Villa Dolores), Jujuy (Ledesma) y Buenos Aires (Olavarría).

En la década de los años 60, mediante la RM Nº 1778/60 se dispone la adopción del sistema de residencias médicas para los establecimientos asistenciales dependientes del, por entonces, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Este hecho influyó significativamente en la expansión de la oferta de cargos de residentes de todo el país. En este devenir histórico cabe destacar, entonces, algunas experiencias relevantes; como la de la Provincia de Neuquén, que a partir de la década de los años 70, rediseñó y desarrolló el sistema público de salud conforme a los valores y principios de las estrategias de APS, jerarquizando fuertemente el rol del médico general y/o familiar.

En el año 1979 se sanciona la Ley Nº 22.127 que establece el Sistema Nacional de Residencias de Salud instituyéndolo definitivamente como sistema de formación, después de 20 años de funcionamiento en los hechos.

En los años 80, con el regreso de la democracia, luego de los oscuros días de la dictadura militar, se viven momentos de gran participación popular y de una voluntad social de recuperar derechos sociales vulnerados, entre los que el derecho a la salud es uno de los de mayor jerarquía. La construcción de un Sistema de Salud que garantice el derecho a la misma, con calidad y accesibilidad para todos los sectores de la población, se constituye en la misión principal del rol del médico general y/o familiar. Otro antecedente significativo fue la creación e implementación del Programa de Atención ambulatoria y domiciliaria de la salud (Atamdos) desarrollado en la Provincia de Buenos Aires, a mediados de los años 80 durante la gestión del Dr. Floreal Ferrara. La experiencia se estructuraba en base a la conformación de equipos de salud básicos, de dedicación exclusiva, que atendían 300 familias en el centro de salud y en los propios domicilios. Los médicos generales y/o familiares eran parte fundamental del sistema que sólo derivaba casos que no podían atenderse por su complejidad.

Hacia el final de los años 80 se comienzan a generar encuentros de la especialidad fomentados principalmente por los propios residentes con el objetivo de promover la discusión profesional. Los encuentros fueron produciendo mejoras y adelantos para las residencias y para la propia especialidad.

De ese movimiento surgieron dos asociaciones significativas para el desarrollo de la especialidad en el país, la Asociación Argentina de Medicina Familiar (AAMF) y la Asociación Argentina de Medicina General (AAMG) las cuales avanzaron, mediante la confluencia con otras asociaciones provinciales, hacia la constitución de las dos federaciones: Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG), y Federación Argentina de Medicina General (FAMG). Estas federaciones nuclean a las asociaciones provinciales y tienen un importante impacto en la formación y en la investigación, Las mismas producen publicaciones, organizan congresos y eventos científicos; además de interesarse por las condiciones laborales y la formación para el ejercicio de la especialidad.

En la década de los años 90' mediante la ley Nº 23.873 se modifican los artículos 21 y 31 de la Ley Nº 17.132, reconociendo al certificado de residencia completa, de una formación no menor de 3 años de duración, extendido por institución pública o privada reconocida a tal efecto por la autoridad de aplicación como una de las formas de acceso al certificado de especialista. También en la misma década se sanciona la Ley de Educación Superior (Ley Nº 24.521), a partir de la cual, las universidades comienzan con la apertura de carreras de postgrado que otorgan títulos universitarios de especialidad. La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba da inicio a la primera residencia universitaria; y la Universidad Nacional de Rosario da inicio a su carrera de especialista en Medicina General y/o Familiar.

En cuanto al desarrollo de la Medicina General y/o Familiar en el ámbito universitario de grado, se reconocen en el país diversas experiencias. La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires incorporó la materia al currículo con carácter optativo en 1992. Después de 3 años, en 1995, se instituyó como Departamento de Medicina Familiar y finalmente, por Resolución Nº 4685/96 del Rectorado, se decidió remplazar todas las horas del programa curricular obligatorio denominado Módulo de Atención Primaria (MAP), por las asignaturas Medicina Familiar I y II.

En lo que hace a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, en el año 1999 se creó el Departamento de Medicina Familiar. En este espacio la inserción de la medicina familiar en el currículo de grado, adquiere el carácter de materia optativa hasta el año 2006. A partir de 2007 se incorpora al currículo obligatorio con una carga horaria de 224 hs, en la modalidad de Práctica Final Obligatoria. La carrera de Medicina creada en la Universidad Nacional del Sur en el año 2005 es pensada desde sus inicios para la formación de egresados con un perfil preventivista enfocado en la comunidad y con un aprendizaje extrahospitalario importante. La Medicina General y/o Familiar tiene un lugar central en el plan de estudios de la carrera.

Son antecedentes en la concepción/ paradigma de atención en la especialidad:

- *La Declaración de Alma Ata del año 1978, que proclama la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) para llegar a la meta de "Salud para todos en el año 2000", se constituyo en uno de los paradigmas fundamentales no sólo para el desarrollo de la especialidad de Medicina General y/o Familiar, sino para la reformulación de los sistemas de salud.*

- *Los servicios de salud juegan un papel clave en la materialización de muchos de los valores, principios y elementos centrales de un sistema de salud basado en la APS. Los servicios de atención primaria deben ser apoyados y complementados por diferentes niveles de atención especializada, tanto ambulatorios como hospitalarios, así como por el resto de la red de protección social. Por tal razón, los sistemas de atención de*

salud deben trabajar de forma integrada mediante el desarrollo de mecanismos de coordinación de la atención a lo largo de todo el espectro de los servicios, incluyendo el desarrollo de redes y de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

- *Un sistema de salud basado en la APS crea sinergias entre sectores para ayudar a orientar los procesos de desarrollo humano, en ese sentido las estrategias de APS tiene un enorme papel que jugar en la promoción de un desarrollo humano sostenible y equitativo.*

- *El paradigma de la Medicina Social que reconoce su momento fundacional en la Europa de mediados del Siglo XIX, y el de la Salud Colectiva que surge en Latinoamérica a partir de las críticas a la epidemiología clásica, y un nuevo desarrollo conceptual sobre el proceso salud-enfermedad–atención.*

- *En la Argentina es importante recuperar las figuras de Ramón Carrillo, Arturo Oñativia y Julio Maiztegui, como símbolos fundamentales de la medicina argentina que realizaron importantes aportes a la Salud Pública desde una perspectiva que superaba lo biológico y se asentaba en lo social.*

- *Los Informes del Banco Mundial de la década de los años 90 que plantean el Programa de Desregulación de las Obras Sociales como uno de los ejes de las "Reformas del Sistema de Salud", tuvieron importante impacto en la definición del rol del médico general y/o familiar, al otorgarle un lugar central en la contención de costos. Este posicionamiento tuvo importantes consecuencias en el mercado de trabajo médico que influyeron en el proceso de desarrollo de la especialidad.*

- *La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) es un movimiento de la década de los años 60 que se propuso acotar la extrema variabilidad de tratamientos en la atención médica aplicando a éstos los mismos principios que regían la investigación clínica, es decir, la utilización de los datos científicos para fundamentar el accionar de los médicos. La Medicina General y/o Familiar, por su parte, intenta brindar elementos que permitan leer críticamente la literatura médica para proponer los tratamientos más adecuados a las personas, considerando su contexto y realidad social. El Modelo Clínico Centrado en la Persona (MCCP), a diferencia de la atención clínica centrada en la enfermedad, toma en cuenta, además de los aspectos biomédicos en la consulta, la experiencia humana de enfermar, los aspectos subjetivos en la relación médico paciente, e introduce la participación activa del paciente en la toma de decisiones.*

- *Los métodos y procedimientos adoptados en distintos sistemas de salud extranjeros influyeron en el desarrollo de la especialidad. Entre ellos el movimiento de la Salud Colectiva brasileña, los desarrollos de la especialidad en el sistema de salud cubano, el sistema de salud canadiense, así como el español; son los principales ejemplos que se constituyeron en escenarios analizados para realizar aprendizajes. Ellos tienen en común el ser sistemas de salud socializados con una orientación hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.*

Los lineamientos básicos asumidos en el perfil para orientar la formación en la especialidad son:

- *Cuidar de manera integral y continua la salud de la comunidad.*
- *Atender los problemas de salud de abordaje ambulatorio y domiciliario, agudo y crónico, pasivo y activo, de personas, familias y comunidad.*
- *Trabajar en forma interdisciplinaria y en red, integrándose en el equipo de salud.*
- *Ser responsable de un área territorial y poblacional.*
- *Asumir una actitud proactiva.*

- *Brindar cuidados en todas las etapas del ciclo vital en forma integrada, integral y continua.*
- *Gestionar los recursos para el acceso oportuno en instancias de interconsulta y/o derivación.*
- *Participar en la elaboración del perfil epidemiológico, considerando los determinantes sociales de salud de la comunidad.*

1.2 Competencia General:

El Médico de General y/o Familiar está capacitado para cuidar la salud de la comunidad, a la persona y su familia, gestionar el proceso de atención de la salud de la persona, familia y comunidad y participar del proceso de investigación y educación médica continua y permanente.

Áreas de competencia

Las Áreas de Competencia del Médico General y/o Familiar se han definido por actividades profesionales que se agrupan según ámbitos de desempeño y son las siguientes:

- *Cuidar la salud de la Comunidad, lo que implica:*

  Sostener procesos de análisis de la situación local de salud reconociendo la determinación social del proceso salud - enfermedad - atención de modo permanente, determinar las dimensiones de los problemas y necesidades de salud con la comunidad, elaborar y aplicar estrategias de abordaje de los problemas y necesidades sanitarios, evaluar el proceso y los resultados.

- *Cuidar la salud de la persona y su familia, lo que implica: conocer a la persona y su familia, realizando la práctica clínica, jerarquizando los controles de salud y la atención de enfermedades prevalentes, agudas y crónicas de abordaje ambulatorio y domiciliario.*

- *Gestionar el proceso de atención de la salud de la persona, familia y comunidad, lo que implica: situarse y formalizar las relaciones en el marco del Equipo de Salud y en el sistema sanitario, gestionar el sistema de atención, evaluar el sistema de atención en el que está inmerso.*

- *Participar de procesos de investigación y educación médica continua y permanente, lo que implica: Justificar el enfoque adoptado en el proceso de investigación, realizar validación metodológica, elaborar y difundir informes de investigación y participar en acciones de educación médica continua y permanente.*

1.3 Áreas de Competencia y Actividades Profesionales.

Área de competencia 1: Cuidar la salud de la Comunidad

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Sostener procesos de análisis de la situación local de salud reconociendo la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención de modo permanente.	Se desarrollan estrategias de programación participativa. Se dominan las herramientas metodológicas cuali-cuantitativas. Se trabaja interdisciplinariamente. Se integra el Equipo de Salud. Se integra en espacios interculturales. Se conocen las fuentes de información relevantes. Se conocen los datos socioeconómicos, culturales y demográficos de la población a cargo. Se conocen los referentes comunitarios y la organización socio-institucional de la comunidad. Se conocen las barreras de accesibilidad. Se conocen los modos de vida. Se conocen los determinantes sociales de salud y los procesos protectores. Se adopta una perspectiva de evaluación continua. Se registran datos para elaborar el perfil sociosanitario. Se definen indicadores vinculados a los problemas de salud y necesidades consideradas principales. Se tiene en cuenta el estándar establecido para los diferentes indicadores. Se determinan las dimensiones de los problemas y necesidades de salud con la comunidad. Se sostiene un proceso de monitoreo permanente de la información. Se analiza la existencia de redes sociales. Se definen y redefinen los problemas comunitarios y las estrategias de abordaje. Se programan y ejecutan actividades según las necesidades y problemas de la población. Se trabaja en la construcción de vínculos entre el equipo de salud y la comunidad. Se trabaja en redes sociales.
Elaborar y aplicar estrategias de abordaje de los problemas y necesidades de salud.	Se tienen en cuenta los valores de universalidad, equidad y solidaridad. Se tienen en cuenta las capacidades disponibles (económica, de recursos humanos, físicos y tecnológicos). Se evalúa el nivel de sustentabilidad de las propuestas. Se elaboran y utilizan las estrategias adecuadas para la sensibilización y el compromiso comunitario. Se promueve el efectivo ejercicio del derecho a la salud. Se establecen las metas y objetivos de la intervención. Se fortalecen y promueven los procesos protectores que la propia comunidad tiene.
Evaluar el proceso y los resultados	Se toma nota de procesos y resultados. Se contrastan los resultados obtenidos a través de las intervenciones planificadas con los indicadores cualitativos y cuantitativos definidos como principales. Se producen ajustes y mejoras. Se analizan los efectos no buscados. Se registran los logros no previstos. Se redefine el perfil sociosanitario y las metas en función de los resultados obtenidos.

Área de competencia 2: Cuidar la salud de la persona y su familia.

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Conocer a la persona y su familia.	Se trabaja en la construcción de vínculos entre el equipo de salud, la persona y su familia. Se tienen en cuenta las distintas configuraciones estructurales y vinculares de las familias y otras condiciones de vida. Se tiene en cuenta la pertenencia étnica y cultural. Se tienen en cuenta los grupos de pertenencia de la familia. Se tiene en cuenta el contexto en el que vive la familia. Se tiene en cuenta la etapa del ciclo vital familiar.
Realizar la práctica clínica, jerarquizando los controles de salud y la atención de enfermedades prevalentes, agudas y crónicas de abordaje ambulatorio y domiciliario	Se realiza anamnesis y examen físico completo. Se identifica y analiza el listado de problemas de salud detectados. Se utilizan registros adecuados para la práctica de la especialidad, como ser la historia clínica orientada a problemas. Se tiene en cuenta las características propias de cada etapa del ciclo vital individual. Se tiene en cuenta el impacto que tienen los problemas individuales en la dinámica familiar. Se identifican los recursos para la resolución de los problemas de salud. Se construye un plan diagnostico. Se evalúa las necesidad de estudios complementarios. Se realizan diagnósticos diferenciales. Se interpretan los estudios solicitados y se evalúa la necesidad de nuevos estudios. Se realiza diagnostico inicial y se evalúa la necesidad de interconsulta y/o derivación. Se priorizan los controles de salud y enfermedades prevalentes agudas y crónicas. Se elabora el plan de tratamiento. Se realiza el seguimiento de enfermedades crónicas. Se tiene en cuenta la adherencia al tratamiento y se analizan los factores que influyen en su continuidad. Se tiene en cuenta la accesibilidad al tratamiento. Se prescriben indicaciones no farmacológicas. Se prescriben indicaciones farmacológicas con criterios de uso racional de los medicamentos. Se trabaja con abordaje interdisciplinario. Se evalúa la respuesta al tratamiento instaurado, considerando criterios de farmacovigilancia. Se sospechan las enfermedades no prevalentes para su derivación oportuna. Se generan dispositivos de trabajo compartido con otros miembros del equipo de salud, para el seguimiento de pacientes con patologías poco frecuentes, si corresponde. Se conocen las enfermedades profesionales y accidentes laborales más frecuentes, según ocupaciones regionales.

Área de Competencia 3: Gestionar el proceso de atención de la salud de la persona, familia y comunidad.

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Situarse y formalizar las relaciones en el marco del Equipo de Salud y en el sistema sanitario.	Se conocen los principios básicos de las políticas sanitarias nacionales y jurisdiccionales. Se tienen en cuenta los Programas Nacionales y Jurisdiccionales con los que se puede y/o debe trabajar. Se tiene en cuenta el rol del Médico Generalista en el Equipo de Salud. Se asume como especialista del primer nivel de atención. Se tiene en cuenta la conformación del equipo de Salud. Se reconocen las características del sistema en el cual el médico familiar / general trabaja y administra y planifica servicios con un enfoque integral. Se tiene en cuenta el rol del Estado en el sistema de atención. Se conocen los subsectores del sistema de salud. Se tiene en cuenta el enfoque de la medicina social y la salud colectiva. Se define el área de responsabilidad poblacional donde el médico Familiar General y el equipo de salud ejercen su profesión. Se conocen los marcos legales internacionales, nacionales y jurisdiccionales del ejercicio profesional. Se utiliza la información de los análisis de salud regional y local. Se tienen en cuenta los circuitos de referencia y contrarreferencia. Se identifican los riesgos de salud para el equipo de salud, para generar mecanismos de prevención.
Gestionar el sistema de atención	Se tienen en cuenta la composición, el volumen y adecuación del equipo de trabajo en relación con las condiciones demográficas y epidemiológicas locales. Se planifica, organiza y administran los recursos necesarios con el fin de gestionarlos en beneficio de los pacientes, la familia y la comunidad, y el propio equipo de salud. Se tienen en cuenta los criterios de calidad de la atención en la utilización de los recursos existentes. Se tiene en cuenta la relación costo/efectividad. Se analizan las posibles fuentes de financiamiento. Se monitorea el proceso de referencia y contrarreferencia.
Evaluar el sistema de atención en el que está inmerso.	Se supervisa la recolección, elaboración y emisión de los datos periódicos epidemiológicos. Se analizan procesos y resultados. Se analiza la satisfacción de la población destinataria respecto de las acciones realizadas. Se analizan los efectos no deseados y los logros no previstos. Se evalúan posibles ajustes de las estrategias implementadas. Se redefinen metas y objetivos en base a la información recogida.

Área de Competencia 4: Participar de procesos de investigación y educación médica continua y permanente.

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Justificar el enfoque adoptado en el proceso de investigación.	Se contextualiza el objeto del conocimiento con enfoque crítico. Se tienen en cuenta los determinantes sociales del proceso salud – enfermedad Se define el problema. Se prioriza la investigación-acción-participativa, para dar respuesta a las necesidades de la comunidad, en cada contexto. Se define la estrategia de investigación en función del problema, estableciéndose los límites éticos.
Realizar validación metodológica.	Se define el problema. Se utilizan herramientas de investigación cuantitativa y cualitativa. Se identifican y analizan los recursos necesarios para la investigación y las fuentes de financiamiento.
Elaborar y difundir informes de investigación.	Se producen informes parciales, de avance y finales. Se desarrollan estudios exploratorios de tipo histórico, comparativo, etc. (preferentemente cualitativos). Se reconocen nuevos problemas de investigación, nuevas hipótesis, y nuevas acciones. Se gestionan las estrategias y medios para la publicación y presentación de trabajos en congresos / jornadas para la divulgación científica.
Participar en acciones de educación médica continua y permanente.	Se desarrollan actividades docentes y de investigación. Se trabaja en equipo interdisciplinariamente. Se trabaja con la comunidad. Se participa en la capacitación, actualización y educación médica continua en medicina general y/o familiar Se tiene en cuenta las propias necesidades de formación vinculadas a los problemas de la práctica.

1.4 Área Ocupacional

Su área ocupacional es en instituciones de salud del subsector público, privado y seguridad social.

El ambiente natural de la práctica es el primer nivel de atención:

- *Centros de Salud.*
- *Consultorios de Atención Ambulatoria.*
- *Hospital Rural.*

Otros:

- *Instituciones de formación en ciencias de la salud.*
- *Comités Científicos.*
- *Organismos vinculados a la gestión sanitaria (nacional, jurisdiccional, municipal).*

Relaciones funcionales y/o jerárquicas en el espacio social de trabajo:

El médico general y/o familiar se vincula y trabaja con el paciente, la familia y la comunidad integrando un equipo de trabajo local y en colaboración con otros equipos de salud, otros actores sociales institucionales y no institucionales, además de las autoridades sanitarias locales, jurisdiccionales y nacionales.

2. BASES CURRICULARES

En el capítulo anterior se desarrolló el perfil profesional del Médico General y/o Familiar definido en términos de su desempeño en situaciones reales de trabajo. A tal fin, la referencia principal la constituyen los procesos de trabajo que se han de realizar en el área de salud.

En este segundo capítulo se formulan los contenidos básicos y se explicitan algunos criterios y definiciones para la formación correspondiente a la Residencia de Medicina General y/o Familiar.

En este nivel de concreción curricular quedan establecidos los saberes que el Ministerio de Salud y la comisión de trabajo definen como marco para la especialización en Medicina General y/o Familiar, ad referéndum del Consejo Federal de Salud.

2.1 Bloques Transversales

Bloque 1: Estado, Sociedad Y Culturas

Los Estado-Nación modernos: surgimiento histórico y características fundamentales. El desarrollo del "Estado de Bienestar", crisis del Estado de Bienestar. Neoliberalismo, neoconservadurismo. El debate contemporáneo sobre el rol social del Estado. Bloques regionales. Poder político y dominación.

Ciudadanía. Derechos civiles, derechos sociales, derechos culturales. Derecho positivo. Derechos humanos. Derecho a la salud.

El concepto de "cultura": diversas perspectivas disciplinares para su comprensión teórica. La diversidad cultural: Interculturalidad. Migraciones (Población Migrante).

El trabajo como actividad social fundamental. Salud y trabajo. Ley Nº 19.587, de Seguridad e Higiene en el trabajo. La división social del trabajo. Mecanización del trabajo. Modelos de organización del trabajo. El derecho al trabajo y las transformaciones neoliberales.

El trabajo como realización de un proyecto vital y el trabajo como alienación. Nuevas calificaciones laborales: especialización y polivalencia. Relaciones de producción y transformaciones en las relaciones de género. Modos de asociación política en torno al mundo del trabajo: corporaciones profesionales, sindicatos, asociativismo, autogestión y perspectiva de trabajo desde los pueblos originarios.

Bloque 2: Comunicación

La comunicación humana: característica y enfoques analíticos. Comunicación y salud. Modelos de comunicación. Distintas modalidades de comunicación según sus ámbitos y fines. Planificación de dispositivos de comunicación oral y escrita en soportes y registros diversos. Modalidades de comunicación científica. Tipos de textos. Géneros. La construcción del texto científico. Redes.

Modelo comunicacional: Escucha. Comprensión. Herramientas informáticas en salud.

Inglés técnico aplicado al área de competencia.

Bloque 3: Salud Pública

Proceso de salud – enfermedad. Evolución histórica del concepto de salud. Concepción integral del proceso salud - enfermedad. Factores sociales, económicos, culturales y psicológicos intervinientes.

Medicina Social. Salud colectiva. Interdisciplinariedad, intersectorialidad e interculturalidad en el trabajo del Equipo de Salud.

Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Epidemiología. Desarrollo histórico del concepto. Campo de aplicación al área de salud. Monitoreo y vigilancia epidemiológica. Conceptos de riesgo y grupo vulnerable. Concepto de prevención. Niveles. Estudio y control de brotes epidémicos. Perfiles epidemiológicos nacionales, regionales, locales. Epidemiología crítica. Nuevos paradigmas. Estadística descriptiva y analítica.

Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades. Foco de las intervenciones, objetivos, actores intervinientes, metodologías. Fortalecimiento de la acción comunitaria. Responsabilidades individuales y políticas de Estado en la construcción de estilos de vida saludables. Interdisciplinariedad e intersectorialidad en la promoción de la salud. Educación para la Salud. Diferentes perspectivas y enfoques. Los medios masivos, las instituciones comunitarias, las instituciones educativas, los servicios de salud. Herramientas para el diseño de un programa educativo de salud.

Bloque 4: Organización y Gestión de Instituciones de Salud

Políticas Nacionales de Salud. Políticas universales y focalizadas. Organización de la atención de la salud. Regionalización de los efectores de Salud. Programas de Salud. Rol de los organismos internacionales relacionados con la Salud. OMS. OPS. Salud pública. Características generales. Fines y objetivos. Funciones esenciales (OPS/OMS).

Organizaciones. Concepto. Perspectiva histórica. Organizaciones modernas. Organizaciones de salud. Fines de la organización y su relación con el contexto.

Los sistemas de salud. Organización sanitaria. Estructura del Sistema Sanitario en la Argentina. División del trabajo y la especialización. Estructuras orgánicas y funcionales. Los servicios de salud. Legislación aplicada al sector. Los manuales de procedimientos, protocolos y guías de práctica. Concepto de calidad en los Servicios de Salud. Modelos de internación.

La seguridad social. Salud y desarrollo. La salud como responsabilidad del Estado. Inversión en el marco de las políticas públicas. Las reformas de los sistemas de salud en la región y su incidencia sobre las instituciones y los servicios de salud en la Argentina.

Planificación. Planificación estratégica y participativa. Organización de objetivos y determinación de prioridades. Asignación de recursos humanos, educativos, materiales y financieros. Diseño del plan de acción y evaluación de progresos y resultados.

Concepto de equidad, accesibilidad y de calidad de los servicios de salud. Accesibilidad a medicamentos. Industria Farmacéutica. Uso racional de medicamentos. Farmacovigilancia. Medicamento esencial Fármaco por monodroga / genérico. Producción pública de medicamentos y vacunas.

Centralización y descentralización: Conceptos. Su relación con el proceso de toma de decisiones. Descentralización. Organizaciones de salud de gestión pública y de gestión privada.

Las relaciones de poder y autoridad. Conceptos de poder, autoridad, funcionalidad y responsabilidad. Las relaciones de poder y autoridad en las organizaciones de servicios de salud.

Grupos y equipos de trabajo. Liderazgo: estilos. El trabajo en equipo. Delegación. Negociación. Grupos sociales en las instituciones sanitarias.

Bloque 5: Actitudes Relacionadas con el Ejercicio Profesional

Actitudes y desarrollo profesional. Ética. Distintas conceptualizaciones. Códigos de bioética. Bioética e investigación. Actitud crítica hacia las consecuencias éticas y sociales del desarrollo científico y tecnológico. Caracterización, delimitación y alcances del quehacer tecno-científico en las sociedades en general, y en el mundo del trabajo en particular. La investigación científico-tecnológica, hacia la investigación – acción, en la construcción de conocimiento. Disposición y apertura hacia la Investigación científico-tecnológica. Cooperación y asunción de responsabilidades en su tarea diaria. Valoración del buen clima de funcionamiento grupal centrado en la tarea. Valoración del trabajo cooperativo y solidario. Valoración de la Educación Permanente. Responsabilidad respecto de la aplicación de las normas de seguridad.

Historia de la Medicina. Ejercicio legal de la profesión. Responsabilidades del Médico con el sujeto de atención. Certificados Médicos. Peritaje médico legal. Deberes, derechos y obligaciones del Médico. Secreto profesional. Nociones básicas de obligación y responsabilidad civil y penal. Responsabilidad profesional. Códigos de ética internacional y nacional. Comités de bioética intrahospitalarios: estructura y funciones. Sistema de Residencias. Marco jurídico. Formas de acceder al título de Especialistas.

Bloque 6: Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo

Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CYMAT). Incidencia de las CYMAT en la organización y sus procesos. Condiciones de trabajo, modalidades de relación laboral y sus efectos.

Las condiciones de trabajo. La organización, el contenido y la significación del trabajo. Duración y configuración del tiempo de trabajo. El Residente y su especial inserción como formando y trabajador. El sistema de guardias. Ergonomía de las instalaciones, útiles y medios de trabajo. Las condiciones de trabajo y sus efectos en la salud y en la formación.

La carga de trabajo y sus dimensiones.

El medio ambiente donde se desenvuelve el trabajo. Medio ambiente físico (instalaciones, ruidos, iluminación, radiaciones, entre otros); medio ambiente químico (gases, polvos, y otros); medio ambiente biológico (virus, bacterias, hongos, parásitos, picaduras y mordeduras de animales e insectos). Factores tecnológicos y de seguridad. Clima organizacional.

Bioseguridad. Principios básicos de bioseguridad. Normativas nacionales (ANMAT, ARN, entre otras) e internacionales (OMS, OPS, entre otras). Control de los equipos y materiales a utilizar. Esterilización. Medidas de seguridad a tener en cuenta. Manejo de material radiactivo. Bioseguridad desde el aspecto legal. Residuos. Gestión de residuos. Tratamiento. Disposición final.

Aspectos legales. Leyes sobre enfermedades transmisibles y no transmisibles, leyes y regímenes jurisdiccionales al respecto.

2.2 Bloques Propios de la Especialidad

Bloque 7: Salud Integral del Niño

Salud integral del Recién Nacido

Aspectos Sociales, Sanitarios y Culturales

Estrategias de intervención familiar y comunitaria.

Programas materno-infantil nacionales, provinciales y municipales.

Perfil demográfico y epidemiología de la morbi-mortalidad materno-infantil.

Organización familiar y preparación de la familia para el nuevo integrante.

Evaluación del riesgo para el recién nacido, la familia y el entorno. Factores como facilitadores y/o obstaculizadores para el desarrollo infantil.

Articulación de la red de servicios en función a la perineonatología. Relación interinstitucional para el seguimiento del recién nacido en el primer nivel de atención.

Control de Salud

Atención preconcepcional y perinatal por médica/o generalista.

Recepción del recién nacido: Normas nacionales de calidad de atención .Identificación del recién nacido. Leyes vinculadas al parto y la recepción del recién nacido. Examen Físico. Detección de signos y síntomas clínicos. Situación social y familiar, análisis del riesgo. Preparación de la familia para el alta. Criterios de alta del recién nacido y la familia. Rastreo según normas. Inmunizaciones.

Atención del recién nacido y la familia en el primer nivel de atención: Examen general, por aparatos y sistemas. Uso apropiado de las tecnologías. Puericultura. Evaluación del crecimiento y desarrollo normal: Usos de instrumentos para el crecimiento y desarrollo. Alimentación: Lactancia materna.

Muerte súbita: Consejerías sobre los factores protectores y de riesgo con relación a la muerte súbita. Prevención de accidentes domiciliarios, vía pública e intoxicaciones. Consejería domiciliaria.

Problemas y Patologías Prevalentes

Manejo del parto imprevisto. Atención básica de partos imprevistos con posiciones distócicas.

Pautas de atención y seguimiento del recién nacido pretérmino. Seguimiento ambulatorio del niño/a con bajo peso al nacer y prematuros.

Reconocimiento y conducta inicial ante un traumatismo fetal en el parto. (Lesiones, fracturas, parálisis, etc.)

Mala progresión de peso. Llanto en el recién nacido. Ictericias y problemas metabólicos

Reconocimiento y conducta inicial ante un recién nacido en situaciones especiales: post-término, hijo de madre chagásica, GEG, hijo de madre diabética, hijo de madre VIH, recién nacido VIH, el recién nacido en ambiente tabáquico.

Síndrome febril.

Reconocimiento y conducta inicial ante Infecciones potencialmente fatales congénitas y/o adquiridas (Infecciones TORCH, varicela, infección SBHGA, etc. y sepsis)

Identificación de patologías potencialmente fatales (atresias de coanas, otras malformaciones, etc.)

Atención de urgencias y emergencias en el primer nivel de atención: Muerte inminente. Muerte súbita, Paro cardio-respiratorio, Traumatismo craneoencefálico grave. Derivación oportuna. Traslado del neonato. Situaciones especiales. Soporte vital y avanzado del neonato.

Uso racional de medicamentos en el recién nacido y en la lactancia materna.

Problemas por aparatos y sistemas frecuentes.

Urgencias alimentarias: Concepto de Emergencia médica ante el riesgo de suspensión de la lactancia materna. Criterios de alimentación con leche de fórmula.

Niño/a en situación de abandono.

Salud Integral del Niño a partir del 1er mes

Aspectos Sociales, Sanitarios y Culturales

Demografía y epidemiología: Demografía del niño menor de 6 años. Tasa de Natalidad. Tasa de mortalidad infantil. Tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5). Perfil de morbimortalidad del niño menor de 1 año y del niño de 1 a 6 años, el niño de 6 a 12 años. Indicadores epidemiológicos socio-sanitarios.

Desarrollo integral: físico, intelectual, moral y psicosocial. Conceptos de familia. Riesgo sociosanitario. La participación de la familia y la comunidad en el desarrollo del niño. Comienzo de la escolarización. Salud escolar. Deserción escolar. Niños en situación de calle. Trabajo infantil.

Gestión de los Servicios de Salud

Estrategias para el incremento del control del niño sano y del niño en edad escolar.

Barreras administrativas y económicas para la atención asistencial y preventiva del niño.

El equipo de salud para la atención asistencial y preventiva del niño.

Control de Salud

La Historia Clínica Pediátrica.

Crecimiento y desarrollo: Maduración psicomotriz. Instrumentos de valoración del crecimiento y desarrollo. Signos de alarma. Control auditivo y oftalmológico. Control de salud bucal. Evaluación osteoarticular.

El control de salud escolar. La libreta sanitaria infantojuvenil. Problemas de aprendizaje y conducta.

Promoción de salud: Puericultura. Calendario de vacunación. Situaciones especiales, Vacunas fuera del calendario. Accidentes del hogar.

Alimentación: Lactancia materna, Alimentación artificial, Suplementos alimentarios. Alimentación saludable. Prevención de trastornos alimentarios.

Patologías y Problemas de Salud Prevalentes

Alteraciones genéticas.

Desnutrición: Tipos de desnutrición. Rehabilitación nutricional. Abordaje individual, familiar y comunitario, interdisciplinario e intersectorial.

Obesidad. Bulimia y anorexia. Síndrome anémico. Deshidratación.

Problemas cardíacos: Detección cardiopatía congénita, Insuficiencia cardiaca e Hipertensión del niño.

Problemas respiratorios altos y bajos. Otitis media aguda, Faringitis, Catarro de vías aéreas superiores, Síndrome bronquial obstructivo, Neumonías según edad, Tuberculosis y otros.

Problemas Digestivos: Diarrea aguda y crónica, Vómitos, Constipación, Síndrome de mala absorción, Hepatitis y otros.

Parasitosis internas. Otras infecciosas prevalentes: Chagas infantil Leishmaniasis, Cólera, Fiebre amarilla.

Problemas dermatológicos: Escabiosis, Dermatitis del pañal, Dermatitis seborreica, Pediculosis, Micosis e impétigo. Enfermedades exantemáticas.

Discapacidad.

Problemas psicosociales en niños. Violencia: maltrato, abuso, otras formas. Consumo problemático de drogas en niños.

Emergencias y urgencias: Crisis convulsiva, Politraumatismo, Shock hipovolémico, Septicemias, Insuficiencia respiratoria grave, Quemaduras. RCP pediátrico.

Problemas quirúrgicos más frecuentes en menores de 12 años.

Problemas odontológicos: Dentición, Técnicas de cepillado y alimentos saludables. Primer molar permanente a los 6 años y recambio de piezas. Caries. Traumatismos dentales.

Aspectos complementarios de otras disciplinas no médicas

Nociones de farmacología pediátrica.

Técnicas básicas de Kinesiología y fisioterapia en niños.

Bloque 8: Salud Integral del Adolescente

Aspectos Sociales, Sanitarios y Culturales

Demografía. Perfil de morbimortalidad. Perfil epidemiológico.

Abordaje de la Salud Integral del Adolescente.

Promoción y Protección de la salud. Actividad física y deportes del adolescente.

Control de Salud

Captación y seguimiento de adolescentes del área de responsabilidad. Calidad de vida. Bienestar físico, mental, espiritual y social. El adolescente y la consulta médica.

Historia clínica del adolescente. Ficha del Centro Latinoamericano de Perinatología CLAP OPS-OMS.

Datos personales. Antecedentes personales. Antecedentes familiares. Familia. Diagrama Familiar-Vivienda. Trabajo. Vida social. Hábitos alimentarios. Evaluación ginecourológica. Salud sexual y reproductiva. Desarrollo del adolescente. Situación psicoemocional. Autoestima. Consumo de alcohol y uso de drogas.

Examen Físico: peso, talla, piel, faneras, agudeza visual, auditiva, boca y dientes, cuello, tiroides, tórax, mamas, cardiopulmonar (TA), abdomen, Tanner, columna y extremidades.

Evaluación Diagnóstica Integral. Interconsultas pertinentes. Inmunizaciones. Consejería Integral.

Patologías y Problemas Prevalentes

Infecciones Respiratorias Agudas. Enfermedades Dermatológicas. Alergias. Infecciones del Tracto Urinario. Enfermedades del Tracto Intestinal. Constipación. Diarrea. Gastritis.

Trastornos alimentarios, Anorexia, Bulimia, Desnutrición, Obesidad, Síndrome cardio metabólicos. Dislipemias. Diabetes.

Abordaje del adolescente con patologías crónicas y con capacidades diferentes Trastornos de conductas psicosociales. Consumo problemático de drogas: Alcohol, tabaco y otras sustancias, detección precoz. Violencia familiar, en escuelas, entre pares, en la calle. Accidentes, problemas de aprendizaje y conducta, maltrato, situación de calle, trabajo infantil, deserción escolar.

Embarazo adolescente y abortos. Anticoncepción en situaciones especiales. Derecho y sexualidad. Enfermedades de Transmisión Sexual. Prostitución.

Bloque 9: Salud Integral de la Mujer

Aspectos Sociales, Sanitarios y Culturales

Perfil de morbimortalidad.

Perspectiva de género: Formas de la violencia de género.

Derecho a la elección de la maternidad.

Centro de salud amigo de la madre y el niño.

Maternidad segura.

Ley de protección a la lactancia materna.

Ley nacional Nº 25.929 Derechos de los padres y de la persona recién nacida.

Control de Salud

Semiología Gineco - Obstétrica. Examen genitomamario.

Rastreo de detección de cáncer genitomamario. PAP y toma de muestra de exudado vaginal (triple toma vaginal).

Anticoncepción: Consejería. Métodos y práctica. Tratamientos hormonales, DIU, Anticoncepción de Emergencia, métodos de barrera. Métodos anticonceptivos en situaciones especiales. Consejería en anticoncepción quirúrgica.

Climaterio. Tratamiento hormonal sustitutivo

Acompañamiento de la mujer antes, durante y después del embarazo: Detección precoz del embarazo en los extremos de la vida reproductiva. Atención preconcepcional, historia clínica perinatal: Normas nacionales del control prenatal. Preparación integral para la maternidad. Detección de riesgo. Control prenatal de bajo riesgo. Rastreo, seguimiento y derivación oportuna.

Fármacos en el embarazo, puerperio y lactancia. Trabajo de parto, parto y puerperio normales. Parto humanizado.

Lactancia.

Problemas y Patologías Prevalentes

Vulvovaginitis, cervicitis, lesiones benignas.

Prurito. Distrofia, EPI, Enfermedades de transmisión sexual, Alteraciones del ciclo, tumores anexiales, endometriosis, dismenorrea,

Patología mamaria no oncológica, mastalgia.

Incontinencia urinaria. Diagnóstico diferencial.

Infertilidad: detección y abordaje de estudio inicial a la pareja; derivación apropiada.

Dispareunia y otras disfunciones sexuales. Cervicitis.

Prolapso genital. Menopausia precoz.

Problemas frecuentes durante el embarazo.

Derivación oportuna del embarazo y parto con complicaciones.

Aborto. Aborto no punible Consejería. Aspectos legales, políticos, éticos, culturales y psicológicos.

Bloque 10: Salud Integral del Adulto

Aspectos Sociales, Sanitarios y Culturales

Demografía y epidemiología: Demografía del adulto joven y el adulto maduro en la región geográfica. Perfil de morbimorbilidad. Perfil ocupacional en la región. Desocupación. Subocupación.

Trabajo informal. Enfermedad ocupacional.

Conceptos de familia. Estilos de vida.

Gestión de los Servicios de Salud:

Estrategias para el incremento del control de salud.

Barreras administrativas y económicas para la atención asistencial y preventiva.

Conformación del equipo de salud según grupo etario y/o género.

Control de Salud

Desarrollo integral: físico, intelectual, moral y psicosocial. Evaluación física y funcional: Control de estado nutricional. Evaluación de piel y faneras. Control de visión, audición, vías aéreas superiores y control bucal. Control de tiroides, de carótida, yugular, de sistema linfoganglionar, de columna cervical. Examen de aparato respiratorio y cardiovascular, Control de presión arterial. Evaluación de columna dorsal. Examen de mama en la mujer. Examen de aparato digestivo, renal y sistema genitourinario, evaluación de región lumbosacro coccígea. Control de la marcha, evaluación, pulsos, sistema linfoganglionar. Evaluación reumatológica Examen del sistema músculo esquelético: Motilidad, tono y fuerza muscular. Examen de sensibilidad y pares craneales.

Instrumentos para la evaluación emocional, psíquica y estado cognitivo

Instrumentos para la evaluación de la situación familiar y social: Nivel de instrucción, situación laboral. Rastreo y abordaje de alcoholismo, Abuso de otras sustancias, Violencia familiar, Violencia en los adultos.

Promoción de Salud

Programa de Detección Precoz de Riesgo Cardiovascular. Detección de tabaquismo, obesidad, diabetes, hipertensión arterial y síndrome metabólico.

Derecho a la elección de identidad sexual.

Detección y orientación a alimentación saludable y actividad física

Inmunización del adulto: doble adulto, Hepatitis B, Antigripal y antineumocócica. Triple viral para mujeres en edad fértil.

Problemas y Patologías Prevalentes

Problemas sistémicos: Fiebre, astenia, adenomegalias, pérdida de peso involuntaria, mareos, vértigo, síncope, dolor torácico, disnea, edema de MMII, ascitis de origen desconocido, hipo, náuseas y vómitos. Síndrome mononucleosiforme. VIH-SIDA.

Problemas respiratorios: Tos, Hemoptisis, Cianosis. Infecciones respiratorias bajas, Asma bronquial, EPOC, TBC, Cáncer de pulmón. Indicaciones e interpretación de métodos complementarios -radiografía de tórax, espirometría, TAC.

Problemas cardiovasculares: Palpitaciones, Soplos, Dolor precordial. HTA, Síndrome coronario, Fibrilación auricular y otras arritmias. Insuficiencia cardiaca congestiva. Miocardiopatía. Evaluación el riesgo cardiovascular. Indicaciones e interpretación de métodos complementarios: ECG, Ecocardiograma, Prueba de esfuerzo, Holter.

Problemas gastrointestinales: Dolor abdominal, Dispepsia, Ictericia, Disfagia, Alteraciones del hábito intestinal (diarrea aguda y crónica, constipación). Reflujo gastro-esofágico. Enfermedad ulcerosa. Litiasis biliar. Enfermedad intestinal inflamatoria. Colon irritable. Síndrome de mala absorción. Enfermedad diverticular. Enteroparasitosis. Cáncer digestivo. Hepatopatías: hepatitis, insuficiencia hepática, cirrosis. Patología anorrectal. Problemas de la pared abdominal. Indicaciones e interpretación de métodos complementarios: radiología; pruebas de laboratorio; técnicas de endoscopia; TAC.

Problemas infecciosos regionales: Chagas, Toxoplasmosis, Triquinosis, Hidatidosis, Dengue, Fiebre hemorrágica argentina, Hantavirus, Brucelosis, Paludismo, Leishmaniasis, Cólera, Fiebre amarilla.

Problemas de nariz, garganta y oído: Obstrucción nasal, insuficiencia respiratoria nasal, Otalgia, Hipoacusia, Acufenos, Odinofagia, Trastornos de la voz. Infecciones respiratorias altas. Indicación de métodos complementarios en ORL (audiometría, RX de senos y cavum). Manejo de técnicas: otoscopia, Extracción de tapón de cerumen, Taponamiento nasal anterior.

Problemas oftalmológicos: Ojo rojo, Ojo seco, Disminución de agudeza visual, Alteraciones palpebrales, Dolor ocular, Moscas volantes. Retinopatía hipertensiva y diabética. Interpretación de fondo de ojos. Técnica de extracción de cuerpo extraño.

Problemas nefro - urológicos: Disuria, Cambios en la coloración de la orina, Prostatismo. Hematuria, Proteinuria. Infección urinaria. Litiasis renal. Insuficiencia renal aguda y crónica. ETS. Hiperplasia prostática benigna, Prostatitis. Epididimitis, Balanitis, Uretritis. Disfunción eréctil. Incontinencia urinaria. Cáncer renal, vesical y prostático.

Problemas neurológicos: Convulsiones, Cefalea, Algias faciales, Paresias, Parestesias. Meningitis, Encefalitis. Trastornos isquémicos transitorios. Accidente Cerebro Vascular y manejo de las secuelas. Enfermedad desmielinizante, Enfermedad neuromuscular. Neuropatías, Tumores cerebrales.

Problemas dermatológicos prevalentes: lesiones de piel, mucosas y anexos. Acné, Hidrosadenitis. Piodermitis. Alopecias, Foliculitis, Dermatitis, Psoriasis. Nevus. Manifestaciones dermatológicas de enfermedades sistémicas. Cáncer de piel.

Problemas endocrinológicos: Síndrome metabólico; Hirsutismo, Obesidad. Diabetes; Dislipemias; Problemas tiroideos: Hipotiroidismos e hipertiroidismo. Bocio nodular y difuso. Nódulo tiroideo.

Problemas hematológicos: Alteraciones de los parámetros del laboratorio (anemia, poliglobulia, leucocitosis, leucopenia, trombocitopenia, eosinofilia). Púrpuras. Trastornos mieloproliferativos. Neutropenia febril.

Problemas musculoesqueléticos: Dolor de columna (cervical, dorsal y lumbar); artralgias, artritis, hombro doloroso, dolor muscular, Osteoporosis, Osteoartrosis, Fibromialgia reumática.

Problemas de los trabajadores: problemas relacionados al trabajo: Neumoconiosis, Esterilidad, Trastornos auditivos y visuales, cardiológicos, respiratorios, dermatológicos, musculoesquelético. Problemática de los trabajadores sexuales.

Problemas de salud mental: Depresión, ansiedad, distimia e insomnio. Fobias. Detección de problemas psiquiátricos mayores. Suicidios.

Problemas oncológicos: Paciente con cáncer; Control de los síntomas en cuidados paliativos, dolor, náuseas, vómitos, constipación. Muerte, duelo y familia.

Urgencias y emergencias: Reanimación cardiopulmonar. Politraumatismo. Traumatismo cráneo-encefálico. Fracturas, Esguinces, Luxación. Rotura total de músculo. Shock anafiláctico. Tromboembolismo pulmonar agudo, Neumotórax, Crisis de asma grave, Derrame pleural, EPOC descompensada, Edema agudo de pulmón. Insuficiencia respiratoria aguda. Urgencia y emergencia hipertensiva. Isquemia arterial aguda; Trombosis venosa profunda. Dolor abdominal agudo. Hemorragia digestiva. Deshidratación. Urgencias en el diabético: Coma hiperosmolar, Cetoacidosis diabética, Hipoglucemia. Crisis tirotóxica, coma mixedematoso. Sepsis. Retención aguda de orina. Síndrome escrotal agudo. Epistaxis. Cuerpo extraño en fosas nasales, oído, laringe. Pérdida visual aguda. Traumatismo oftalmológico. Heridas y mordeduras. Intentos de suicidio, Agitación psicomotriz, Crisis psicótica, Cuadros de manía e hipomanía. Ahogado. Electrocución.

Bloque 11: Salud Integral del Adulto Mayor

Aspectos Sociales, Sanitarios y Culturales

Perfil demográfico y de morbimortalidad.

Costos en salud en el adulto mayor: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Seguridad Social, Gestión de Calidad en la Atención del adulto mayor, Normativas Generales de las Instituciones Geriátricas. Normativa nacional y local.

Viviendas y Ciudades Saludables y Amigables para el adulto mayor –Barreras arquitectónicas. Lugares públicos abiertos y cerrados-.

Abordaje de la salud integral de los ancianos por el equipo de salud. Visita domiciliaria. El anciano geriatrizado. Internación domiciliaria.

Control de Salud

Concepto de adulto mayor o anciano (OMS): Anciano sano. Anciano enfermo. Ancianos en situación de riesgo. Anciano geriátrico.

Promoción de salud con enfoque poblacional: Prevención primaria, secundaria y terciaria en el adulto mayor. Revalorización del adulto mayor en la familia. Reinserción social. Sexualidad en el adulto mayor. Actividades Saludables: Físicas, recreativas. Comunicacionales, nutricionales. Cesación de hábitos tóxicos.

Aspectos psicológicos del envejecimiento. Características fisiológicas del envejecimiento. Evaluación física, cognitiva, emocional y social.

El examen de salud en el adulto mayor y estudios complementarios de rutina - exámenes de aparato visual, auditivo, marcha- evaluación de las AVD y las AIVD. Continencia urinaria y estado nutricional.

Problemas y Patologías Prevalentes

Trastornos de la marcha. Enfermedad de Parkinson, Caídas, Osteoporosis, Fractura de cadera y vértebras. Inmovilidad. Inestabilidad. Incontinencia.

Deterioro cognitivo: Demencia, Enfermedad de Alzheimer, Alteraciones del sueño. Depresión. Infecciones: respiratorias, urinaria, de piel y otras.

Problemas visuales y auditivos.

Diabetes.

Hipertensión arterial. Enfermedad isquémica. Enfermedad Vascular Cerebral.

Enfermedad articular degenerativa en el Adulto Mayor.

Hipertiroidismo. Hipotiroidismo.

Anemias.

Accidentes en el hogar. Accidentes en el entorno.

Problemas Oncológicos.
Alteraciones nutricionales. Deshidratación.

Iatrogenia. Sobrediagnóstico. Subdiagnóstico.

Farmacología en el adulto mayor. Acceso al medicamento. Polifarmacia.

Alteraciones de la sexualidad.

Problemas Neurológicos.

Problemas Reumatológicos.

Problemas Traumatológicos.

Problemas Urológicos.

Patologías de la mujer en la tercera edad.

La violencia a los ancianos: económica, física, emocional, abandonos Institucional y/o familiar. Detección. Abordaje.

Cuidados paliativos.

Atención del paciente Terminal.

Salud Mental en el adulto mayor.

3. REQUISITOS MÍNIMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA RESIDENCIA

3.1 Carga Horaria

La Residencia de Medicina General y/o Familiar tiene una duración prevista de tres (3) años.

La carga horaria total para adquirir las competencias es de seis mil ochocientas sesenta y cuatro (6864) horas totales.

El número máximo de guardias por semana no deberá exceder el numero de dos (2) por semana, siendo las mismas preferentemente de doce (12) horas, con un descanso efectivo posterior de un mínimo de seis (6) horas corridas.

Las guardias deberán estar separadas como mínimo por veinticuatro (24) horas.

Este esquema de distribución de guardias debe desarrollarse en el transcurso de todo el programa de la residencia no existiendo diferencias por año de formación.

3.2 Rotaciones Obligatorias

Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Tocoginecología y Pediatría: Debe representar el 30% de la formación, repartido en un 70% de consultas ambulatorias y el 30% en internación.

Rotaciones definidas por cada jurisdicción de acuerdo con las necesidades regionales: Debe representar el 20% de la formación, siendo su totalidad en consultas ambulatorias.

Rotación Optativa: dos (2) Meses.

Para las rotaciones especiales obligatorias, cada jurisdicción deberá asegurar el traslado, la comida y el hospedaje.

3.3 Características de la Oferta Formativa

El ambiente natural de la práctica es el primer nivel de atención: Los centros de salud, consultorios externos, hospitales rurales y de mediana complejidad deben representar el 50% de la formación.

En vista de que las características prestacionales de los centros se traducen en oportunidades de formación para los residentes, es que se establecen parámetros que garanticen una formación sólida y completa. Los centros que no ofrezcan la oportunidad de realizar la practica mínima indispensable para la formación en la especialidad, podrán establecer convenios con otras instituciones para cumplimentar los requisitos exigidos pero siempre respetando una estructura básica.

- *Un médico de planta con certificación en la especialidad en horario de 8 a 17hs.*
- *Acceso a servicios de diagnostico (laboratorio e imágenes).*
- *Acceso a interconsulta.*
- *Equipo de Salud básico para la especialidad.*

Los centros sede de la residencia tendrán que ofrecer acceso:

- *Biblioteca y/o acceso a base de datos sin costo para el residente.*
- *Aula.*
- *Condiciones de alojamiento para el residente: Dormitorio, baño y comida (durante el horario de trabajo).*

3.3.1 Evaluación de los residentes:

La evaluación del desempeño de los residentes es un elemento central de la formación que requiere ser pensada y desarrollada en concordancia con la propuesta formativa.

Esto supone:

- *Asumir de manera sistemática la función orientadora y reguladora de la evaluación, lo cual requiere definir parámetros, diseñar instrumentos, recoger información, juzgar el desempeño, dar orientaciones claras sobre avances, dificultades e instancias remediales.*
- *Incorporar distintas y variadas instancias de evaluación a fin de aumentar su confiabilidad y disminuir los sesgos personales que intervienen en dicho proceso.*

El sistema de evaluación del desempeño de los residentes, debería contemplar como mínimo los siguientes momentos:

- *Evaluación anual integradora de carácter teórico practico.*
- *Evaluación post rotación de carácter teórico practico.*
- *Evaluación final de la residencia de carácter teórico practico.*

3.3.2 Condiciones de contratación mínimas:

Contratación Básica: Beca de formación con seguridad social.

3.3.3 Prácticas:

Los residentes tendrán que tener oportunidad de realizar las siguientes prácticas y procedimientos en el transcurso de su Residencia:

Número mínimo / máximo de pacientes que debiera atender un residente:

Ambulatorio: 30/60 consultas por semana. En media jornada de 4 horas. (Distribuida en: Demanda espontánea: 20/40 - Consulta programada: 10/20).

En rotaciones por servicios con internación: 2/4 camas de internación por semana a cargo del residente.

Cuidado de la comunidad: 3/6 hs. por semana.

Distribución deseable de las actividades del residente (por área de competencia):

Cuidado a la comunidad 20%.

Cuidado a la persona y su familia 45%.

Gestionar el proceso de atención de la persona, familia y comunidad 10%.

Investigación y educación médica continua y permanente 25%.

Situaciones Problema más frecuentes de la especialidad:

Análisis de situación de salud.

Controles de salud de todos los grupos etarios.

Construcción de hábitos y comunidades saludables.

Enfermedades prevalentes territoriales (criterios de atención ambulatorio y domiciliario seguimiento y criterios de interrelación interinstitucional).

Urgencias y emergencias (tratamiento inicial, criterios de derivación relativa y absoluta y seguimiento).

3.3.4 Equipo de salud para la especialidad de Medicina General y/o Familiar:

Equipo Básico:

Médico General y/o Familiar.

Enfermero.

Agente Sanitario / Trabajador Social.

Administrativo.

Consultores de referencia:

Psicólogo.

Fonoaudiólogo.

Nutricionista.

Odontólogo.

Epidemiólogo.

Especialidades médicas básicas.

3.3.5 Conformación del Programa y Equipo Docente:

Comité de Docencia.

Coordinador y/o Director por sede de residencia.

Responsable del Programa.

Instructor Docente.

Supervisión:

Jefe de Residente: La relación recomendada deberá ser de Un (1) Jefe cada Diez (10) Residentes.

3.3.6 Actividades Académicas:

Horas de Clase:

El mínimo de horas de clase por semana es de diez (10) horas semanales.

El máximo de horas de clase por semana es de quince (15) horas semanales.

Ateneos:

Cada residencia deberá tener como mínimo dos (2) ateneos por mes: Uno de la especialidad y otro con el equipo básico de trabajo.

Trabajos de Investigación:

El mínimo de trabajos de investigación por año es de uno (1), de forma grupal por centro de salud y/o por año de residencia.

4. CAPACIDADES DEL EGRESADO DE LA RESIDENCIA

El residente egresado de la Residencia en Medicina General y/o Familiar debe estar capacitado para:

- *Trabajar en un área territorial o poblacional definida asumiendo el cuidado integral y continuo de la salud de la comunidad, las familias y las personas.*
- *Abordar los problemas prevalentes de salud de atención ambulatoria y domiciliaria, agudos y crónicos, pasivos y activos, de personas, familias y comunidad.*
- *Constituirse en referente de la comunidad y de los profesionales de los otros niveles de atención, para el abordaje y seguimiento de los problemas y necesidades sanitarias de la población a su cargo.*
- *Abordar los cuidados de la salud desde una perspectiva que reconoce la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención en sus dimensiones generales, singulares y particulares.*
- *Propiciar la elaboración participativa del perfil epidemiológico y el monitoreo de las condiciones sociosanitarias de su población, a fin de desarrollar intervenciones ajustadas a las mismas.*
- *Realizar acciones integrales de cuidado de la salud, propiciando el trabajo intersectorial en red y la activa participación comunitaria.*
- *Desarrollar un modelo de atención integral, continuo y longitudinal de su comunidad, responsabilizándose del cuidado de la salud en todos los momentos del proceso salud – enfermedad.*

- *Realizar acciones de carácter promocional, preventivo y asistencial considerando a la persona, en su contexto familiar y comunitario como un sujeto activo en el proceso de atención.*
- *Brindar cuidados en todas las etapas del ciclo vital en forma integrada, integral y continua.*
- *Enfatizar en su accionar, las acciones de promoción de la salud y prevención, incluyendo estrategias para el diálogo intercultural en salud.*
- *Gestionar el proceso de atención y los recursos en el primer nivel de atención.*
- *Constituir el enlace con otras especialidades para el acceso oportuno a instancias de interconsulta y/o derivación, participando efectivamente en los procesos de referencia y contrarreferencia.*
- *Facilitar el ingreso al sistema de atención en la organización sanitaria.*
- *Participar en investigaciones que aborden la situación de salud de individuos o grupos.*

CAPÍTULO 9

MARCO DE REFERENCIA PARA LA FORMACIÓN EN RESIDENCIAS MÉDICAS - ESPECIALIDAD PEDIATRÍA

Diciembre 2010

Integrantes de la Comisión Consultiva de Pediatría:

Dra. Sapoznicof, Liliana. DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dr. Berner, Enrique. MINISTERIO DE SALUD CABA

Dr. Roccatagliata, Guillermo. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Dr. Ortega, Enrique. CONSEJO MÉDICO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Dra. Castro, María Cecilia. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

Dr. Valli, Raúl. ASOCIACION CIVIL PARA LA ACREDITACION Y EVALUACION DE PROGRAMAS DE EDUCACION DE POSTGRADO EN LA REPUBLICA ARGENTINA

Dr. Yulitta, Horacio SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRIA

Dra. Delia Donato DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Lic. Isabel Malamud DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

A.G. Dra. Isabel Duré DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

PRESENTACIÓN

La necesidad de contar con un marco que regule y organice el desarrollo pedagógico de las residencias del equipo de salud a nivel nacional, ha determinado el diseño e implementación de un procedimiento de trabajo basado en acuerdos metodológicos y de contenidos, cuyos productos son los marcos de referencia de las residencias. La creación de la Comisión Consultiva de Pediatría, en el ámbito de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, es una acción, enmarcada en ese proyecto más amplio, que busca normalizar el perfil del egresado en la especialidad de pediatría.

La Comisión de Pediatría se constituyó y comenzó a funcionar en el mes de noviembre del año 2008; desde su inicio, participaron de la misma representantes de universidades, de asociaciones profesionales, académicas, y de programas nacionales o jurisdiccionales vinculados con la especialidad. Participaron de las reuniones representantes de la Universidad de Buenos Aires, la Universidad Nacional del Sur, la Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación del Programas de Educación y Posgrado en la República Argentina, la Sociedad Argentina de Pediatría, el Consejo Médico de la Provincia de Córdoba, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, y el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El documento Marco de Referencia que se presenta es el producto de un largo proceso de trabajo conjunto, en el cual se revisaron y ajustaron versiones sucesivas reflejando los acuerdos alcanzados.

La comisión organiza sus tareas en el marco de la Ley de Ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración Nº 17.132, y de Educación Nacional Nº 26.206, de Educación Superior Nº 24.521 particularmente sus artículos. 39 y 43.También tiene como referencia normativa la RMS Nº 450/06 y la RMS Nº 1342/07.

La Ley Nº 22.127 del año 1979 establece el Sistema Nacional de Residencias bajo un régimen de actividad a tiempo completo y dedicación exclusiva; y la RM Nº 303/08 del Ministerio de Salud, actualmente en vigencia, reglamenta la actividad de los residentes.

Respecto de la autorización para el empleo del título de especialista, la Ley Nº 23.873 y su Decreto reglamentario Nº 10/03 determinan las cinco formas de acceder a dicha titulación y ello constituye una referencia obligatoria para el trabajo de la comisión. Por su parte la RMS Nº 1168/97, guía el trabajo de diseño del documento, ya que establece que una Especialización, tiene por objeto profundizar en el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo.

Los Marcos de Referencia para la Formación en Residencias Médicas constituyen una herramienta central del proceso de armonización de la formación en residencias en tanto establecen los componentes mínimos que tienen que estar presentes en la formación.

El documento está organizado de la siguiente forma:

1. Perfil Profesional: Es la referencia fundamental ya que orienta el proceso formativo especificando las competencias que el profesional desarrollara. Constituye la principal fuente para la identificación de situaciones problemáticas que dicho profesional enfrenta en su accionar cotidiano y que el equipo formador utilizará en el diseño de estrategias de enseñanza y aprendizaje. Están incluidas las *Áreas de Competencia:* en ellas se describen y explican cómo las personas operan (procesos) con los datos que poseen (información) para resolver una tarea (ejecución).

2. Bases Curriculares: Este capítulo está constituido por el conjunto de conocimientos relevantes que integran el proceso de enseñanza. Se apoya en el concepto de contenidos, siendo éstos el conjunto de saberes o formas culturales cuya asimilación y apropiación se considera esencial para la formación en las competencias previstas.

3. Requisitos Mínimos para el Funcionamiento de la Residencia: Define las características que habrán de tener las instituciones formadoras y los servicios asistenciales con los que ésta se vincule para garantizar los ámbitos adecuados para el desarrollo del proceso formativo.

4. Capacidades del egresado de la residencia: Este capítulo estipula los saberes, conocimientos, y prácticas que los egresados de la residencia deberán haber adquirido durante el transcurso de su formación. Proporciona parámetros para la evaluación final de los residentes.

1. PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO EN PEDIATRÍA

1.1 Justificación del Perfil

La Pediatría es una rama de la medicina que se ocupa de la salud del ser humano desde la concepción hasta el final de la adolescencia. Nuevas corrientes redefinen el rol social de la medicina pediátrica señalando un nuevo posicionamiento destinado a aclarar, debatir, expresar y declarar lo que sucede en la sociedad. La pediatría cumple hoy un rol fundamental en la promoción de la salud a través de los controles, pautas de crianza, alimentación, vacunas, cuidados, prevención de accidentes, etc., generando de esta manera una conducta anticipatoria que evita daños en el presente y futuro de la población infantil. El pediatra debe trabajar con la convicción de que el cuerpo social funciona como una unidad y que, consecuentemente, deberá influir sobre todas las instancias que lo constituyen.

A partir del reconocimiento de la centralidad de las estrategias de Atención Primaria de la Salud, la intervención del pediatra se orienta hacia un enfoque amplio y articulado, donde las actividades de promoción y protección de la salud encuentran un lugar junto a las acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, de rehabilitación y/o de reinserción social. Cada día se destaca la importancia de la asistencia pediátrica en el primer nivel de atención; le corresponde al pediatra general este primer encuentro del niño con la asistencia sanitaria. El segundo nivel de la asistencia pediátrica corresponde a las especialidades infantiles. Las exigencias son mayores, de mayor complejidad y limitadas a determinadas alteraciones de salud.

La Pediatría fue definida por el Ministerio de Salud de la Nación, a través del COFESA, como una de las especialidades prioritarias de la Atención Primaria de la Salud (APS) junto con la Medicina General, y la Tocoginecología. Desde el punto de vista de la formación es considerada como una especialidad básica a la cual se ingresa con el título universitario de grado. La evolución de vacantes de residencias en la especialidad en los últimos años evidencia un aumento creciente de cupos otorgados y cubiertos en todas las regiones del país.

La rica historia de la atención médica de niños, niñas y adolescentes en nuestro país reconoce un antecedente de gran valor, en la creación de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) hace ya un siglo. Esta Sociedad goza de un reconocido prestigio entre la población, por su compromiso, independencia y desinterés.

La creación del sistema de residencias de Pediatría en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de Buenos Aires que fue promovida por el Dr. Carlos Gianantonio hace cinco décadas fue un hito de la pediatría argentina, por lo que significó como modalidad de formación en la especialidad. El seguimiento longitudinal de pacientes ambulatorios en el consultorio de niños sanos impulsado, dinamizado y sostenido por el Dr. Mario Roccatagliata, se instaló desde su inicio como un ámbito indispensable para la formación de residentes en el que se ponen en juego conocimientos esenciales referidos a puericultura, crecimiento y desarrollo, alimentación y familia. El surgimiento de la modalidad de Internación conjunta se reconoce como otro antecedente importante de lo que es hoy la formación en la especialidad, en tanto que se constituyó en el lugar ideal para que el equipo de salud apoye, acompañe y brinde a los padres las pautas de crianza, alimentación y sueño que la familia y el bebé necesitan, respetando sus creencias y sus costumbres.

La preocupación por los aspectos emocionales, familiares, sociales y culturales de los pacientes, y un abordaje de tipo interdisciplinario caracterizó la concepción pediátrica del Dr. Escardó desde sus inicios, y tuvo importante impacto en la manera de pensar la atención en la especialidad.

Al recorrer la historia de la Pediatría en nuestro país se pone de manifiesto un cambio de paradigma que se refleja en la formación de nuevas generaciones de especialistas: un cambio de foco de la patología a la prevención y a la educación permanente, a un abordaje que incorpora el impacto de factores contextuales, familiares, sociales y comunitarios. Este nuevo paradigma propone el trabajo interdisciplinario como modalidad privilegiada en el cuidado de la salud, y produce consecuente una ampliación de los ámbitos de desempeño profesional entre los que se incorporan los centros de salud o escenarios comunitarios, la internación conjunta de la madre y el niño, la consulta ambulatoria, y el seguimiento longitudinal del niño y el adolescente.

El 12 de agosto de 1988 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó la Declaración de Edimburgo producida por la Conferencia Mundial sobre Educación Médica, de la Federación Mundial de Educación Médica, y patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ella destacó el objetivo de la educación médica, que consiste en la producción de profesionales médicos "que fomenten la salud de todas las personas", objetivo pendiente a pesar del enorme progreso de las ciencias biomédicas en este siglo. Se propiciaba la formación de médicos que "sepan escuchar, sean observadores cuidadosos, comunicadores sensibles y clínicos eficientes". Dicha declaración revela asimismo la falta de equidad en la atención a la salud y su inquietud sobre la deficiente prestación humanitaria a pesar del costo que implica para la sociedad. Expresa la preocupación que tales fallas producen y recomienda la aplicación de medidas en los programas de capacitación médica. Entre éstas se destacan:

- *Ampliación de los ambientes donde se aprende, con la inclusión de todos los recursos de salud, "no sólo en los hospitales".*
- *Reflejar las prioridades nacionales de salud en los programas de capacitación.*
- *Asegurar la formación continua y autoformación.*
- *Destacar los valores sociales en el aprendizaje y no la mera información profesional.*
- *Capacitar a los docentes para la formación de educadores, además de la pura preparación médica.*
- *Insistir en la prevención de las enfermedades y en el fomento de la salud.*
- *Promover la integración del conocimiento, asociada a la problemática en los entornos clínicos y comunitarios.*

La medicina moderna altamente tecnificada no resulta aceptable si no se complementa con los factores que facilitan y nutren la expansión del potencial genético del niño en sus aspectos funcional, emocional, intelectual, espiritual y social. Por estas circunstancias se aconseja la inclusión de contenidos de otras disciplinas que estudian las posibilidades del hombre en sociedad, tales como la sociología, la antropología, la psicología, la filosofía y la teología.

La educación médica continua es eficiente cuando logra asegurar profesionales dotados de conocimiento actualizado y habilidades manuales e instrumentales precisas, pero también, y muy especialmente, cuando logra el desarrollo de una actitud humanística, social y ética capaz de controlar y complementar las aptitudes enumeradas.

El trabajo en equipos interdisciplinarios exige confrontar el propio pensamiento con el de otros para encontrar soluciones a problemáticas complejas. Al lograr la integración del saber, el médico, amplía su capacidad para coordinar las acciones a favor de la salud del niño, potenciando las relaciones con la familia y atendiendo a la realidad social.

El médico de hoy, en una época de cambio permanente en la que el paciente o sus responsables adquieren un fuerte protagonismo en las decisiones diagnósticas y terapéuticas es impensable como un profesional aislado de sus pares o del contexto sociopolítico e histórico

La disponibilidad de la información en una cultura global ha llevado a una apreciación comparativa del desarrollo de nuestras prácticas. En medicina es necesario jerarquizar la profesionalidad en relación a la competencia y excelencia de su ejercicio, comparando nuestros resultados con los esperables. Los resultados no dependen sólo de la tecnología disponible, sino de la capacidad de asegurar un análisis adecuado de las situaciones que enfrentamos con los medios que contamos. Esto es posible lograrlo si la capacitación se realiza en espacios de formación que aseguran modelos de atención de calidad.

El presente marco de referencia parte de una concepción de la especialidad que reconoce los siguientes principios orientativos:

- *El reconocimiento del niño como sujeto de derecho.*
- *El crecimiento y desarrollo del niño obedece a la interrelación de distintos factores ambientales, genéticos, nutricionales, culturales y psicosociales.*
- *El reconocimiento de la importante incidencia de factores psicosociales en lo que se denomina "nueva morbilidad" (la violencia, el maltrato, las malformaciones congénitas, las neoplasias y los trastornos nutricionales por exceso) obliga incorporar nuevos problemas y temáticas en la atención de la salud de niños y adolescentes, que deben ser contemplados en la formación de la especialidad.*
- *Las consultas de control en salud son una oportunidad fundamental para la promoción de pautas de crianza, acompañando a las familias en el desarrollo de las plenas capacidades de los niños, niñas y adolescentes además de realizar, a su vez, una intervención temprana en el caso de encontrar anomalías que requieran un manejo juicioso de herramientas diagnósticas por parte del pediatra.*
- *Se reafirma el compromiso con la promoción de la salud, prevención, detección temprana y atención de problemas de desarrollo y relación.*

1.2 Competencia General

El Médico Pediatra está capacitado para atender al niño o la niña desde su nacimiento hasta la adolescencia, en la sala de partos, en la internación conjunta, como así también acompañar su crecimiento y desarrollo en su contexto familiar y social, seguir su evolución y tratar a los pacientes que lo requieran, gestionar su área de trabajo y desarrollar procesos de investigación y educación permanente.

Áreas de competencia

Las Áreas de Competencia del Médico Pediatra se han definido por actividades profesionales que se agrupan según ámbitos de desempeño y son las siguientes:

- *Atender al niño/a, asesorar y acompañar a la familia en la sala de partos e internación conjunta, lo que implica: recibir y atender al recién nacido, acompañar y asesorar a la familia con relación a la crianza del recién nacido.*

- *Atender al niño/a en su crecimiento y desarrollo en su contexto familiar y social, lo que implica: relevar historia clínica, examen físico, conocer, asesorar y orientar a la familia, realizar recomendaciones e indicaciones, y realizar seguimiento.*

- *Atender al adolescente en su crecimiento y desarrollo en su contexto familiar y social, lo que implica: relevar historia clínica, examen físico, conocer, asesorar y orientar al adolescente y a la familia, realizar recomendaciones e indicaciones, y realizar seguimiento.*

- *Gestionar su proceso de trabajo, lo que implica: trabajar interdisciplinariamente, analizar la problemática derivada de la situación socio-económica, evaluar la propia práctica de acuerdo a parámetros de calidad y realizar las modificaciones pertinentes , organizar acciones de educación con la comunidad y elaborar registros en las historias clínicas.*

- *Desarrollar procesos de investigación, lo que implica: elaborar un marco referencial, realizar informes cualitativos y cuantitativos, participar en acciones de educación permanente.*

1.3 Áreas de Competencia y Actividades Profesionales.

Área de competencia 1: Atender a la niña/niño y asesorar y acompañar a la familia en la sala de partos e internación conjunta

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Recibir y atender al recién nacido.	Se trabaja en coordinación con el médico obstetra, la enfermera, licenciada en Obstetricia, según la guía de parto humanizado. Se prepara la sala de Reanimación. Se releva historia clínica perinatal y neonatal valorando condiciones de vulnerabilidad. Se realiza la recepción del recién nacido según protocolo vigente y se efectúa la ligadura del cordón. Se realiza el examen clínico. Se efectúa examen físico completo, incluyendo la identificación de malformaciones congénitas. Se aplica vitamina K y la primera dosis de la vacuna de Hepatitis B, se aplica BCG antes de dar el alta. Se realiza profilaxis ocular. Se efectúa la antropometría del recién nacido. Se tiene en cuenta la normativa vigente para la identificación del Recién Nacido. Se promueve la lactancia materna dentro de la primera hora de vida y en la internación conjunta. Se promueve la lactancia materna y se enseña a la madre técnicas de amamantamiento y puesta al pecho reconociendo sus saberes previos.

Actividades Profesionales	Criterios de realización
Recibir y atender al recién nacido.	Se procede a la pesquisa de enfermedades metabólicas (Programa de Pesquisa Neonatal). Se realiza el Reflejo Rojo. Se valoran las otoemisiones acústicas. Se valora Ictericia según guía de prácticas clínicas. Se toman decisiones acerca de la continuación de la atención en el marco del equipo de salud. Se detecta patología adaptativa del recién nacido a la vida extrauterina. Se realizan acciones de reanimación cardiopulmonar (RCP) si es necesario. Se coordinan las acciones correspondientes a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, según guías de prácticas clínicas y legislación vigente.
Asesorar y acompañar a la madre, en relación a la crianza del recién nacido.	Se brindan pautas y orientación sobre crianza del recién nacido. Se tienen en cuenta los saberes previos de la familia. Se enfatizan los aspectos concernientes a la lactancia materna, higiene, rutina de sueño y prevención de accidentes. Se cita para control dentro de la semana, según condiciones del recién nacido. Se dan pautas a la madre sobre signos de alarma y conducta a seguir.

Área de Competencia 2.- Atender al niño/a en su crecimiento y desarrollo en su contexto familiar y social, lo que implica: relevar historia clínica, realizar examen físico, asesorar y orientar a la familia, realizar diagnóstico, brindar recomendaciones e indicaciones, y realizar seguimiento.

Actividades Profesionales	Criterios de realización
Relevar historia clínica.	Se analiza el contexto socioambiental y el encuadre familiar y cultural del niño/a. Se detectan factores predisponentes, protectores y de riesgo socioambientales. Se tienen en cuenta los hábitos de sueño y alimentación. Se controla el cumplimiento del calendario de vacunación. Se realiza el seguimiento en cuanto a la escolaridad del niño/a. Se valoran parámetros evolutivos de desarrollo. Se tienen en cuenta criterios de precisión y claridad en la confección de los registros.
Realizar examen físico.	Se realiza examen que incluye: inspección y examen físico general, y por aparatos y sistemas. Se analizan parámetros de crecimiento y desarrollo. Se realiza seguimiento acerca de las pautas alimentarias y las condiciones nutricionales. Se realizan diagnósticos de especificidad creciente. Se detectan manifestaciones tempranas de patologías. Se procura resolver los problemas pediátricos correspondientes a patologías prevalentes. Se evalúan las alternativas de tratamiento y su impacto en la salud del niño/a. Se trabaja interdisciplinariamente en el marco del equipo de salud.

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Asesorar y orientar a la familia.	Se interioriza sobre los modos de vida. Se promueven estilos de vida saludables para el núcleo familiar. Se brindan pautas de cuidado, e indicaciones. Se promueven oportunamente las actividades de juego, recreación y lectura del niño/a. Se orienta en la interconsulta.
Realizar diagnóstico.	Se realiza examen físico según pautas semiológicas. Se solicitan estudios complementarios según probabilidad diagnóstica. Se realizan diagnósticos de especificidad creciente, con criterio de oportunidades perdidas. Se detectan patologías prevalentes. Se trabaja interdisciplinariamente y en el marco del equipo de salud.
Brindar recomendaciones e indicaciones.	Se hacen recomendaciones al niño, padres y/o acompañantes. Se tienen en cuenta los criterios etarios, familiares, socioculturales, socioeconómicos. Se indica el tratamiento. Se dan pautas de alarma y control. Se realiza contención socio-afectiva al niño y a la familia.
Realizar seguimiento.	Se tiene en cuenta la evolución en el proceso salud-enfermedad para evaluar la adhesión y la efectividad del tratamiento indicado y las recomendaciones sugeridas.

Área de competencia 3: Atender al adolescente en su contexto familiar y social lo que implica: relevar historia clínica, realizar examen físico, asesorar y orientar al adolescente y a su familia, realizar diagnóstico, brindar recomendaciones e indicaciones, y realizar seguimiento.

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Relevar la Historia Clínica.	Se analiza el contexto socio-ambiental y el encuadre familiar y cultural del adolescente. Se detectan factores predisponentes, protectores y de riesgo socio-ambientales. Se tienen en cuenta los hábitos saludables y en particular las conductas relacionadas con la alimentación. Se controla el cumplimiento del calendario de vacunación. Se promueven oportunamente las actividades de recreación, tiempo libre y lectura de los adolescentes. Se realiza el asesoramiento oportuno en cuanto a la escolaridad del adolescente. Se orienta y asesora oportunamente sobre sexualidad y anticoncepción. Se tienen en cuenta criterios de precisión y claridad en la confección de los registros.
Realizar examen físico.	Se realiza examen que incluye: inspección y examen físico general, y por aparatos y sistemas. Se analizan parámetros de crecimiento y desarrollo. Se realiza seguimiento acerca de las pautas alimentarias y las condiciones nutricionales. Se realizan diagnósticos de especificidad creciente. Se detectan manifestaciones tempranas de patologías. Se procura resolver los problemas correspondientes a patologías prevalentes. Se evalúan las alternativas de tratamiento y su impacto en la salud del adolescente. Se trabaja interdisciplinariamente en el marco del equipo de salud.

Actividades Profesionales	Criterios de realización
Realizar diagnóstico.	Se realiza examen físico según pautas semiológicas. Se solicitan estudios complementarios según probabilidad diagnóstica. Se realizan diagnósticos de especificidad creciente, con criterio de oportunidades perdidas. Se detectan patologías prevalentes como trastornos alimentarios, consumo de drogas legales e ilegales. Se trabaja interdisciplinariamente y en el marco del equipo de salud.
Realizar recomendaciones e indicaciones.	Se hacen recomendaciones, en primera instancia, al adolescente. Se tienen en cuenta los criterios etarios, familiares, socioculturales, socioeconómicos. Se hacen recomendaciones, en segunda instancia, a los padres/acompañantes. Se indica el tratamiento. Se dan pautas de alarma y control. Se realiza contención socioafectiva al adolescente y a la familia.
Realizar seguimiento.	Se tiene en cuenta la evolución en el proceso salud-enfermedad para evaluar la adhesión y la efectividad del tratamiento indicado y las recomendaciones sugeridas.

Área de competencia 4: Gestionar su proceso de trabajo lo que implica: gestionar la atención de la población a cargo, evaluar la propia práctica de acuerdo a parámetros de calidad, organizar acciones teniendo en cuenta las necesidades de salud de la comunidad.

Actividades Profesionales	Criterios de realización
Realizar diagnóstico.	Se asume el rol del médico de cabecera del niño. Se trabaja junto al equipo de salud para la toma de decisiones. Se trabaja interdisciplinariamente. Se utilizan instrumentos de gestión de calidad para el seguimiento de la población a cargo. Se tienen en cuenta criterios para el uso racional y oportuno de los recursos sanitarios existentes.
Evaluar la propia práctica de acuerdo a parámetros de calidad y realizar las modificaciones pertinentes.	Se adquieren instrumentos para la evaluación de la calidad de los resultados y para la búsqueda de soluciones a los incidentes críticos.[1]
Organizar acciones de promoción y prevención acordes con las necesidades de salud de la comunidad.	Se tienen en cuenta las necesidades de la comunidad. Se trabaja interdisciplinariamente y en el marco del equipo de salud, articulando redes. Se trabaja en equipos interculturales e intersectoriales. Se desarrollan criterios para la utilización de tecnologías de la Información y recursos de comunicación social .

Área de competencia 5: Desarrollar procesos de investigación y educación permanente lo que implica elaborar un marco referencial, realizar validación conceptual, empírica, operacional, expositiva, realizar informes y participar de acciones de educación permanente.

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Elaborar el marco referencial.	Se realiza búsqueda bibliográfica y lectura crítica de la información obtenida. Se tienen en cuenta las características bio-psico-socio-culturales de la población. Se visualizan, focalizan, definen y redefinen los problemas sanitarios. Se trabaja interdisciplinariamente en el marco del equipo de salud. Se trabaja en Equipos Interculturales e intersectoriales.
Realizar validación conceptual, empírica, operacional y expositiva en el marco de investigaciones cuali cuantitativas.	Se anticipa el sentido y necesidad del estudio. Se reconocen nuevos problemas. Se define el problema, hipótesis, indicadores, índices, marco teórico, estado del conocimiento en la materia. Se realizan y jerarquizan búsquedas bibliográficas. Se definen los procedimientos de acceso al campo. Se realiza estudio de campo. Se recolectan datos, se procesan y se analizan. Se manejan herramientas estadísticas. Se evalúa el impacto de los resultados obtenidos sobre el conocimiento actual del tema. Se trabaja interdisciplinariamente en el marco del Equipo de Salud. Se trabaja en Equipos Interculturales.
Realizar informes cualitativos y cuantitativos	Se producen informes de avance y finales. Se aplican evidencias para la identificación de problemas y se comparan los resultados obtenidos con los resultados esperados. Se explican las diferencias en los resultados. Se fundamentan los problemas y acciones. Se producen informes de avance y finales. Se gestionan las estrategias y medios para la publicación.
Participar en acciones de educación permanente	Se identifican problemas a partir de la propia práctica, y se definen necesidades de formación. Se participa habitualmente en pases de sala, en ateneos y comités hospitalarios. Se participa de jornadas, talleres, cursos congresos, y otros.

1.4 Área Ocupacional

Su área ocupacional es en instituciones del Sector Salud del subsector público, privado y seguridad social.

El ambiente natural de la práctica es el primer nivel de atención:

- *Centros de Salud.*
- *Consultorios Externos, que organicen actividad para asegurar seguimiento.*
- *Hospitales de distinto grado de complejidad.*

Otros:

- *Instituciones de formación en ciencias de la salud.*
- *Comités Científicos.*
- *Organismos vinculados a la gestión sanitaria (nacional, jurisdiccional, municipal).*
- *Escuelas, jardines maternales y otros ámbitos de desarrollo.*
- *Organismos de investigación.*

2. BASES CURRICULARES

Introducción

En el capítulo anterior se desarrolló el perfil profesional del Médico Pediatra, definido en términos de su desempeño en situaciones reales de trabajo. A tal fin, la referencia principal la constituyen los procesos de trabajo que se realizan en el área de salud.

En este segundo capítulo se formulan los contenidos básicos y se explicitan algunos criterios y definiciones para la formación correspondiente a la Residencia de Pediatría.

En este nivel de concreción curricular quedan establecidos los conocimientos que el Ministerio de Salud y la comisión de trabajo definen como marco para la especialización en pediatría, ad referéndum del Consejo Federal de Salud.

La educación de posgrado, propicia una trayectoria de formación que, entre otros aspectos:

- *garantiza una formación pertinente al nivel y ámbito de la educación superior de posgrado,*
- *articula teoría y práctica,*
- *integra distintos tipos de formación,*
- *estructura y organiza los procesos formativos en clave de desarrollo socio-cultural y de desarrollo vinculado al mundo del trabajo profesional,*
- *articula en su propuesta curricular las demandas y necesidades fundamentales para el desarrollo local con las instituciones del sector salud y del sector educación.*

2.1 Bloques Transversales

Bloque 1: Estado, Sociedad y Culturas

Los Estado-Nación modernos: surgimiento histórico y características fundamentales. El desarrollo del "Estado de Bienestar", neoliberalismo, neoconservadurismo, crisis del estado de bienestar y resignificación de las fronteras nacionales. El debate contemporáneo sobre el rol social del Estado. Poder político y dominación.

Derechos civiles, derechos sociales, derechos culturales. Derecho positivo.

Procesos de desarrollo sociocultural: definición conceptual y posiciones críticas. Lo "local" y lo "global".

El concepto de "cultura": diversas perspectivas disciplinares para su comprensión teórica. La diversidad cultural: pluralismo horizontal de las diferencias. La desigualdad cultural: jerarquías y formas verticales de discriminación.

El trabajo como actividad social fundamental. La división social del trabajo. Mecanización del trabajo, procesos técnicos y desarrollo tecnológico. El trabajo como articulación de lo singular y lo colectivo. El trabajo como realización de un proyecto vital y el trabajo como alienación. Contrato psicológico del sujeto con su organización. Nuevas calificaciones laborales: especialización y polivalencia. Relaciones de producción y transformaciones en las relaciones de género. Modos de asociación política en torno al mundo del trabajo: corporaciones profesionales y sindicatos. El derecho al trabajo y las transformaciones neoliberales. Modos de asociación en torno al desarrollo profesional: Asociaciones Profesionales y Sociedades Científicas.

Bloque 2: Comunicación

La comunicación humana: característica y enfoques analíticos. Modelos de comunicación. Distintas modalidades de comunicación según sus ámbitos y fines. El discurso médico hegemónico. La comunicación comunitaria. Planificación de dispositivos de comunicación oral y escrita en soportes y registros diversos. Modalidades de comunicación científica. Tipos de textos. Géneros. La construcción del texto científico.

Estadística. Estadística descriptiva. Estadística inferencial. Variable: continua, discreta. Frecuencia: absoluta, relativa. El dato. Presentación de los datos. Tipos de presentaciones. Medidas: de tendencias central y de dispersión.

Inglés técnico aplicado al área de competencia. Vocabulario, estructuras morfosintácticas y funciones lingüísticas propias del inglés técnico de las Ciencias de la Salud. Lectura y traducción de textos de la especialidad. Uso del diccionario técnico-científico. Abreviaturas y simbología según convenciones internacionales. Uso de Internet y adecuada utilización del servicio de traductores virtuales. Glosario de la especialidad.

Tecnología de la información y la comunicación. La comunicación y la información en el mundo actual. La informática en las múltiples actividades del hombre. Su desarrollo histórico y rápida evolución. Aplicaciones de la informática en el sector de salud. Redes.

Organización y tratamiento de la información. Programas específicos utilizados en salud para procesamiento y la sistematización de la información.

La informática al servicio de la comunicación: Internet, correo electrónico, foros, comunicación en línea, bibliotecas virtuales y otros.

Bloque 3: Salud Pública

Salud Pública. Características generales. Fines y objetivos. Funciones esenciales (OPS/OMS). Derechos Humanos: el derecho a la salud. La Convención sobre los Derechos del Niño: Derechos de Supervivencia y Desarrollo, de Participación y Ciudadanía, de Protección Jurídica Especial.

La Seguridad Social. Salud y desarrollo. La salud como inversión en el marco de las políticas públicas. Las reformas de los sistemas de salud en la Región. Su incidencia sobre las instituciones y los servicios de salud.

Rol del Estado en el Sistema Sanitario. Sistema Sanitario Argentino: Subsector público, privado y seguridad social.

Proceso de salud – enfermedad. Evolución histórica del concepto de salud. Concepción integral del proceso salud - enfermedad. Factores sociales económicos, culturales y psicológicos intervinientes. Estratificación socioeconómica y modelo predominante en la región. Perspectiva crítica.

Alma Ata: Declaración - Contexto histórico. Evolución histórica de la Estrategia de APS.

Metas del milenio. Diversidad cultural y Atención Primaria de la Salud. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica: Compromiso profesional. Políticas Nacionales de Salud. Plan Federal de Salud. Organización de la atención de la salud. Regionalización de los efectores de Salud. Programas de Salud. Rol de los organismos internacionales relacionados con la Salud. OMS. OPS.

Epidemiología. Desarrollo histórico del concepto. Campo de aplicación al área de salud pública. Monitoreo y vigilancia epidemiológica. Conceptos de riesgo y grupo vulnerable. Concepto de

prevención. Niveles. Diagnóstico de epidemias y prevención. Características epidemiológicas y riesgos consecuentes de las enfermedades más comunes. Uso de la Epidemiología en los servicios de salud. Perfiles epidemiológicos nacionales, regionales, locales.

Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades. Foco de las intervenciones, objetivos, actores intervinientes, metodologías. Fortalecimiento de la acción comunitaria. Responsabilidades individuales y políticas de Estado en la construcción de estilos de vida saludables. Interdisciplinariedad e intersectorialidad en la promoción de la salud. Educación para la Salud. Sus escenarios principales: Los medios masivos, las instituciones comunitarias, las instituciones educativas, los servicios de salud. Herramientas para el diseño de un programa de promoción de la salud y/o prevención de enfermedades relacionadas con la especialidad.

Bloque 4: Organización y Gestión de Instituciones de Salud

Organizaciones. Concepto. Perspectiva histórica. Organizaciones modernas. Organizaciones de salud. Fines de la organización y su relación con el contexto.

Los sistemas de salud. Organización sanitaria. Estructura del Sistema Sanitario en Argentina. División del trabajo y especialización. Estructuras orgánicas y funcionales. Los servicios de salud. Legislación aplicada al sector. Los manuales de procedimientos.

Planificación. Planificación estratégica y participativa. Organización de objetivos y determinación de prioridades. Asignación de recursos humanos, educativos, materiales y financieros. Diseño del plan de acción y evaluación de progresos y resultados.

Centralización y descentralización. Conceptos. Su relación con el proceso de toma de decisiones. Descentralización. Organizaciones de salud pública de gestión oficial y de gestión privada.

Las relaciones de poder y autoridad. Conceptos de poder, autoridad, funcionalidad y responsabilidad. Las relaciones de poder y autoridad en las organizaciones de servicios de salud.

Grupos y equipos de trabajo. Liderazgo: estilos. El trabajo en equipo. Delegación. Negociación. Grupos sociales en las instituciones sanitarias.

Gestión de calidad. Calidad: definiciones. Evolución histórica del concepto de calidad. Herramientas de la calidad. Modelos de gestión: ISO 9001. Premio Nacional de la Calidad.

Bloque 5: Actitudes Relacionadas con el Ejercicio Profesional

Evolución histórica de las ciencias del arte de curar. Actitudes y desarrollo profesional. Ética. Distintas conceptualizaciones. Actitud crítica hacia las consecuencias éticas y sociales del desarrollo científico y tecnológico. Conceptos de equidad, universalidad, derecho y ciudadanía. Caracterización, delimitación y alcances del quehacer tecno-científico en las sociedades en general, y en el mundo del trabajo en particular. La investigación científico-tecnológica, hacia la investigación – acción, en la construcción de conocimiento. Disposición y apertura hacia la Investigación científico-tecnológica. Cooperación y asunción de responsabilidades en su tarea diaria. Valoración del buen clima de funcionamiento grupal centrado en la tarea. Valoración del trabajo cooperativo y solidario. Valoración de la Educación Permanente. Responsabilidad respecto de la aplicación de las normas de seguridad.

Ejercicio legal de la profesión. Responsabilidad y sanciones. Deberes, derechos y. Secreto profesional. Nociones básicas de obligación y responsabilidad civil. Responsabilidad profesional. Desarrollo de las organizaciones profesionales. Códigos de ética internacional y nacional. Dilemas bioéticos vinculados a las creencias. Comités de bioética intrahospitalarios: estructura y funciones. Obligaciones del Médico Pediatra. Sujeto de atención: situación, roles, comunicación.

Bloque 6: Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo

Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CyMAT). Incidencia de las CyMAT en la organización y sus procesos.

Las condiciones de trabajo. La organización, el contenido y la significación del trabajo. Duración y configuración del tiempo de trabajo. Ergonomía de las instalaciones, útiles y medios de trabajo.

La carga de trabajo y sus dimensiones. La carga física, mental y emocional.

El medio ambiente donde se desenvuelve el trabajo. Medio ambiente físico (instalaciones, ruidos, iluminación, radiaciones, entre otros); medio ambiente químico (gases, polvos, y otros); medio ambiente biológico (virus, bacterias, hongos, parásitos, picaduras y mordeduras de animales e insectos). Factores tecnológicos y de seguridad. Clima organizacional.

Bioseguridad. Principios básicos. Normativas nacionales (ANMAT, ARN, entre otras) e internacionales (OMS, OPS, entre otras). Control de los equipos y materiales a utilizar. Esterilización. Medidas de seguridad a tener en cuenta. Manejo de material radiactivo. Aspectos legales de la bioseguridad. Residuos. Gestión de residuos. Tratamiento. Disposición final.

Marco jurídico. Leyes sobre enfermedades transmisibles y no transmisibles, ley de ejercicio profesional, leyes y regímenes jurisdiccionales al respecto. Sistema de residencias Argentino: Surgimiento - Evolución histórica - Marco jurídico. Formas de acceder al título de especialista.

2.2 Bloques Propios de la Especialidad

Pediatría Ambulatoria

Bloque 7: Seguimiento Niño Sano.

Crecimiento y desarrollo. Factores que condicionan y regulan el crecimiento somático. Características del crecimiento en los distintos períodos de la infancia. Somatometría. El niño con talla baja. Principales cuadros clínicos de hipercrecimiento. Desarrollo y maduración psicosocial. Control del desarrollo y evaluación sensorial.

Programas de pesquisa. Contenidos generales y específicos en las distintas edades. Vigilancia de la salud dental. Prevención de las patologías prevalentes según jurisdicción.

Calendario Nacional de Vacunas: indicaciones, complicaciones y contraindicaciones. Criterios para las indicaciones de vacunas no incluidas en calendario.

Lesiones e intoxicaciones. Epidemiología. Lesiones en el hogar, en la calle y en la escuela. Prevención y atención del niño accidentado. Abordaje, tratamiento general y normas terapéuticas específicas en las intoxicaciones más frecuentes.

Abuso y negligencia en el cuidado de los niños. El problema del niño maltratado. Aspectos éticos y legales. Prevención, abordaje y tratamiento interdisciplinario.

Salud Mental Infanto-juvenil. Psicopatología evolutiva. Principales alteraciones psicopatológicas en la primera infancia y edad preescolar. Problemas psicopatológicos más frecuentes de la edad escolar.

Aptitud física para ingreso escolar, y para deportes recreativos y/o competitivos.

Bloque 8: Enfermedades de la Infancia

Patología Respiratoria. Malformaciones del aparato respiratorio. Neumonías típicas y atípicas. Lactante sibilante. Bronquiolitis. Fibrosis quística. Asma. Tuberculosis.

Patología cardiológica. Cardiopatías congénitas. Insuficiencia cardíaca. Soplo cardíaco funcional y patológico. Arritmias. Síncope. Hipertensión arterial.

Patología uro renal. Infección urinaria. Proteinuria. Hematuria. Glomerulonefritis, Síndrome nefrítico - nefrótico. Reflujo vesico-ureteral. Malformaciones uro renales. Tubulopatías. Criptorquidia. Insuficiencia renal aguda y crónica. Síndrome Urémico Hemolítico. Genitales ambiguos.

Patología digestiva. Diarreas agudas y crónicas. Parasitosis. Dolor abdominal recurrente. Reflujo gastroesofágico. Constipación. Síndrome de mala absorción. Alergia alimentaria. Enfermedad intestinal inflamatoria crónica.

Obesidad. Desnutrición. Malnutrición por carencias o por exceso. Deficiencias de micronutrientes. Hemorragias digestivas. Hepatitis. Pancreatitis. Hepatomegalias.

Patología otorrinolaringológica. Faringitis. Laringitis. Rinitis. Epistaxis. Hipertrofia adenoidea. Otitis. Sinusitis. Hipoacusias.

Patología oftalmológica. Conjuntivitis. Celulitis orbitaria y periorbitaria. Estrabismo. Leucocoria. Glaucoma congénito.

Patología Dermatológica. Eccema. Impétigo. Angioma. Nevos. Micosis. Acné. Urticaria.

Patología neurológica. Cefaleas. Lactante hipotónico. Convulsiones febriles. Epilepsia. Traumatismo de cráneo. Craneoestenosis. Hidrocefalia. Polineuropatías. Miopatías. Ataxia aguda. Paroxismos no epilépticos. Tics. Vértigos. Apneas.

Patología infectológica. Síndrome febril prologado. Enfermedades exantemáticas. Parotiditis. Parasitosis. Mononucleosis. Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Adenopatías. Mordeduras y picaduras. Uso de antibióticos en ambulatorio. Manejo de contactos en enfermedades infecciosas. Notificación de enfermedades. Niño trasplantado. Enfermedades vectoriales: Chagas, Dengue, Leishmaniasis, Fiebre Amarilla y Paludismo.

Patología oncohematológica. Anemia. Púrpuras. Eosinófilias. Esplenomegalias. Síndrome de

Schonlein Henoch. Síndromes linfoproliferativos. Síndromes mielodisplásicos. Leucemias. Linfomas.

Patología reumatológica. Lupus. Artritis reumatoidea juvenil.

Patología alérgica. Dermatitis atópica. Alergia a la proteína de la leche de vaca. Alergias alimentarias. Rinitis alérgica.

Patología inmunológica. Detección y derivación oportuna de inmunodeficiencias primarias y secundarias. Fenómenos autoinmunes.

Patología endocrinológica y ginecológica. Hipotiroidismo. Hiperplasia suprarrenal congénita. Hipertiroidismo. Pubertad precoz y retrasada. Síndrome de Cushing. Fusión de labios menores. Vulvovaginitis.

Patología quirúrgica. Hernias. Hidrocele. Quiste de cordón. Varicocele. Escroto agudo. Fimosis. Parafimosis. Hipospadias. Invaginación intestinal. Apendicitis. Peritonitis. Síndrome pilórico. Atresia anal.

Patología traumatológica. El niño que cojea. Luxación congénita de caderas. Dolor de extremidades. Patología ortopédica más frecuente de pie, pierna y rodilla. Prono doloroso. Escoliosis.

Seguimiento del niño en situaciones especiales y con patología crónica. Mielomeningocele. Seguimiento del prematuro. Síndrome de Down. El niño diabético. El niño con cáncer. El niño cardiópata. El niño asmático. El niño trasplantado. El niño con Fibrosis Quística. El niño con Fiebre Reumática.

Bloque 9: Adolescencia

La entrevista con el adolescente. Confidencialidad, secreto médico y principio de autonomía. Escolarización. Hábitos alimentarios y de sueño. Actividades de recreación. Hábitos en relación a la actividad física. Calendario de vacunación.

Examen físico según pautas semiológicas acorde a edad y sexo. Controles de vista y oído. Tensión Arterial. Índice de Masa Corporal.

Estadio de Tanner. Diferenciación y maduración sexual. Retraso puberal. Hemorragia genital. Vulvovaginitis. Factores en relación con la actividad sexual. Trastornos menstruales. Amenorrea. Dismenorrea. Metrorragia disfuncional.

Métodos anticonceptivos. Embarazo adolescente. Aborto.

Problemas psicopatológicos de los adolescentes. Trastornos de conducta alimentaria. Anorexia y cuadros relacionados. Depresión y suicidio. Consumo problemático de drogas y trastornos de relación.

Problemas ortopédicos: Lesiones deportivas.

Bloque 10: Familia

Concepto de familia desde las distintas disciplinas. Funciones de la familia: Función paterna, materna, filial etc. Crecimiento y desarrollo familiares: conformación de la pareja, el nacimiento y los nuevos vínculos, salida de la familia y la entrada a lo social. Pubertad y adolescencia.

Nuevas constituciones familiares: familias ensambladas, monoparentales, etc.

La familia y las crisis vitales y accidentales. Factores protectores y de riesgo.

Pediatría Ampliada. Familia nuclear. Función pediátrica. Acto pediátrico.

Bloque 11: Salud Ambiental

Amenazas ambientales. Vías especiales de exposición, transplacentaria y amamantamiento. Características etarias que aumentan la vulnerabilidad: anatomofisiológicas, superficie corporal en relación al volumen, permeabilidad cutánea aumentada, barrera hematoencefálica, ventilación.

Características propias del medio ambiente: escenarios (urbano/rural, hogar, escuela, trabajo, calle), medios (agua, aire, suelo, alimentos, juguetes) y peligros (físico, químicos, biológicos) en relación a la salud ambiental de los niños.

Pesquisa de salud ambiental en la Historia Clínica. Capacitación en salud ambiental.

Pediatría en Internación

Bloque12: Neonatología

Recepción del recién nacido. Resucitación cardiopulmonar neonatal. Vacunación. Otoemisiones acústicas. Historia Clínica perinatal y neonatal. Promoción de la lactancia materna. Traumatismos obstétricos. Asfixia perinatal. Recién nacido normal.

Patología de la transición. Uso del oxígeno.

Hipoglucemias. Dificultades de regulación térmica. Poliglobulia.

Hijo de madre diabética e hipertensa. Reconocimientos de los riesgos.

Hijo de madre VIH. Incompatibilidad Rh.

Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.

El recién nacido de bajo peso. Clasificación. Estudio clínico del retraso de crecimiento intrauterino.

Displasia broncopulmonar.

Principales urgencias quirúrgicas del período neonatal.

Enfermedades prenatales de origen genético y realización de asesoramiento.

Cardiopatías congénitas.

Malformaciones más frecuentes**:** atresia de esófago, paladar hendido, enterocolitis necrotizante, megacolon.

Enfermedades infecciosas más frecuentes e importantes del período prenatal y postnatal. TORCH. Sepsis.

Diagnóstico prenatal y screening postnatal de los trastornos del metabolismo más frecuentes

Manejo de los equipos de las unidades neonatales (incubadoras, servocunas, monitores, halos, bigoteras, CPAP, equipos de luminoterapia, bombas, etc.).

Ictericias neonatales.

El recién nacido de pretérmino. Patología del pretérmino tardío.

Retinopatía del prematuro. Apneas.

Bloque 13: Sala / Unidad de Terapia Intensiva / Cuidados Intermedios y Moderados

Cardiología. Arritmias. Cardiopatías cianóticas y acianóticas. Cardiopatía asociada a enfermedades sistémicas. Insuficiencia cardiaca. Miocardiopatias. Fiebre reumática. Endocarditis. Pericarditis. Reanimación cardiorrespiratoria.

Cirugía. Procedimientos quirúrgicos habituales en la práctica pediátrica: venopuntura, suturas, curaciones, canalizaciones venosas percutáneas, punciones pleurales, punciones abdominales, drenajes pleurales y ostomías.

Fimosis. Hipospadias. Apendicitis. Invaginación intestinal. Escroto agudo. Síndrome pilórico. Criptorquídea. Hernias. Tumor abdominal palpable. Atresia y duplicación esofágica. Megacolon. Atresia anal.

Etapas de la anestesia y los efectos colaterales de las drogas utilizadas.

Seguimiento post-quirúrgico. Posibles complicaciones (equilibrio hidroelectrolítico, hemorragia, Insuficiencia renal aguda, infección, apoyo nutricional).

Endocrinología. Diabetes insípida. Diabetes Mellitus. Cetoacidosis. Coma hiperosmolar.

Gastroenterología. Hemorragia digestiva. Hepatopatías. Afecciones de vías biliares. Pancreatopatías. Lesiones esofágicas por cáusticos. Síndrome de mala absorción.

Hemato-oncología. Pancitopenias. Púrpuras. Enfermedades hemorragíparas.

Infectología. Enfermedades exantemáticas. Enterovirus. Parotiditis. Mononucleosis. Lactante febril sin foco. Sepsis, Endocarditis, Síndrome Febril Prolongado. Inmunodeprimido. Uso racional de los medicamentos. Medidas de aislamiento en los pacientes infectados. Aspectos epidemiológicos en relación al manejo de contactos. Artritis. Osteomielitis. Meningitis. Encefalitis.

Inmuno/reumatología. Indicaciones, uso clínico y efectos adversos de los antiinflamatorios, corticoides e inmunosupresores. Diagnóstico diferencial de patología osteoarticular.

Medio interno. Homeostasis. (Regulación normal y fisiopatología del agua y de los electrolitos). Estado de hidratación. Tipos de deshidratación, terapéutica. Equilibrio Acido-Base. Alteraciones de hidroelectrolíticas.

Nefrología. Enfermedad poliquística. Válvulas uretrales posteriores. Hidronefrosis. Lesiones obstructivas de la pelvis y el uréter. Infección urinaria. Insuficiencia renal aguda. Insuficiencia Renal Crónica. Síndrome Nefrítico. Síndrome Nefrótico. Tumores más frecuentes (Tumor de Wilms). Síndrome Urémico Hemolítico (USH). Diálisis peritoneal y hemodiálisis Indicaciones de trasplante.

Neumonología. Insuficiencia respiratoria. Neumonía unifocal, multifocal, viral o bacteriana. Supuración pleuropulmonar. Atelectasias. Neumotórax. Enfermedad obstructiva. Tuberculosis. Fibrosis quística. Oxigenoterapia. Kinesioterapia, y asistencia respiratoria mecánica. Estridor. Fístula traquesofágica. Hipoplasia. Secuestro pulmonar. Quiste broncogénico.

Neurología. Cefaleas. Hipotonía. Ataxia. Patología neuromuscular. Síndromes convulsivos. Urgencia neuroquirúrgica. Estabilización pre y post-quirúrgica.

Nutrición. Desnutrición. Obesidad. Carencias vitamínicas más frecuentes.

Enfermedades más frecuentes del metabolismo proteico, de lípidos e hidratos de carbono. Soporte nutricional en diferentes situaciones clínicas.

Toxicología. Intoxicaciones más frecuentes: alcohol, monóxido de carbono, aspirina, insecticidas, hidrocarburos, cáusticos, etc.

Ortopedia y Traumatología. Luxación congénita de cadera.

Métodos auxiliares de diagnóstico. Análisis de laboratorio: rutinas, cultivos de microorganismos, etc. Imágenes: centellograma, ecografía, radiología, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear. Punción biopsia. Electrocardiografía.

3. REQUISITOS MÍNIMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA RESIDENCIA

3.1 Carga Horaria

La Residencia de Pediatría tiene una duración prevista de no menos de 3 años.

El residente desarrolla su actividad teórico asistencial en un máximo de ochenta (80) horas semanales, incluyendo las horas de guardia.

Se prevé un máximo de dos (2) guardias por semana que deberán estar separadas como mínimo por veinticuatro (24) horas. Deberán contar con un descanso post-guardia efectivo de seis (6) horas de corrido, en el ámbito intra o extra institucional.

Este esquema de distribución de guardias debe desarrollarse en el transcurso de todo el programa de residencia, no existiendo diferencias por nivel de formación.

3.2 Rotaciones Obligatorias

- *Neonatología.*
- *Terapia Intensiva Pediátrica.*
- *Centros de Salud.*
- *Servicio de Adolescencia o Consultorio Externo que atienda adolescentes.*

Las rotaciones obligatorias tendrán una duración como mínimo de tres (3) meses cada una; deberán ser supervisadas y evaluadas a su finalización.

3.3 Características de la Oferta Formativa

En vistas de que las características prestacionales de los centros se traducen en oportunidades de formación para los residentes es que se establecen parámetros que garanticen una formación sólida y completa. Los centros que no ofrezcan la oportunidad de realizar la práctica mínima indispensable para la formación en la especialidad, podrán establecer convenios con otras instituciones para cumplimentar los requisitos exigidos, pero siempre respetando una estructura básica.

- *Mínimo de camas de internación del centro asistencial: Dieciocho (18).*
- *Un médico de planta con certificación en la especialidad en horario de 8 a 17 hs.*
- *Acceso a servicios de diagnóstico (Laboratorio Clínico y Microbiológico e Imágenes).*
- *Acceso a interconsultas.*
- *Equipo de Salud Básico para la especialidad: enfermería, trabajador social, salud mental.*

Los centros sede de la residencia tendrán que ofrecer acceso a recursos básicos como:

- *Biblioteca y/o acceso a base de datos sin costo para el residente.*
- *Aula.*
- *Condiciones de alojamiento para los residentes: dormitorio, baño, comida.*

3.3.1 Evaluación de los residentes

La evaluación del desempeño de los residentes es un elemento central de la formación que requiere ser pensada y desarrollada en concordancia con la propuesta formativa. Esto supone:

- *Asumir de manera sistemática la función orientadora y reguladora de la evaluación lo cual requiere definir parámetros, diseñar instrumentos, recoger información, juzgar el desempeño, dar orientaciones claras sobre avances, dificultades, e instancias remediales.*
- *Incorporar distintas y variadas instancias de evaluación a fin de aumentar su confiabilidad y disminuir los sesgos personales que intervienen en dicho proceso.*

El sistema de evaluación del desempeño de los residentes, debería contemplar como mínimo los siguientes momentos:

- *Evaluación anual integradora de carácter teórico práctico.*
- *Evaluación post-rotación de carácter teórico práctico.*
- *Evaluación final de la residencia de carácter teórico práctico.*

3.3.2 Condiciones de Contratación Mínimas

Contratación Básica: Beca de formación con seguridad social.

3.3.3 Prácticas

Los residentes tendrán que tener oportunidad de realizar las siguientes prácticas y procedimientos en el transcurso de su residencia:

- *Número de consultas ambulatorias semanales promedio por residente: entre veinte (20) y cuarenta (40).*
- *Número de camas a cargo de cada residente: Seis (6) a ocho (8).*
- *Distribución de tiempo semanal por tipo de actividad:*
- *70% Asistencial (sin incluir las guardias).*

  20% Teórico.

  5% Gestión/Administración.

  5% Investigación Clínica.

3.3.4 Actividades académicas:

- *Tiempo semanal dedicado a actividades teóricas: Cinco (5) horas. (Se incluyen clases, búsquedas bibliográficas, discusión de casos, redacción de informes, simulaciones, talleres, etc.).*
- *Ateneos Clínicos: Uno (1) por semana.*
- *Participación en trabajos de Investigación: Uno (1) por año.*

4. CAPACIDADES DEL EGRESADO DE LA RESIDENCIA

El residente egresado de la Residencia en Pediatría debe estar capacitado para:

- *Atender al niño/a en la sala de partos y/o en la internación conjunta.*
- *Atender al niño/niña y al adolescente en su contexto familiar y social.*
- *Acompañar al niño/niña y al adolescente su crecimiento y desarrollo.*
- *Realizar el seguimiento, evolución, y tratamiento de los pacientes que lo requieran.*
- *Gestionar su propio proceso de trabajo.*
- *Desarrollar procesos de investigación, y educación permanente.*

El Especialista en Clínica Pediátrica está formado para atender integralmente al ser humano desde el período de la concepción hasta el término de la adolescencia, de distintos medios geográficos, sociales y culturales, mediante acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, priorizando los recursos humanos y materiales de manera eficiente y adecuada, tanto a nivel individual como social, utilizando tecnologías que maximicen la efectividad y eficiencia de la tarea profesional para la optimización de los resultados. Asimismo, deberá ser capaz de ejercer la especialidad, cualquiera sea el ámbito elegido (asistencia, docencia, investigación, extensión a la comunidad) desde un fundamento científico probado.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

ABRAMZÓN, MÓNICA. Argentina: Recursos Humanos en Salud en Argentina, Bs. As. OPS, 2004.

Asociación Médica Argentina. Educación médica y residencias médicas, Bs. As. 1961 Disponible en www.msal.gov.ar/htm/site/Digesto_Rec_Hum_Salud/marco/ed_med.htlm

BORRELL BENTZ, MARÍA ROSA La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa, Bs. As. OPS, 2005

CALVO ELVIRA Y COL. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría, Bs. As., Ministerio de salud – OPS, 2009.

CZERESNIA, DINA.; MACHADO DE FREITAS, CARLOS (COMP.) Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones y tendencias. Lugar Editorial, Bs. As, 2006.

GIANANTONIO, CARLOS. Experiencia personal en residencias en clínica pediátrica, en Rev. Asociación Médica Argentina, ,74:(3), marzo 1960. Disponible en: www.ama-med.org.ar/residencias/residenciasmedicas1.doc.

GOMILA, ANDRÉS et al., Residencia de Pediatría del Hospital de Niños de Córdoba. Evaluación de 32 años, Archivo Argentino de Pediatría, 101(3):171-175, junio 2003. Disponible en: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=350057&indexSearch=ID

JUAN, J.R., “Remembranzas del nacimiento de la Residencia Hospitalaria”, Rev. Asoc. de Res. de Cirugía General, 2:3, 2001

LUCHILO, LUCAS. “Residencias Médicas: Historia y situación actual”, inédito, 2003.

NELSON Tratado de Pediatría 18° edición. Behrman, Kliegman, Jenson. Saunders/Elsevier, 2009

PAGANINI HUGO. Infectología Pediátrica. Editorial Científica Interamericana, Bs. As., 2007.

PINEDA, ELIA; ALVARADO, EVA Y CANALES, FRANCISCA. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Unidad III, IV, V, VI. O.P.S./O.M.S., 1994.

REPETTO, HORACIO .A. “Las residencias médicas”, Arch. Arg. Ped., 102(1):75, 2004.

ROCCATAGLIATA, GUILLERMO Y COLS: PROGRAMA DE LA RESIDENCIA EN CLINICA PEDIATRICA. Direción de Capacitación Profesional y Técnica. MCBA, Bs. As, (1985).

TRODLER, CARLOS., “El Sistema de Residencias en la Educación Médica de Postgrado”. Ed. Dunken. Bs. As., 2001.

SAMAJA, JUAN. Epistemología y Metodología. Cap. 4. Eudeba. Bs. AS. 1997.

Normativas. Legislación y Documentación de Programas:

“Digesto de recursos Humanos en Salud: Leyes y Normativas Nacionales sobre Especialidades, Residencias Médicas y profesiones de la Salud”, 52, Tomo 2, 2001.

GUÍAS ALIMENTARIAS PARA LA POBLACIÓN INFANTIL (Consideraciones para los equipos de salud). MINISTERIO DE SALUD. PRESIDENCIA DE LA NACIÓN disponibles en : http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/.

LEGISLATURA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES - Ley Básica de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Ley N° 153. Año 1999. (Disponible en www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/)

LEGISLATURA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES - “Ley de Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires.” Ley Nº 114. Año 1999. (Disponible en www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/).

Ley 26.061 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

NORMAS NACIONALES DE VACUNACIÓN 2008. MINISTERIO DE SALUD. PRESIDENCIA DE LA NACIÓN Disponibles en http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141074/norma.htm http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres498_2008.pdf

ORDENANZA N° 40.997/85 (G.C.B.A.) Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud.

Programa de la Carrera de Especialización en Clínica Pediátrica, Plan de estudios 2007, Universidad Nacional de Córdoba, Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud.

Programa formativo de la residencia de Clínica Pediátrica del Hospital Humberto Pedro Notti de Mendoza, años 2010-2014.

Programa Único Nacional de Residencia Universitaria en Pediatría Maestría en Ciencias Clínicas con Especialización en Pediatría Ministerio de Salud Caja de Seguro Social Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá Federación Nacional de Médicos Residentes e Internos.

Resolución N° 1.252/GCABA/SSSS/05(disponible en www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/)

Subcomisión de Acreditación de Residencias."Evaluación del primer ciclo de acreditación de residencias”, Arch. Arg. Pediatr. 2001; 99(6) 542:544

CAPÍTULO 10

MARCO DE REFERENCIA PARA LA FORMACIÓN EN RESIDENCIAS MÉDICAS - ESPECIALIDAD TOCOGINECOLOGÍA

Diciembre 2010

Integrantes de la Comisión Consultiva de Tocoginecología

Dr. Daniel Alberto Lipchak. DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Dra. Rosana Buffa. DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN. MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Dr. Pedro Di Leo FEDERACIÓN ARGENTINA SOCIEDADES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dr. Roberto Sanguinetti. FEDERACIÓN ARGENTINA SOCIEDADES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dra. Mónica Beatriz Colusi SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BUENOS AIRES

Dr. Leonardo Kwiatkowski. FEDERACIÓN ARGENTINA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dra. Bárbara Lotti. DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN. MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Dra. María Gabriela Luchetti. SUBSECRETARÍA DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN

Dr. Ricardo Rodríguez. DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN. MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Dr. Antonio Tempone. ASOCIACIÓN CIVIL PARA LA ACREDITACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN DE POSGRADO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Dra. Laura Spagnolo. DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Lic. Isabel Malamud. DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

A.G. Dra. Isabel Duré. DIRECCIÓN NACIONAL DE CAPITAL HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

PRESENTACIÓN

La necesidad de contar con un marco que regule y organice el desarrollo pedagógico de las residencias del equipo de salud a nivel nacional ha determinado el diseño e implementación de un procedimiento de trabajo basado en acuerdos metodológicos y de contenidos sucesivos, cuyos productos son los marcos de referencia de la residencias. La creación de la Comisión Consultiva de Tocoginecología, en el ámbito de la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional, es una acción, enmarcada en ese proyecto más amplio, que busca normalizar el perfil del egresado en la especialidad de tocoginecología.

La Comisión de Tocoginecología se constituyó y comenzó a funcionar en el mes de noviembre del año 2008, desde su inicio participaron de la misma, representantes de programas nacionales y de dependencias jurisdiccionales vinculados con la especialidad; como así también representantes de asociaciones profesionales y académicas. Ellas fueron: La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén, el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación de Posgrado en la República Argentina, la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, y la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Ciudad de Buenos Aires.

El documento Marco de Referencia que se presenta es el producto de un largo proceso de trabajo conjunto, en el cual se revisaron y ajustaron versiones sucesivas reflejando los acuerdos alcanzados.

La Comisión organiza sus actividades en el marco de las leyes Nº 22.127, que establece el Sistema Nacional de Residencias bajo un régimen de actividad a tiempo completo y dedicación exclusiva, y Nº 17.132 del Ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración; la RM Nº 303/08 del Ministerio de Salud de la Nación, actualmente en vigencia, que reglamenta la actividad de los residentes; y las resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación RM Nº 450/06 mediante la cual se crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud y la RM Nº 1342/07, mediante la cual se aprueban los criterios y estándares básicos para la evaluación de las residencias, el esquema de presentación de programas y los requisitos de inscripción de entidades evaluadoras La Disposición Nº 29/2010 de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización, establece el Instrumento Nacional de Evaluación de Residencias del Equipo de Salud.

Respecto de la autorización para anunciarse como especialista, la Ley Nº 23.873 y su Decreto reglamentario Nº 10/03 determinan las cinco formas de acceder a dicho derecho. Por su parte la RM Nº 1168/97 del Ministerio de Salud, guía el trabajo de diseño del documento, ya que establece que una especialización tiene por objeto profundizar en el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo.

Los Marcos de Referencia para la Formación en Residencias Médicas constituyen una herramienta central del proceso de armonización de la formación en residencias en tanto establecen los componentes mínimos que tienen que estar presentes en la formación.

El documento está organizado de la siguiente forma:

I. Perfil Profesional: Es la referencia fundamental ya que orienta el proceso formativo especificando las competencias que el profesional desarrollará. Constituye la principal fuente para la identificación de situaciones problemáticas que dicho profesional enfrenta en su accionar cotidiano y que el equipo formador utilizará en el diseño de estrategias de enseñanza y aprendizaje. Están incluidas las *Áreas de Competencia:* en ellas se describen y explican cómo las personas operan (procesos) con los datos que poseen (información) para resolver una tarea (ejecución).

2. Bases Curriculares: Este capítulo está constituido por el conjunto de saberes relevantes que integran el proceso de enseñanza. Se apoya en el concepto de contenidos, siendo éstos el conjunto de saberes o formas culturales cuya asimilación y apropiación se considera esencial para la formación en las competencias previstas.

3. Requisitos Mínimos para el Funcionamiento de la Residencia: Define las características que habrán de tener las instituciones formadoras y los servicios asistenciales con los que ésta se vincule para garantizar los ámbitos adecuados para el desarrollo del proceso formativo.

4. Capacidades del egresado de la residencia: Este capítulo estipula los saberes, conocimientos, y prácticas que los egresados de la residencia deberán haber adquirido durante el transcurso de su formación. Proporciona parámetros para la evaluación final de los residentes.

1. PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO EN TOCOGINECOLOGÍA

1.1 Justificación del Perfil

Hombres y mujeres son afectados de forma diferencial por las políticas económicas, sociales, educativas y de salud. Las mujeres, sobre todo en los países subdesarrollados, en vías de desarrollo o de economías emergentes, son las que menos capital social, humano y cultural acumulan a lo largo de su vida, y de quienes depende la supervivencia, sanidad y desarrollo de las futuras generaciones. Se requiere de compromiso ideológico con el enfoque de género para implementar políticas que tiendan a subsanar las inequidades históricamente instaladas en nuestra sociedad y que son las que determinan las vulnerabilidades y riesgos para la salud de las mujeres.

En el año 2000 los líderes de las Naciones Unidas suscribieron un compromiso para la reducción en el mundo de la pobreza, el hambre, el analfabetismo y la degradación del medio ambiente, conocido como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). De los ocho objetivos acordados, tres están directamente relacionados con las tareas que desarrollarán los futuros Tocoginecólogos:

- *Promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.*
- *Reducir la mortalidad infantil y neonatal.*
- *Mejorar la salud materna con acceso universal a la salud sexual y reproductiva.*

Hay en el mundo un llamado para la mejoría en la calidad y compromiso con la formación y distribución de recursos humanos en áreas críticas. Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la reducción de la mortalidad materna y la mejoría en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, son objetivos que las instituciones formadoras no pueden ignorar.

La Residencia en Tocoginecología, es una formación básica, que requiere el título universitario de grado previo al ingreso. En el año 2008, fue definida por el Consejo Federal de Salud (COFESA) como una de las especialidades prioritarias en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud que, el Ministerio Nacional y los ministerios jurisdiccionales, sostienen como forma privilegiada de provisión de servicios de salud. En función de tales definiciones la especialidad se benefició del redireccionamiento de fondos de financiamiento para cupos de formación en residencias del equipo de salud.

Desde hace más de cuatro décadas se ha demostrado en nuestro país las ventajas y beneficios del sistema de residencias para la formación de graduados y especialistas, así como el impacto positivo para la organización hospitalaria y asistencial.

El sistema de residencia se ha instaurado en forma paulatina, aprovechando las circunstancias favorables y adaptando la organización hospitalaria existente. A partir de la década de los años 60 la intervención del Estado fue determinante para la expansión de los cargos de residentes en todo el país. La resolución ministerial Nº 1778/60 dispone la adopción del Sistema de Residencias Médicas Hospitalarias para los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud. En el año 1979 se sanciona la Ley Nº 22.127 que establece el Sistema Nacional de Residencias, pero recién en la década de los años 90, mediante la ley Nº 23.873 se modifican los artículos 21 y 31 de la Ley Nº 17.132, reconociéndose a la residencia completa como una de las formas de acceder al derecho de anunciarse como especialista.

En el año 1957 se implementaron por primera vez las residencias en cirugía en los hospitales municipales de Buenos Aires. El doctor Mario Brea inició la experiencia en el Hospital Dr. Carlos Durand, sede, en ese momento, de la cátedra de Clínica Quirúrgica. Poco tiempo después comenzaron a funcionar la residencia de Pediatría en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, por iniciativa del doctor Carlos Gianantonio y la residencia de Ginecología, impulsada por el Dr. Guillermo Di Paola en la Primera Cátedra del Hospital de Clínicas José de San Martín de la Universidad de Buenos Aires,

La Ginecología fue practicada en sus orígenes por cirujanos, luego por ginecólogos, y más recientemente por tocoginecólogos que respondieron a las necesidades de salud de la población ampliando sus áreas de competencia. En la actualidad estos especialistas utilizan herramientas provenientes de la Urología, Oncología y Cirugía General, para el tratamiento del cáncer genitomamario y los trastornos uroginecológicos.

Los servicios formadores de tocoginecólogos, dependen de departamentos médicos distintos, generalmente del Servicio de Obstetricia del Departamento Materno Infantil o del Servicio de Ginecología del Departamento de Cirugía. Los criterios y modalidades de trabajo de cada uno de esos departamentos difieren significativamente, incidiendo en la formación técnica y filosófica de los futuros tocoginecólogos.

A partir de la Declaración de Alma Ata (1978) ese ha tomado el compromiso de formar médicos que respondan al cuidado integral de la salud modificando su perfil profesional de especialista en Ginecología u Obstetricia, al de especialista en Tocoginecología orientado a la atención de las necesidades primarias de la mujer en sus distintas etapas evolutivas.

Los diferentes cambios socioculturales requieren, además, que la formación del residente tocoginecólogo sea interdisciplinaria, que le permita trabajar junto al equipo de salud y capacitarse en los distintos niveles de atención. Los especialistas en Tocoginecología deben dar respuesta a los principales problemas de salud que afectan a las mujeres, como la mortalidad materna y el cáncer genitomamario.

La defunción materna se define como la muerte que le ocurre a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de su duración y localización, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por éste o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna tardía como aquella que ocurre después de los cuarenta y dos días, y antes del año de la finalización del embarazo.

La mortalidad materna es una tragedia ignorada que les ocurre, mayoritariamente, a las mujeres de bajos recursos, las que constituyen aún hoy, un grupo vulnerable con derechos restringidos. Este indicador representa la mayor disparidad entre países ricos y pobres.

Las muertes maternas pueden ser por causa obstétrica directa o indirecta. Las muertes por causa directa son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos resultantes de cualquiera de las circunstancias mencionadas. Las muertes de causa indirecta son las que resultan de una enfermedad existente antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

Datos de los últimos años indican que la mayoría de las muertes maternas ocurren durante el parto y la primera semana de puerperio y una gran proporción de ellas no puede prevenirse o predecirse, pero sí pueden ser evitables. De esas muertes alrededor del 75% fueron de causa directa, correspondiendo la mayor incidencia al aborto, infecciones, hipertensión arterial y hemorragias.

El aborto provocado en condiciones inseguras sigue siendo en nuestro país la principal causa de muerte en la mujer en edad gestacional, razón por la cual el tocoginecólogo debe tener las herramientas básicas y prioritarias, para trabajar por el descenso de estos indicadores, promoviendo la planificación familiar y la procreación responsable seria, sustentable y adaptada a la idiosincrasia y cultura de la población. El especialista en Tocoginecología debe conocer y respetar los protocolos de mejoría en la calidad de la atención del post aborto utilización de aspiración manual endouterina (AMEU), trato respetuoso y confidencial, consejería post aborto y anticoncepción inmediata.

Con respecto al cáncer genitomamario, son prevalentes en nuestro país el cáncer de mama y el de cuello uterino, entre el 8 y 9 por ciento de las mujeres desarrollaran tumores en la mama durante su vida lo que convierte a esta enfermedad en uno de los tipos de cáncer más comunes. Su detección precoz y tratamiento en estadíos iniciales hacen que no sea el de mayor mortalidad. El cáncer de cuello uterino, a diferencia de otros tumores, afecta a mujeres jóvenes y puede prevenirse mediante la detección de lesiones preinvasoras.

La historia de la especialidad en el país está en intima relación con los cambios políticos, sociales y culturales del siglo XX. A comienzos del 1900 la Argentina era un país en constante transformación; el número de habitantes se incrementaba con el arribo de inmigrantes europeos. Un fenómeno que favorecía el desarrollo y la ampliación de ciudades y núcleos urbanos.

En las grandes ciudades se habían ya comenzado a realizar obras de infraestructura sanitaria: alcantarillas, cloacas, agua corriente y otras medidas de saneamiento destinadas a mejorar la salud de la población.

El Estado buscaba poblar la Argentina; los sucesivos gobiernos pusieron en práctica una política conocida como "maternizaje" que favorecía la función reproductiva de la mujer. En este contexto, el primero de julio de 1908 surgió la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), con el objetivo de mejorar la asistencia de los nacimientos. La primera Comisión Directiva estaba conformada por los doctores Enrique Zárate, quien fue el primer presidente, Alfredo Lagarde, Arturo Enriquez, Alberto Peralta Ramos y José Molinari, que reunidos en el local de la Sociedad Médica Argentina firmaron el acta fundacional.

En 1956 en Catamarca surge la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), pionera en el país y en Latinoamérica. Desde sus inicios hasta la actualidad persigue los objetivos de promover el desarrollo científico y el debate de los problemas éticos entre los obstetras y los ginecólogos del país, además de fomentar el estudio de los problemas regionales de la especialidad.

Científicamente los comienzos de la Obstetricia en nuestro país recibieron la influencia de la escuela francesa, al menos hasta 1920, especialmente por los trabajos de Adolphe Pinard, un pionero de la salud perinatal y de la palpación abdominal de la embarazada, entre otros médicos. También se aplicaron los conceptos de la escuela francesa de Strasburgo, y de parto médico de Kreiss. A partir de 1920 llega la influencia de las escuelas de ginecología de origen germano. De allí surgió el uso de colposcopio, invento del médico alemán Hans Hinselmann en su búsqueda por encontrar un medio de exploración más exacto para las formas iniciales del cáncer de cuello uterino. En los últimos tiempos, ha predominado la influencia de la Obstetricia y Ginecología norteamericanas, además de los avances y estudios nacionales procedentes de la actividad científica local.

Los cambios sociales y culturales generaron nuevos planteos y desafíos para la especialidad como la iniciación de la actividad sexual en edades tempranas; el climaterio y la exigencia de una mejor calidad de vida en una existencia que se prolonga. Se debió adecuar la actividad para dar respuesta a las enfermedades como el cáncer del tracto genital inferior, las enfermedades de transmisión sexual; y también para preservar la salud reproductiva y entender en los tratamientos de fertilización asistida que aún no cuentan con un marco regulatorio.

En la década del 90 la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA) obtuvo dos importantes logros: el reconocimiento por parte del Ministerio de Salud del Tocoginecólogo como efector de la Atención Primaria de la Salud (RM 157/98), y la integración de la Comisión de Ejercicio Profesional en el ámbito del mismo Ministerio que estableció a la Tocoginecología como especialidad reconocida en el ámbito Nacional mediante Res. Nº.1923/06.

De todos los desafíos expuestos, antinomias y tensiones que atraviesan la formación del residente en tocoginecología, se debe lograr el egreso de un profesional capacitado para la atención integral, básica y primaria de la mujer en todas sus etapas evolutivas, con énfasis en la detección precoz, seguimiento y tratamiento de enfermedades prevalentes (cáncer genitomamario) y de la mortalidad materna de causa directa (aborto provocado, urgencias obstétricas).

El profesional egresado debe poseer una visión integral de la mujer, que identifique los problemas que la afectan desde la niñez hasta la adultez, que interactúe interdisciplinariamente en este seguimiento, que comprenda y adapte sus saberes al medio social y cultural en el que le toque actuar. Que conozca y comprenda los saberes, técnicas y metodologías de las especialidades que conforman la Tocoginecología en esta etapa de formación básica, para saber diagnosticar y derivar precozmente a la paciente, a especialistas o centros de mayor complejidad. Que proceda con ética y respeto por los derechos sexuales y reproductivos hacia la individualidad de cada paciente, respetando sus diferencias e interactuando con otras disciplinas a fin de mejorar su calidad de atención. Que pueda entender el todo de la paciente,

aspecto biopsicosocial, (su mundo de pertenencia, su historia, su familia, sus deseos) que no siempre son compartidos por el accionar médico.

1.2 Competencia General:

Atender a la mujer en las distintas etapas de su vida en los aspectos tocoginecológicos con una visión integral enfatizando la prevención y la promoción de la salud; conociendo las herramientas básicas de gestión en salud y participando de investigación y de educación permanente.

Áreas de competencia

Las Áreas de Competencia del Médico Tocoginecólogo se han definido por actividades profesionales que se agrupan según ámbitos de desempeño y son las siguientes:

- *Atender a la mujer en las distintas etapas de su vida en los aspectos generales, reproductivos y ginecológicos con una visión integral con perspectiva de género y derechos.*
- *Atender a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, contemplando los factores de riesgo para morbimortalidad materna y perinatal.*
- *Resolver mediante prácticas o procedimientos médicos y/o quirúrgicos las afecciones de la mujer a lo largo de su vida en los aspectos genitomamarios.*
- *Conocer, aplicar y evaluar las herramientas básicas para la gestión en salud según nivel de atención.*
- *Participar en proyectos de investigación y de educación permanente.*

1.3 Áreas de Competencia y Actividades Profesionales.

Área de Competencia 1: Atender a la mujer en las distintas etapas de su vida en los aspectos generales, reproductivos y ginecológicos con una visión integral con perspectiva de género y derechos.

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Realizar el acompañamiento de la mujer enfatizando la prevención y la promoción de la salud, contemplando la influencia del entorno familiar y social respetando la diversidad cultural en el proceso de salud sexual y reproductiva.	Se realiza control de salud de acuerdo a la edad.
	Se promueven acciones de educación para la salud: consejería en hábitos saludables, alimentación, salud sexual y reproductiva, anticoncepción y planificación familiar.
	Se garantiza la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción.
	Se tienen en cuenta los factores epidemiológicos.
	Se promueven acciones de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de enfermedades de transmisión sexual.
	Se promueven acciones de prevención y detección precoz del cáncer genitomamario.
	Se promueven acciones de control preconcepcional.
	Se prioriza la atención de la salud reproductiva de las/os adolescentes
	Se orientan las demandas referidas a infertilidad y esterilidad.
	Se trabaja en equipos interdisciplinarios.
	Se realizan derivaciones oportunas.
	Se trabaja en el Equipo de Salud.
	Se trabaja con perspectiva intercultural.

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Realizar anamnesis.	Se tienen en cuenta el contexto socioambiental, económico y cultural. Se indaga sobre todos los aspectos que directa o indirectamente se vinculan con los procesos de salud enfermedad: Antecedentes personales, antecedentes familiares, hábitos, sexualidad, patologías prevalentes por grupo etario, entre otros. Se respeta la privacidad y confidencialidad de la paciente.
Realizar Examen Clínico.	Se realiza examen clínico general. Se realiza el examen genitomamario. Se aplican estándares de diagnóstico según examen clínico y patologías prevalentes por grupo etario, sostenido en la evidencia científica. Se tienen en cuenta los criterios para la indicación y realización adecuados para la toma de PAP y realización de colposcopía. Se tienen en cuenta los criterios para la indicación de mamografía/ ecografía según factores de riesgo o signosintomatología. Se tienen en cuenta estándares para la realización de diagnóstico diferenciales. Se indican estudios complementarios.
Conformar diagnóstico.	Se interpretan los estudios solicitados. Se evalúa la necesidad de nuevos estudios. Se explica a la paciente en forma clara y precisa el resultado de sus estudios. Se promueve la consulta con otro Especialista según corresponda.
Recomendar y/o tratar.	Se pautan controles de salud conjunto con la paciente y acorde a estándares de seguimiento. Se promueven acciones de educación para la salud teniendo en cuenta condición sociocultural. Se indican inmunizaciones según edad y calendario de vacunación. Se recomienda tratamiento médico o quirúrgico acorde al diagnóstico conformado, según evidencia científica disponible y uso racional de medicamentos; adecuado a nivel de complejidad y posibilidad de derivación. Se trabaja en el marco del Equipo de Salud. Se coordinan y pautan procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas a seguir, entre la mujer y el equipo de salud. Se evalúa la efectividad del o de los tratamientos instaurados. Se evalúan las condiciones clínicas para el proceso de alta médica y se recomienda seguimiento según estándares establecidos.

Área de Competencia 2: Atender a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, contemplando los factores de riesgo para morbimortalidad materna y perinatal.

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Realizar el seguimiento de la mujer, durante el embarazo, parto y puerperio.	Se promueven acciones de educación. Se realizan acciones para el cuidado de la salud materna y fetal. Se realiza promoción de la lactancia. Se promueve la atención del embarazo y el parto centrado en la familia. Se promueve la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable. Se trabaja en el marco del Equipo de Salud, con criterios interdisciplinarios. Se trabaja con perspectiva intercultural.

Actividades Profesionales	Criterios de realización
Realizar control prenatal.	Se evalúa el contexto socioambiental y cultural. Se confirma diagnostico de embarazo. Se indaga sobre todos los aspectos que directa o indirectamente se vinculan con el embarazo: Antecedentes personales, antecedentes familiares, hábitos y otros. Se realiza asesoramiento genético según necesidad. Se realiza examen clínico general. Se realiza el examen genitomamario completo (incluyendo toma de PAP). Se realiza examen obstétrico, según edad gestacional. Se promueven acciones de educación para la salud: consejería en hábitos saludables, alimentación, inmunizaciones, salud sexual y reproductiva. Se indican estudios complementarios, según edad gestacional, guías de procedimientos y medicina basada en la evidencia. Se promueve el curso de preparación integral para el parto. Se identifica precozmente el embarazo de alto riesgo para un adecuado seguimiento. Se manejan criterios de derivación en casos necesarios.
Atender el parto normal y patológico.	Se realiza seguimiento del trabajo de parto. Se asiste el parto respetando normas de bioseguridad y asepsia. Se asiste el alumbramiento. Se asiste el puerperio inmediato (hasta 2 horas postparto). Se realizan las técnicas de parto instrumental, maniobras obstétricas y cesáreas según condiciones e indicaciones. Se identifican, controlan y tratan las complicaciones del puerperio inmediato.
Diagnosticar y resolver emergencias y urgencias obstétricas.	Se aplican las guías de práctica clínica ante la emergencia y urgencia obstétrica.
Atender el puerperio.	Se realiza control puerperal normal y patológico. Se realiza promoción de la lactancia. Se indican medidas higiénico dietéticas, pautas de alarma y eventual tratamiento médico (incluyendo inmunizaciones). Se realiza asesoramiento en salud sexual y reproductiva previo al alta. Se informa respecto de las edades y los intervalos intergenésicos más adecuados para la reproducción.

Área de Competencia 3: Resolver mediante prácticas o procedimientos médicos, quirúrgicos y no quirúrgicos las afecciones de la mujer a lo largo de su vida en los aspectos genitomamarios.

Actividades Profesionales	Criterios de realización
Detectar y tratar patologías de resolución no quirúrgica.	Se realiza anamnesis, examen físico general y genitomamario. Se correlacionan hallazgos clínicos con los estudios complementarios. Se tienen en cuenta guías de diagnóstico y tratamiento. Se identifican criterios de internación y/o manejo ambulatorio según patología. Se realiza tratamiento y seguimiento según patología. Se registra en la historia clínica.

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Detectar patologías de resolución quirúrgica.	Se realiza anamnesis, examen físico general y genitomamario. Se correlacionan hallazgos clínicos con los estudios complementarios. Se distinguen patologías de resolución quirúrgica inmediata o programada. Se tienen en cuenta guías de diagnóstico y tratamiento. Se solicitan estudios prequirúrgicos y se evalúan los resultados de los mismos. Se evalúa riesgo quirúrgico teniendo en cuenta patología de base y enfermedades preexistentes concurrentes. Se registra en la historia clínica.
Identificar, diagnosticar y resolver urgencias tocoginecológicas.	Se realizan actividades para compensar cuadros agudos gineco obstétricos. Se tienen en cuenta guías de diagnóstico y tratamiento. Se registra en la historia clínica.
Diagnosticar y resolver emergencias y urgencias obstétricas.	Se evalúan las condiciones y requerimientos para realizar el acto quirúrgico teniendo en cuenta la patología y sus posibles complicaciones. Se comunica a la paciente y a quien ella decida el diagnóstico y el tratamiento a realizar en forma clara y precisa, y se confecciona el consentimiento informado. Se indican las preparaciones prequirúrgicas, higiénico dietéticas y medidas necesarias para la intervención. Se convoca al equipo quirúrgico. Se trabaja en forma interdisciplinaria en el marco del equipo de salud.
Realizar el acto quirúrgico.	Se prepara el equipo quirúrgico teniendo en cuenta las normas de asepsia y antisepsia; bioseguridad y seguridad del paciente. Se realiza procedimiento quirúrgico según patología. Se trabaja en el marco del Equipo Quirúrgico. Se registra en la Historia Clínica la práctica y/o procedimiento quirúrgico efectuado, donde conste firma del responsable del equipo quirúrgico. Se realizan las indicaciones para la atención del paciente por Enfermería.
Realizar el control postquirúrgico.	Se realiza el control clínico postquirúrgico según patología y evolución. Se detectan y resuelven las complicaciones. Se trabaja de forma interdisciplinaria. Se indica la externación. Se indican pautas de alarma y se cita para control ambulatorio. Se confecciona y entrega la epicrisis al momento del egreso. Se pautan indicaciones acorde a patología, estilo y condiciones de vida, teniendo en cuenta la condición sociocultural. Se realiza el seguimiento de la paciente hasta alta médica.

Área de Competencia 4: Conocer, aplicar y evaluar las herramientas básicas para la gestión en salud según nivel de atención.

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Definir los procesos de atención en el marco de los niveles de complejidad.	Se diferencia la consulta de urgencia de la programada. Se referencia la consulta ambulatoria según área programática y según complejidad (sistema de referencia y contrarreferencia). Se tienen en cuenta los criterios de internación y externación.
Planificar y desarrollar un sistema para las consultas.	Se organiza la agenda de consultas de acuerdo a riesgo para el control y seguimiento en el área de ginecología y obstetricia. Se establecen interconsultas.
Confeccionar registros.	Se confecciona la historia clínica, el carnet perinatal y otros registros en forma clara y precisa. Se confeccionan certificados de embarazo, nacimiento, defunción y otros.
Conocer criterios de la gestión de recursos en salud.	Se conocen y aplican los criterios para el uso racional de medicamentos y estudios complementarios. Se identifican criterios para la gestión de recursos humanos en salud.
Participar de la evaluación del proceso de atención en sus distintas etapas.	Se realiza pase de sala y de guardia con todo el equipo de salud. Se realizan ateneos de actualización, perinatológicos y de morbimortalidad con revisión de conducta. Se participa de la evaluación de: » *Historia Clínica de sala, de consultorio (hospitalario y/o primer nivel) y carnet perinatal.* » *Proceso de atención según las guías clínicas.* » *Producción del servicio a través del sistema informático perinatal y otros.* » *Trabajo en red (referencia y contrarreferencia).* » *Trabajo en el equipo interdisciplinario.* » *Acciones de educación para la salud.* » *Campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.*

Área de Competencia 5: Participar en proyectos de investigación y de educación permanente.

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Elaborar el marco teórico.	Se define el problema, estado del arte, marco teórico, búsquedas bibliográficas, hipótesis, indicadores, índices. Se trabaja con enfoque crítico y bioético. Se tienen en cuenta las características bio-psico-socio-culturales de la población. Se priorizan los problemas sanitarios de la mujer en las distintas etapas de la vida.
Realizar validación metodológica.	Se utilizan herramientas de investigación cuantitativa y cualitativa. Se establece la matriz de datos, las unidades de análisis, tipo de muestreo y la muestra. Se manejan herramientas estadísticas y programas informáticos. Se realiza estudio de campo. Se describen e interpretan hallazgos cualitativos / cuantitativos.

Actividades Profesionales	*Criterios de realización*
Realizar informes cuali-cuantitativos.	Se producen informes parciales, de avance y finales. Se aplican evidencias para la identificación de problemas y se comparan los resultados obtenidos con los resultados esperados. Se gestionan las estrategias y medios para la presentación y publicación de trabajos en congresos / jornadas para la divulgación científica.
Participar en acciones de educación permanente.	Se identifican las necesidades de formación y actualización. Se maneja comprensión de inglés técnico aplicado al área de competencia. Se participa de jornadas, eventos, congresos y otros. Se participa en Ateneos clínicos, quirúrgicos, y bibliográficos Se organizan actividades de educación continua y actividades docentes para profesionales nóveles y pares. Se incentiva la actividad académica y científica. Se analizan investigaciones científicas. Se realizan análisis crítico de investigaciones científicas con una perspectiva de medicina basada en la evidencia.

1.4 Área Ocupacional

El tocoginecólogo desempeña tareas asistenciales, de docencia y de investigación.

En el área asistencial el especialista en Tocoginecología desarrolla su actividad en instituciones del Sector Salud del subsector público, privado y seguridad social en hospitales, centros de atención primaria y/o consultorios periféricos. Los ámbitos en que desarrolla su actividad son los consultorios externos, el centro de atención primaria, la guardia, la sala de internación, el quirófano y ámbitos comunitarios En el área de docencia e investigación, desarrolla tareas de investigación y actualización continua.

Relaciones funcionales y/o jerárquicas en el espacio social de trabajo

El Médico Tocoginecólogo se vincula con otros profesionales, médicos especialistas, con obstétricas, enfermeras/os y otros técnicos superiores en el marco de las actividades interdisciplinarias y del equipo de salud.

También mantiene comunicación con el personal administrativo, de limpieza y mantenimiento.

2. BASES CURRICULARES

En el capítulo anterior se desarrolló el perfil profesional del Médico Tocoginecólogo definido en términos de su desempeño en situaciones reales de trabajo. A tal fin, la referencia principal la constituyen los procesos de trabajo que se han de realizar en el área de salud.

En este segundo capítulo se formulan los contenidos básicos y se explicitan algunos criterios y definiciones para la formación correspondiente a la Residencia de Tocoginecología

En este nivel de concreción curricular quedan establecidos los saberes que el Ministerio de Salud y la comisión de trabajo definen como marco para la especialización en tocoginecología, ad referéndum del Consejo Federal de Salud.

2.1 Bloques Transversales.

Bloque 1: Estado, Sociedad y Culturas

Los Estado-Nación modernos: surgimiento histórico y características fundamentales. El desarrollo del "Estado de Bienestar", neoliberalismo, neoconservadurismo, crisis del estado de bienestar y resignificación de las fronteras nacionales. El debate contemporáneo sobre el rol social del Estado. Poder político y dominación.

Derechos civiles, derechos sociales, derechos culturales. Derecho positivo.

Procesos de desarrollo sociocultural: definición conceptual y posiciones críticas. Lo "local" y lo "global".

El concepto de "cultura": diversas perspectivas disciplinares para su comprensión teórica. La diversidad cultural: pluralismo horizontal de las diferencias. La desigualdad cultural: jerarquías y formas verticales de discriminación.

El trabajo como actividad social fundamental. Concepto de higiene y trabajo. La salud como sustento del trabajo. La división social del trabajo. Mecanización del trabajo, procesos técnicos y desarrollo tecnológico.

El trabajo como articulación de lo singular y lo colectivo. Condiciones de trabajo, modalidades de relación laboral y sus efectos. El trabajo como realización de un proyecto vital y el trabajo como alienación. Contrato psicológico del sujeto con su organización. Nuevas calificaciones laborales: especialización y polivalencia. Relaciones de producción y transformaciones en las relaciones de género. Modos de asociación política en torno al mundo del trabajo: corporaciones profesionales y sindicatos. Asociativismo como defensa del trabajo – autogestión-. El derecho al trabajo y las transformaciones neoliberales. Defensa del trabajo. Asociativismo. Autogestión. Modos de asociación en torno al desarrollo profesional: Asociaciones Profesionales y Sociedades Científicas.

Bloque 2: Comunicación

La comunicación humana: característica y enfoques analíticos. Comunicación y salud. Modelos de comunicación. Distintas modalidades de comunicación según sus ámbitos y fines. Planificación de dispositivos de comunicación oral y escrita en soportes y registros diversos. Modalidades de comunicación científica. Tipos de textos. Géneros. La construcción del texto científico. Redes. La informática en las múltiples actividades del hombre.

Estadística. Estadística descriptiva. Estadística inferencial. Variable: continua, discreta. Frecuencia: absoluta, relativa. El dato. Presentación de los datos. Tipos de presentaciones. Medidas: de tendencias central y de dispersión.

Inglés técnico aplicado al área de competencia. Vocabulario, estructuras morfosintácticas y funciones lingüísticas propias del inglés técnico de las Ciencias de la Salud. Lectura y traducción de textos de la especialidad. Uso del diccionario técnico-científico. Abreviaturas y simbología según convenciones internacionales. Adecuada utilización del servicio de traductores virtuales. Glosario de la especialidad.

Bloque 3: Salud Pública

Proceso de salud - enfermedad - atención. Evolución histórica del concepto de salud. Concepción integral del proceso salud -enfermedad-atención. Factores sociales, económicos, culturales y psicológicos intervinientes. Estratificación socioeconómica y modelo predominante en la región. Perspectiva crítica. Medicina social. Salud colectiva. Interdisciplinariedad e intersectorialidad en el trabajo del Equipo de Salud.

Atención Primaria de la Salud. Diversidad cultural. Políticas universales y Políticas focalizadas.

Políticas Nacionales de Salud. Organización de la atención de la salud. Regionalización de los efectores de Salud. Programas de salud. Rol de los organismos internacionales relacionados con la salud. OMS. OPS.

Salud pública. Características generales. Fines y objetivos. Funciones esenciales (OPS/OMS). Derechos Humanos: el derecho a la salud. La Convención sobre los Derechos del Niño: Derechos de Supervivencia y Desarrollo, de Participación y Ciudadanía, de Protección Jurídica Especial.

La seguridad social. Salud y desarrollo. La salud como responsabilidad del Estado. Inversión en el marco de las políticas públicas. Las reformas de los sistemas de salud en la Región. Su incidencia sobre las instituciones y los servicios de salud en Argentina.

Epidemiología. Desarrollo histórico del concepto. Campo de aplicación al área de salud pública. Monitoreo y vigilancia epidemiológica. Conceptos de riesgo y grupo vulnerable. Concepto de prevención. Niveles. Diagnóstico de epidemias y prevención. Características epidemiológicas y riesgos consecuentes de las enfermedades prevalentes. Uso de la Epidemiología en los servicios de salud. Perfiles epidemiológicos nacionales, regionales, locales. Epidemiología crítica. Nuevos paradigmas.

Promoción de la salud y Prevención de enfermedades. Foco de las intervenciones, objetivos, actores intervinientes, metodologías. Fortalecimiento de la acción comunitaria. Responsabilidades individuales y políticas de Estado en la construcción de estilos de vida saludables. Educación para la salud. Sus escenarios principales: Los medios masivos, las instituciones comunitarias, las instituciones educativas, los servicios de salud. Herramientas para el diseño de un programa de promoción de la salud y/o prevención de enfermedades relacionadas con la especialidad. Programas de prevención.

Concepto de equidad, accesibilidad y de calidad de los servicios de salud.

Bloque 4: Organización y Gestión de Instituciones de Salud

Organizaciones. Concepto. Perspectiva histórica. Organizaciones modernas. Organizaciones de salud. Fines de la organización y su relación con el contexto.

Los sistemas de salud. Organización sanitaria. Estructura del sistema sanitario en la Argentina. División del trabajo y la especialización. Estructuras orgánicas y funcionales. Los servicios de salud. Legislación aplicada al sector. Los manuales de procedimientos, protocolos y guías de práctica. Concepto de calidad en los servicios de salud.

Planificación. Planificación estratégica y participativa. Organización de objetivos y determinación de prioridades. Asignación de recursos humanos, educativos, materiales y financieros. Diseño del plan de acción y evaluación de progresos y resultados.

Centralización y descentralización: Conceptos. Su relación con el proceso de toma de decisiones. Descentralización. Organizaciones de salud pública de gestión oficial y de gestión privada.

Las relaciones de poder y autoridad. Conceptos de poder, autoridad, funcionalidad y responsabilidad. Las relaciones de poder y autoridad en las organizaciones de servicios de salud.

Grupos y equipos de trabajo. Liderazgo: estilos. El trabajo en equipo. Delegación. Negociación. Grupos sociales en las instituciones sanitarias.

Bloque 5: Actitudes Relacionadas con el Ejercicio Profesional

Actitudes y desarrollo profesional. Ética. Distintas conceptualizaciones. Códigos de bioética. Bioética e investigación. Actitud crítica hacia las consecuencias éticas y sociales del desarrollo científico y tecnológico. Caracterización, delimitación y alcances del quehacer tecno-científico en las sociedades en general, y en el mundo del trabajo en particular. La investigación científico-tecnológica, hacia la investigación – acción, en la construcción de conocimiento. Disposición y apertura hacia la Investigación científico-tecnológica. Cooperación y asunción de responsabilidades en su tarea diaria. Valoración del buen clima de funcionamiento grupal centrado en la tarea. Valoración del trabajo cooperativo y solidario. Valoración de la Educación Permanente. Responsabilidad respecto de la aplicación de las normas de seguridad.

Historia de la Medicina. Ejercicio legal de la profesión. Responsabilidades del Médico con el sujeto de atención. Certificados Médicos. Peritaje médico legal. Deberes, derechos y obligaciones del Médico. Secreto profesional. Nociones básicas de obligación y responsabilidad civil y penal. Responsabilidad profesional. Códigos de ética internacional y nacional. Comités de bioética intrahospitalarios: estructura y funciones. Sistema de residencias. Marco jurídico. Formas de acceder al título de Especialistas.

Bloque 6: Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo

Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CYMAT). Incidencia de las CYMAT en la organización y sus procesos.

Las condiciones de trabajo. La organización, el contenido y la significación del trabajo. Duración y configuración del tiempo de trabajo. El residente y su especial inserción como formando y trabajador. El sistema de guardias. Ergonomía de las instalaciones, útiles y medios de trabajo. Las condiciones de trabajo y sus efectos en la salud y en la formación. La carga de trabajo y sus dimensiones.

El medio ambiente donde se desenvuelve el trabajo. Medio ambiente físico (instalaciones, ruidos, iluminación, radiaciones, entre otros); medio ambiente químico (gases, polvos, y otros); medio ambiente biológico (virus, bacterias, hongos, parásitos, picaduras y mordeduras de animales e insectos). Factores tecnológicos y de seguridad. Clima organizacional.

Bioseguridad. Principios básicos de bioseguridad. Normativas nacionales (ANMAT, ARN, entre otras) e internacionales (OMS, OPS, entre otras). Control de los equipos y materiales a utilizar. Esterilización. Medidas de seguridad a tener en cuenta. Manejo de material radiactivo. Bioseguridad desde el aspecto legal. Residuos. Gestión de residuos. Tratamiento. Disposición final.

Aspectos legales. Leyes sobre enfermedades transmisibles y no transmisibles, leyes y regímenes jurisdiccionales al respecto.

2.2 Bloques Propios de la Especialidad

Bloque 7: Salud Integral de la Mujer

Aparato Genital Femenino: embriología, anatomía y fisiología . Fisiología del canal del parto. Placentación. Fisiología de la reproducción. Reproducción humana. Etapas evolutivas psicobiológicas. Sexualidad.

Atención primaria en Tocoginecología: relación médico/paciente: Privacidad - confidencialidad. Semiología Gineco - Obstétrica. Examen genitomamario. Especuloscopía. Atención preconcepcional. Atención prenatal. Control y seguimiento del embarazo normal. Diagnóstico de presentación y pelvimetría. Trabajo de parto, parto y puerperio normal. Lactancia normal. Valoración y atención del recién nacido. Teratología y fármacos en el embarazo Ginecología infanto juvenil y climaterio. Salud Sexual y reproductiva: Derechos sexuales y reproductivos. Anticoncepción reversible y quirúrgica. Tamizaje y diagnóstico del cáncer genito-mamario.

Bloque 8: Estudios Complementarios

Laboratorio: Laboratorio General. Rutina de embarazo normal y de alto riesgo.

Laboratorio endócrino metabólico.

Laboratorio prenatal y genético: Indicaciones de amniocentésis. Punción de vellosidades.

Estudios que realiza el tocoginecólogo: Toma de PAP exocervical y endocervical.

Examen de flujo cervicovaginal. Colposcopia. Biopsia de cuello uterino, vulva, vagina y mama. Histeroscopia. Monitoreo fetal ante e intra parto. Estudios de urodinamia.

Imágenes: Histerosalpingografía. Ultrasonido en tocoginecología: ecografía ginecológica. Ecografía mamaria. Ecografía Obstétrica. Doppler feto placentario. Mamografía. Marcaciones prequirúrgicas mamarias. Densitometría Ósea. Tomografía Axial Computada. – Resonancia Magnética Nuclear. Centellograma Óseo.

Bloque 9: Patología Tocoginecológica.

- *Ginecología:*

  Anomalías del desarrollo genitomamario: Trastornos de la diferenciación sexual. Malformaciones.

  Endocrinología Ginecológica: Alteraciones del ciclo sexual. Anovulación crónica. Poliquistosis ovárica. Hiperandrogenismo. Amenorreas. Metrorragias. Infertilidad de la pareja. Patologías endocrinológicas más frecuentes.

  Reproducción: Alteraciones en la implantación. Infertilidad: evaluación de la pareja infértil. Técnicas de reproducción asistida de alta y baja complejidad, Indicaciones. Endometriosis.

  Patología del primer trimestre de embarazo: Aborto espontáneo, inducido y séptico. Aborto no punible. Embarazo ectópico. Enfermedad trofoblástica gestacional.

  Infecciones: Enfermedad pelviana inflamatoria. Infecciones de trasmisión sexual y otras infecciones.

  El dolor en ginecología: Dismenorrea, abdomen agudo ginecológico y dispareunia.

  Vulvodinia. Dolor pelviano crónico.

  Disfunciones sexuales: Causas

  Patología Vulvovaginal: Infecciones vulvovaginales. Lesiones benignas. Prurito. Distrofia.

Lesiones preneoplásicas. Cáncer de vulva y vagina.

Patología de cuello uterino. Infecciones: Virus de Papiloma Humano (HPV), otras.

Lesiones Benignas. Lesiones Preneoplásicas. Cáncer de cuello uterino.

Patología de útero: Leiomioma uterino. Hiperplasia de endometrio. Pólipos. Sinequias. Cáncer de endometrio. Sarcoma uterino.

Patología de Ovario y Trompas: Tumores benignos de ovario. Tumores funcionantes de ovario. Cáncer de ovario. Patología tubaria benigna y cáncer de trompa.

Uroginecología: Disfunciones del piso pelviano. Distopias. Incontinencia urinaria. Diagnóstico diferencial. Fístulas Urogenitales.

Patología de mama: Mastalgia. Lesiones benignas. Cáncer de mama.

- *Obstetricia*

Prematurez. Embarazo múltiple. Embarazo pos término.

Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis.

Restricción del crecimiento fetal. Polihidramnios. Oligoamnios.

Alteraciones de la inserción placentaria. Placenta previa. Acretismo placentario.

Alteraciones genéticas.

Muerte fetal intrauterina.

Embarazo en los extremos de la vida reproductiva.

Embarazo en la adolescencia.

Alteraciones clínicas previas y producidas por la gestación: Diabetes. Hipertensión arterial. Preeclampsia. Eclampsia. Trastornos inmunológicos del embarazo. Trasplante y embarazo. Enfermedad hemolítica perinatal. Infecciones: HIV, otras. Hepatopatías. Endocrinopatías. Alteraciones hematológicas. Cardiopatías. Nefropatías.

Alteraciones nutricionales. Otras:

Tumores y embarazo: masas anexiales. Miomas. Cáncer genitomarario.

Complicaciones del trabajo de parto y del parto:

Presentaciones distócicas. Complicaciones hemorrágicas. Disdinamias. Otras.

Complicaciones del puerperio: hemorrágicas e infecciosas.

Lactancia: promoción. Técnicas de amamantamiento. Complicaciones. Contraindicaciones.

Bloque 10: Tratamiento Tocoginecológico

- *Tratamiento Médico:*

Analgesia.

Hormonoterapia: Anticoncepción. Terapia sustitutiva (TRH). Infertilidad.

Alteraciones del Ciclo. Antiandrógenos.

Antibióticos (ATB). Antimicóticos. Antiparasitarios

Uteroinhibidores. Ocitócicos. Uterotónicos. Prostaglandinas.

Corticoterapia.

Hipoglucemiantes orales e insulinoterapia.

Antihipertensivos.

Inmunizaciones.

Anticolinérgicos. Antiespasmódicos.

Quimioterapia (nociones básicas).

Suplementos nutricionales: ferroterapia, acido fólico, otros.

Dieta. Ejercicio.

Radioterapia (indicaciones).

Transfusiones. Hidratación.

Tromboprofilaxis.

Tratamiento de patologías vulvares, vaginales y cervicales.

Colocación de DIU.

Manejo médico del shock.

- *Tratamiento Quirúrgico.*

  Analgesia. Anestesia local.

  Normas de Seguridad (prequirúrgica, quirúrgica y postquirúrgica).

  Vulva: Resecciones parciales. Hemivulvectomía. Vulvectomía. Marsupialización de la glándula de Bartolino. Linfadenectomía inguinal superficial y profunda. Episiotomía. Episiorrafia. Plásticas vulvares. Himen imperforado.

  Vagina: Tabiques. Resecciones parciales. Sinequia.

  Útero: Aspiración manual endouterina (AMEU). Legrado uterino instrumental. Conización. Tratamientos destructivos locales. LEEP excéresis. Cono LEEP. Cono quirúrgico. Amputación cervical. Cerclaje. Sutura de desgarros.

  Raspado evacuador y biópsico.

  Miomectomía. Histerectomía subtotal / total. Histerectomía vaginal / abdominal. Anexohisterectomía total ampliada. Laparotomía / laparoscopía.

  Histeroscopía diagnóstica. Resectoscopía.

  Cesárea. Parto instrumental. Versión interna / externa.

  Ovario: Anexectomía. Quistectomía. Citorreducción en ginecología (Omentectomía)

  Ganglios: Linfadenectomía pelviana y lumboaórtica.

  Trompas: Salpinguectomía. Salpingostomía. Ligadura Tubaria.

  Periné: Colporrafia anterior / posterior. Colpoperinorrafia. Tratamiento quirúrgico del prolapso con mallas. Cinta mediouretral para el tratamiento de la incontinencia de orina. Burch / Cinta transobturatriz (TOT).

  Mama: Tratamiento radioquirúrgico. Tumorectomía. Cuadrantectomía. Mastectomía.

  Ganglio centinela. Linfadenectomía. Drenaje de absceso. Galactoforectomía. Resección de conductos terminales.

3. REQUISITOS MÍNIMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA RESIDENCIA

3.1 Carga Horaria.

La Residencia de Tocoginecología tiene una duración prevista de cuatro (4) años.

El residente desarrolla su actividad teórico asistencial en el máximo de ochenta (80) horas semanales, incluyendo las horas de guardia.

Se prevé un máximo de dos (2) guardias por semana que deberán estar separadas como mínimo por 24 h. Deberán contar con un descanso post-guardia efectivo de seis (6) horas de corrido, en el ámbito intra o extrainstitucional.

Este esquema de distribución de guardias debe desarrollarse en el transcurso de todo el programa de residencia, no existiendo diferencias por nivel de formación.

3.2 Rotaciones Obligatorias:

- *Patología Cervical.*
- *Patología Mamaria.*
- *Oncoginecología.*
- *Endoscopía Ginecológica.*
- *Alto Riesgo Obstétrico.*
- *Primer Nivel de Atención (según la organización local del sistema se desarrollara en centros de atención primaria, hospitales rurales, consultorios externos, etc.).*
- *Rotación Electiva (Son rotaciones de opción libre para cada residente, pero las mismas deben encontrarse dentro de un marco preestablecido y deben completar la formación en la especialidad que está realizando).*

Las rotaciones obligatorias tendrán una duración como mínimo de tres (3) meses cada una; deberán ser supervisadas y evaluadas a su finalización.

3.3 Características de la Oferta Formativa.

En vistas de que las características prestacionales de los centros, se traducen en oportunidades de formación para los residentes es que se establecen parámetros que garanticen una formación sólida y completa. Los centros que no ofrezcan la oportunidad de realizar la practica mínima indispensable para la formación en la especialidad, podrán establecer convenios con otras instituciones para cumplimentar los requisitos exigidos pero siempre respetando una estructura básica.

- *Un médico de planta con certificación en la especialidad en horario de 8 a 17 hs.*
- *Acceso a servicios de diagnóstico (laboratorio e imágenes).*
- *Acceso a interconsulta.*
- *Equipo de Salud básico para la especialidad.*

Los centros sede de la residencia tendrán que ofrecer acceso:

- *Biblioteca y/o acceso a base de datos sin costo para el residente.*
- *Aula.*
- *Condiciones de alojamiento para el residente: Dormitorio, baño y comida (durante el horario de trabajo).*

3.3.1 Evaluación de los residentes

La evaluación del desempeño de los residentes es un elemento central de la formación que requiere ser pensada y desarrollada en concordancia con la propuesta formativa.

Esto supone:

- *Asumir de manera sistemática la función orientadora y reguladora de la evaluación, lo cual requiere definir parámetros, diseñar instrumentos, recoger información, juzgar el desempeño, dar orientaciones claras sobre avances, dificultades e instancias remediales.*
- *Incorporar distintas y variadas instancias de evaluación a fin de aumentar su confiabilidad y disminuir los sesgos personales que intervienen en dicho proceso.*

El sistema de evaluación del desempeño de los residentes, debería contemplar como mínimo los siguientes momentos:

- *Evaluación anual integradora de carácter teórico practico*
- *Evaluación post rotación de carácter teórico practico*
- *Evaluación final de la residencia de carácter teórico practico*

3.3.2 Condiciones de contratación mínimas

Contratación Básica: Beca de formación con seguridad social.

3.3.3 Prácticas

Los residentes tendrán que tener oportunidad de realizar las siguientes ***prácticas y procedimientos*** en el transcurso de su residencia:

- *Atención de pacientes en Consultorio Externo por semana: entre 30 y 60.*
- *Atención de pacientes en Guardia por semana. entre 30 y 60.*
- *Seguimiento de camas de Internación por día. entre 3 y 10.*

Procedimientos de Quirófano

- *Atención de partos/ trabajo de parto: mínimo 100.*
- *Atención de partos instrumentales: mínimo 10.*
- *Realización de cesáreas: mínimo 30.*
- *Cerclaje: mínimo 2.*
- *Legrado Evacuador: mínimo 20.*
- *Aspiración manual Endouterina: mínimo 10.*

Cirugía Mamaria:

- *Tratamiento conservador(Tumorectomía, Tratamiento radioquirúrgico, Biopsia radioquirúrgica, Cuadrantectomía y Galactoforectomía): mínimo 20*
- *Tratamiento radical (Mastectomía): mínimo 3.*

Tratamiento de la axila:

- *Linfadenectomía: mínimo 5.*
- *Ganglio Centinela: mínimo 3.*

Cirugía del Tracto Genital Inferior:

- *Cirugía Cervical (Resección con Leep, Cono Leep, Cono quirúrgico y amputación cervical): mínimo 10.*
- *Cirugía menor de la Vulva y Vagina (Marsupialización y Ectomía de Glándula de Bartholino, Biopsia Escisional de Vulva): mínimo 20.*

Laparotomías

- *Manejo de masas anexiales (Quistectomías, oforectomías, Salpinguectomías y Anexectomías): mínimo 20.*
- *Histerectomía / Anexohisterectomía: mínimo 10.*
- *Miomectomía: mínimo 5.*
- *Reparación de piso pelviano y/o incontinencia: mínimo 10.*

Procedimientos Endoscópicos

- *Histeroscopía diagnóstica: mínimo 10.*
- *Laparoscopía: mínimo 10.*

Procedimientos de Consultorio

- *Colocación / Extracción de DIU: mínimo 10.*
- *Biopsia de Tracto Genital Inferior: mínimo 10.*
- *Biopsia de Endometrio: mínimo 5.*
- *Drenaje de abscesos genitomamarios: mínimo 5.*

3.3.4 Actividades académicas

- *Clases: La residencia deberá contar como mínimo con dos (2) clase teóricas por semana.*
- *Ateneos: La residencia deberá contar como mínimo con un (1) ateneo por semana. Cada ateneo requerirá como mínimo un trabajo de búsqueda bibliográfica por parte de los residentes.*
- *Trabajo de Investigación: La residencia deberá exigir como mínimo un (1) trabajo de investigación por residente durante el transcurso de su formación como especialista. El trabajo de investigación deberá ser un análisis retrospectivo de casos clínicos y/o caso-control (serie histórica).*

3.3.5 Equipamiento

- *Colposcopio.*
- *Microscopio.*
- *laparoscopio.*
- *Detector de latidos fetales.*
- *Monitor fetal.*
- *Ecógrafo.*

3.3.6 Acceso a servicios

- *Diagnóstico por imágenes.*
- *Terapia intensiva.*
- *Hemoterapia.*
- *Anatomía patológica.*
- *Anestesiología.*
- *Neonatología.*
- *Laboratorio.*
- *Quirófano.*

4. CAPACIDADES DEL EGRESADO DE LA RESIDENCIA

El residente egresado de la Residencia en Tocoginecología debe estar capacitado para:

Promover la salud integral de la mujer.

Promover el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Resolver la patología ginecológica en todas las etapas de la vida de la mujer.

Prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades de transmisión sexual.

Prevenir, diagnosticar y tratar el cáncer ginecológico y mamario.

Atender el embarazo, parto y puerperio.

Resolver la patología del embarazo, parto y puerperio.

Prevenir el embarazo no deseado, el embarazo adolescente y las complicaciones por Aborto.

Promover la lactancia materna.

Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, como así también de la salud reproductiva y la paternidad responsable.

Prevenir y /o brindar correcto tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (Morbimortalidad materna y perinatal).

DIRECCIÓN NACIONAL DE
CAPITAL HUMANO Y
SALUD OCUPACIONAL

Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación