



**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**

“2013. Año del 30 Aniversario de la vuelta a la Democracia”

**MINISTERIO DE SALUD**

**PROGRAMA  
DOCENTE  
DE LA  
RESIDENCIA  
DE  
MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR  
(MGyF)**

**ANEXO I**

**2013**

## **INDICE**

1. **INTRODUCCIÓN**
2. **FUNDAMENTACIÓN**
3. **DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA**
4. **CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA DEL GCABA**
5. **PROPÓSITOS GENERALES**
6. **PERFIL DEL EGRESADO DE LA RESIDENCIA: OBJETIVOS GENERALES**
7. **ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA**
8. **ESTRATEGIAS PARA LA CAPACITACION**
9. **ORGANIZACIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES POR AÑO, SEGÚN ÁMBITO DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE**
10. **ESCENARIOS FORMATIVOS, OBJETIVOS y CONTENIDOS POR AÑO**
11. **SISTEMA DE EVALUACIÓN**
12. **BIBLIOGRAFÍA GENERAL ORIENTADORA DEL PROGRAMA**
13. **GLOSARIO**

## **1. INTRODUCCIÓN**

La residencia de Medicina General y Familiar se inició en la Ciudad de Buenos Aires en el año 1992 con una sede ubicada en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 24 (CeSAC), del Área Programática del Hospital Piñero.

En el año 2013 la Residencia de Medicina General y/o Familiar (RMGyF) del Sistema Público de Salud de la CABA se desarrolla en 10 sedes:

|   |                          |
|---|--------------------------|
| CeSAC n° 24 + CeSAC n°19                        | Hospital Piñero          |
| CeSAC n° 21 + n° 26                             | Hospital Fernández       |
| CeSAC n° 15 + n° 9 n° 41 + Unidad MGyF Hospital | Hospital Argerich        |
| CeSAC n° 35                                     | Hospital Penna           |
| CeSAC n° 34 + Unidad MGyF y F Hospital          | Hospital Álvarez         |
| CeSAC n° 12 + n° 27                             | Hospital Pirovano        |
| CeSAC n° 36                                     | Hospital Vélez Sarsfield |
| CeSAC n° 5                                      | Hospital Santojanni      |
| CeSAC n° 45,<br>Mejía                           | Hospital Ramos           |
| Area Programática                               | Hospital Tornu           |

Es importante redefinir las políticas de formación de Residentes en base a lo planteado por la Ley Básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires número 153 que tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin y cuyos alcances rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la Ciudad de Buenos Aires

La Ley Básica de salud 153 legisla la organización general y el desarrollo del subsector estatal de salud, basado en la constitución de redes y niveles de atención; así como la articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense, orientadas a la constitución de un consejo y una red metropolitana de servicios de salud; y la concertación de políticas sanitarias con el gobierno nacional, con las provincias y municipios.

Otro significativo antecedente son las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de la formación de Redes integradas de servicios de salud (RISS) en base a MGyF.

El Programa de RMGyF reconoce la evolución histórica de la especialidad así como a la necesidad de potenciar el crecimiento de la Atención Primaria de la Salud en CABA

Incorpora los cambios en las tecnologías de atención de la salud, pedagógicas, de gestión e investigación producidas, y se basa en valores en una perspectiva de formación de profesionales de la salud que sean parte de la respuesta que de satisfacción al Derecho a la salud de l@s ciudadan@s.

## **2- FUNDAMENTACIÓN**

La Medicina General y/o Familiar es 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.

Fue reconocida como especialidad por el Ministerio de Salud de la Nación mediante Resolución N° 1923/06.

En 2008, la especialidad fue definida por el Consejo Federal de Salud (COFESA) como una de las especialidades prioritarias para la formación médica.

Así como el lugar reconocido a la especialidad MGyF explicitado en la Ley Nacional de Salud Mental y su decreto reglamentario 2013

En la actualidad existen sedes de residencias de la especialidad MGyF en todo el país.

En el ámbito de la CABA, a través el Decreto 145 del 20/3/12 de la Jefatura de Gobierno, a propuesta de la Dirección General de Docencia e investigación, se homologa la denominación de la especialidad a la especialidad reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación con el fin de facilitar la obtención del reconocimiento como Especialista por dicho organismo. y la formación de MGyF se inserta en los lineamientos políticos de la Ley Básica de salud 153. .

Como todas las especialidades medicas reconocidas se encuentra dentro de los alcances de la Carrera de Profesionales de la salud de la CABA (Ordenanza 41.455/86 y sus modificatorias) y se constituye en un antecedente curricular significativo para los Concursos de ingreso a dicha Carrera

Asimismo, la Resolución 193-MSGC/13 del 21/2/2013 en su artículo 3, incluye como residencia básica a Medicina General y/o Medicina de Familia cuyo programa se desarrolla en 4 años.

En la década del '90, mediante la Ley 23.873, se modifican los Art. 21 y 31 de la Ley 17.132 reconociéndose a la residencia completa, como una de las formas de acceso al certificado de especialista.

También, en la misma década, se sanciona la Ley de educación superior (Ley 24.521), luego de la cual, las universidades comienzan con la apertura de carreras de postgrado que otorgan títulos universitarios de especialidad .

En cuanto al desarrollo de la Medicina General y/o Medicina de Familia en el ámbito universitario de grado, se reconocen en el país diversas experiencias

Son antecedentes en la concepción/ paradigma de atención en la especialidad:

1) La Declaración de Alma Ata del año 1978 donde se proclama la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) para llegar a la meta de “Salud para todos en el año 2000,” se constituyó en uno de los paradigmas fundamentales no solo para el desarrollo de la especialidad de Medicina General y/o Familiar, sino para la reformulación de los Sistemas de Salud.

2) Medicina Social Latinoamericana y Salud Colectiva: con sus conceptualizaciones sobre el “proceso salud -enfermedad -atención”, su

análisis crítico de la epidemiología clásica, y la propuesta de una epidemiología social y comunitaria constituyen un marco teórico de gran significación

3) Medicina Basada en la Evidencia (MBE): es una estrategia de aprendizaje que intenta llenar la brecha existente entre la investigación y la práctica clínica corriente.

Intenta brindar los elementos necesarios para poder interpretar críticamente la literatura.

4) Desarrollos de la especialidad a nivel internacional se convirtieron en escenarios analizados para actualizar el Programa ( movimiento de la salud colectiva brasileña, sistemas de salud cubano, canadiense, inglés y español )

5) La OPS propone las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS) basadas en la Atención Primaria de Salud, que buscan integrar programas, poblaciones y servicios de salud.

Recientes artículos objetivan que aquellos países que cuentan con MGyF como puerta de entrada al Sistema Sanitario presentan un menor uso de medicación, unos costos globales menores, consiguiendo mayores niveles de satisfacción entre los usuarios, y lo más llamativo aún, mejores niveles de salud, y en definitiva mejores resultados en términos de efectividad, eficiencia micro y macroeconómica equidad y satisfacción.

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

En la mayoría del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) es “endémica” la falta de articulación entre el Primer Nivel de Atención y los Niveles Hospitalarios, y prevalece al momento actual una “cultura de resolución de problemas agudos” sin desarrollar las potencialidades para el abordaje de problemas de salud crónicos, ni aspectos de rehabilitación, es mucho lo pendiente en la medición de resultados sanitarios así como del grado de satisfacción de los usuarios tanto pacientes como trabajadores desde una perspectiva de gestión de la calidad.

El AMBA representa un gran conglomerado funcional y poblacional donde no existe una planificación y ejecución conjunta entre CABA y el conurbano cuando los factores epidemiológicos, socioculturales, de flujo de demanda, entre otros, exceden los límites jurisdiccionales.

Está conformada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires más el primero, segundo y tercer cordón del conurbano y los 24 partidos del Gran Buenos Aires.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires alberga a 2.891.082 habitantes en un territorio de 200 km<sup>2</sup>, netamente urbano y con facilidad para el acceso geográfico a cualquiera de sus puntos y si consideramos el AMBA que tiene una población de 12.801.364 habitantes, de los cuales una parte significativa busca atención de salud en el sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

De los egresos hospitalarios del SPS de la CABA, el 49,3 % pertenecen a ciudadanos de CABA, el 45,5% corresponde a habitantes del Conurbano y el 5% a otros lugares de residencia.

A modo de ejemplo que de la vinculación asistencial entre habitantes del AMBA y los servicios de salud públicos de la CABA el 44 % de las pacientes revisadas en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2010, fueron del conurbano.

La CABA muestra una pirámide poblacional de países desarrollados, con bajo números de nacimientos y alta proporción de adultos mayores, que alcanzan según el Censo 2010 el 16,4%, mientras que en el conurbano la población es más joven con un índice de natalidad superior a la CABA.

La construcción anárquica de la urbanización, produjo fuertes heterogeneidades socioeconómicas y territoriales en vivienda, hábitat saludable, educación y salud.

Polarizando por un lado, la CABA más el norte del conurbano, y barrios aislados del primer cordón como áreas de mayores recursos e ingresos, en contraste con regiones con amplias inequidades en materia de necesidades básicas no satisfechas, acceso a servicios y bajos ingresos, como son el sur de CABA, sur, oeste y segundo cordón del conurbano.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el porcentaje de hogares en situación de hacinamiento o hacinamiento crítico es un 12% de la población.

El 5,7% de la población de la Ciudad reside en villas y asentamientos precarios- representando en la Comuna 8- la tercera parte de su población.

Se calcula que el 10% de las viviendas del AMBA sufre las mismas carencias habitacionales (contrastando desde sólo el 3,5% en el partido de Vicente López hasta el 47% en el Municipio de José C. Paz).

Las principales causas de mortalidad en ambas regiones siguen siendo: enfermedades cardiovasculares, tumores, infecciosas, externas y Accidente Cerebrovascular (ACV).

Una problemática de gran impacto en el AMBA que trae consecuencias negativas para la salud lo constituyen los problemas ambientales.

Las enfermedades emergentes y reemergentes (Dengue, Influenza, IRAB) dan un claro ejemplo de la necesidad de estrategias en salud en común.

En relación a la organización de los Servicios Públicos de Salud en CABA y AMBA es importante tener en cuenta que la Ley Básica de Salud de la CABA 153 /1999, determina la organización territorial del subsector estatal de la CABA por regiones sanitarias integradas por factores demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos, laborales y de vías y medios de comunicación, destinadas a optimizar la programación, organización y evaluación de las acciones sanitarias de los efectores de salud.

Así en el año 2008, a través de la resolución N°31 del Ministerio de Salud se crean las Regiones Sanitarias.

Esta resolución basa su fundamento en la Ley Básica de Salud, Constitución de la Ciudad de Buenos Aires (1994) y en la Ley de Comunas.

A los fines sanitarios se ha dividido a la ciudad en cuatro regiones: I (Este), II (Sur), III (Oeste) y IV (Norte).

En la Provincia de Buenos Aires está dividida en XII regiones sanitarias, dentro del AMBA las regiones participantes son V, VI, VII, XI y XII.

Cumpliendo la normativa decisión político-sanitaria de priorizar la Atención Primaria de la Salud, pautada por la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y su Constitución; dentro del sistema público de CABA, el Primer Nivel de Atención cuenta como efectores con 83 Centros de Atención Primaria (45 CeSAC, 39 CMB, 71 consultorios del Plan Cobertura porteña), que no sólo absorben la población barrial, sino también la que llega por medios de transportes de los corredores sanitarios del conurbano.

La oferta de AMBA incluye 1038 establecimientos del primer nivel de atención entre Unidades Sanitarias, Centros de Salud, y Salas de Primeros Auxilios.

La existencia de menos de 1 establecimiento cada 10.000 habitantes, como valor promedio, muestra un déficit de oferta física considerable, sin considerar la dotación de personal médico y de enfermería, que se agrava más en los cordones periféricos.

La estructura de dichos efectores así como los procesos organizativos que se desarrollan se encuentran en procesos de búsqueda del cumplimiento de estándares de calidad que aseguren una respuesta eficaz, eficiente y efectiva a las necesidades de salud de la población.

Es esperable el desarrollo de acuerdos político/estratégicos/programáticos inter-jurisdiccionales para la mejora de la integración en redes de servicios de salud de los efectores de la CABA con los municipios que constituyen el área metropolitana de Buenos Aires

#### **4. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA DE LA CABA:**

Las Residencias del Equipo de Salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de posgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar para el ámbito intra y extrahospitalario un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad.

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

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

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

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

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

## **EL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD**

### a-Un programa para la vida profesional:

Si se realiza una línea de tiempo que tome la vida de un médico que realice su Residencia y se reconocen sus etapas de formación previa en el sistema educativo formal, así como en el contexto en su medio familiar y sociocultural y en el momento histórico de la sociedad en que se desarrolló, podremos ver con qué llega al ingresar su formación al Programa de Residencia: la vida “pre-residencia”.

También, esto, permite visualizar el tiempo-mucho mayor por cierto -de la vida profesional que vendrá luego de realizada la Residencia: la “vida post residencia”.

Este análisis de ubicar a la Residencia en este marco temporal permite dimensionar los condicionantes que pueden influenciar sobre la Residencia; por ejemplo los cambios de la currícula de la formación de grado en las Facultades de Medicina en la “vida pre-residencia” .

O en la “vida post -residencia”, cómo acompañan las competencias adquiridas en la Residencia a los cambios que se producirán en la sociedad en la adquisición de mayores derechos, las modificaciones en los sistemas de salud y sus modelos de atención, los cambios tecnológicos tanto en la atención de la salud como en la comunicación.

En ese marco se presenta la actualización del Programa de la especialidad de MGyF con el objetivo de que acompañe y moldee a ese MGyF para su vida profesional, en una práctica basada en valores y que la residencia no sea una mera etapa para la adquisición de información.

## b- Actualización del Programa:

-a) El presente programa se enmarca en un plan de mejora continua del proceso formativo de la especialidad y es un instrumento dinámico que debe ser actualizado cada 5 años desde su implementación, para ir haciendo las adecuaciones a las necesidades cambiantes del desarrollo científico-tecnológico y de la sociedad; así como para evaluarlo a través de indicadores que cualifiquen la mejora en la adquisición de competencias de los Residentes.

-b) Se constituye en un “programa vivo”, esto es, una guía permanente de consulta para los equipos de gestión docente así como de los Residentes; al mismo tiempo que un “programa integrado” que favorezca la articulación de conocimientos a lo largo de todo el desarrollo de la Residencia.

-c) Toma como eje el aprendizaje en el contexto del trabajo en que el conocimiento se crea en el espacio donde se desarrolla la acción y en la práctica misma del desempeño en salud; promoviendo el “aprender a aprender”. como una objetivo pedagógico central.

-d) Define la necesidad de analizar la realidad sanitaria del área metropolitana: en especial su perfil epidemiológico y sus modelos de atención para, desde allí, redefinir el lugar del MGyF.

-e) Es producto de un diseño con las siguientes características:

e.1. Una metodología participativa de elaboración del Programa con distintos actores (Residentes, Jefes de Residentes, Coordinadores locales y MGyF de planta, Asesores pedagógicos)

e.2. Con énfasis en el aprendizaje de las experiencias de desarrollo de la especialidad: -sistematizadas y no sistematizadas- tanto a nivel nacional (en distintas jurisdicciones y en especial en la CABA) así como internacional.

-f) Basado en Valores que se pueden agrupar en 6 compromisos: con las personas, con la sociedad en general, con la mejora continua de su trabajo, con la propia especialidad, con la formación y con la ética.

-g) Direcciona la formación basada en el perfil profesional que define y que detalla las competencias profesionales, esto es, los conocimientos, habilidades y actitudes de un MGyF según un catálogo de actividades sujetas a una metodología docente y evaluadora, con el establecimiento de estándares mínimos, deseables, de excelencia en los objetivos de aprendizaje.

-h) Asume el tiempo como un recurso que debe:

h.1. Ser gestionado con criterios de eficiencia y eficacia para el logro de las competencias definidas.

h.2. Reconoce la responsabilidad y el compromiso del cumplimiento basado en valores éticos de respeto a los derechos laborales del Residente como profesional en formación y trabajador de la salud.

h.3. Reconoce el proceso de feminización de la Medicina y los cambios que dicho fenómeno plantea como necesarios en la organización del trabajo.

h.4. Reconoce en el Residente de 4° año a un profesional que se encuentra en una etapa de próximo ingreso al sistema de salud desde un rol diferenciado,

para el cual se problematiza e incorpora al proceso pedagógico su inclusión en el sistema de salud , así como la preparación como gestor de la formación de los Residentes en el rol de Jefe de Residentes y promotor de procesos de Educación Permanente en Salud (EPS) en los Equipos de Salud en que se inserte.

h.5. Se incorpora en la planificación del tiempo la distribución de actividades en los cuatro años para su ajuste al requerido para la adquisición de las competencias señaladas en el programa, y contabilizando los períodos vacacionales, asegurando descanso post-guardia y las eventuales licencias por maternidad que se produjeran relacionados con el proceso de feminización descripto..

Esto, además facilita y encuadra el progresivo ajuste a las tendencias internacionales, en lo requerido a la formación en la especialidad.

-i) El programa pauta las competencias que serán adquiridas por el residente a lo largo de su trayecto formativo, reconoce escenarios formativos y niveles de responsabilidad y el desarrollo adecuado del mismo para la adquisición de las competencias planteadas.

-j) Describe una serie de requisitos necesarios para el logro de la calidad del egresado del proceso formativo a través de la reingeniería de la propia estructura docente reconociendo la necesidad de la creación de nuevos roles y funciones (Instructores de MGyF por Región Sanitaria; Tutores MGyF de planta; Tutores de apoyo matricial) donde se debe generar mayor presencia de docentes de la especialidad en la formación de Residentes.

-k) Establece el perfil común esperado para todos los residentes egresados de las distintas sedes formativas del GCBA para que la formación sea lo más homogénea en su desarrollo y en su resultado; al mismo tiempo que se encuadra en el Marco de referencia consensuado y aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación y por el CO.FE.SA., de modo tal que sea equivalente a las residencias a nivel Nacional, estableciendo criterios comunes para todo el proceso (Marco Normativo: Resoluciones MSAL -450/06, 1922/06 y 1342/07).

-l) Reconoce las “tensiones” en la formación del RMGyF: entre niveles de atención (Hospital-CeSAC); entre especialidades médicas y la MGyF; entre la “clínica y la epidemiología”; entre la “asistencia y la prevención”: entre “lo médico” y la “Inter-disciplina”; entre la “experiencia y la evidencia”; “entre los recursos éticamente necesarios y lo posible”; entre “accesos inequitativos a los servicios de salud” y “marcos normativos que sostienen la equidad”; entre “enunciados de políticas sanitarias basadas en la estrategia de APS y redes integradas y un Primer Nivel de Atención periférico y aislado”.

-m) El programa de formación se desarrolla reconociendo al sub sistema público de salud de la Ciudad como una red que aprovecha la magnitud y diversidad de ámbitos y estrategias presentes en sus diversos efectores, y se propone en esta edición la articulación en base a convenios con sistemas de salud de jurisdicciones del área metropolitana y de jurisdicciones del interior de país, así como de otros subsistemas de salud.

-n) Se propone la recomendada articulación con la Universidad como parte de las políticas del Ministerio de Educación de la Nación, tanto a nivel del grado como del postgrado buscando la sinergia en base a sus recursos de conocimientos, experiencias pedagógicas, y acceso a TIC.

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

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

-p) Pluri-potencialidad: el programa enfatiza la decisión de la formación de MGyF que desarrollen su actividad profesional futura en un Centro de Salud de áreas metropolitanas, pero también propone un criterio de pluri-potencialidad para asegurar el desempeño con calidad en ámbitos semi-rurales, y permita servir de base formativa para posterior formación en otras áreas de capacitación como las Urgencias, o para desempeñar su trabajo en otros ámbitos laborales y en otros servicios, unidades o entidades públicas y privadas; al mismo tiempo, para desempeñarse en tareas de docentes a nivel de grado como posgrado y en proyectos de investigación.

-q) Se constituye en un modelo de Currícula integrada a través de la cual se produce la articulación entre los distintos escenarios formativos por los que transcurre e/la Residente jerarquizando la continuidad durante la mayor parte del tiempo en el escenario de desempeño de la especialidad en el Cesac con la supervisión de MGyF y formando parte del Equipo interdisciplinario .

## **5. PROPÓSITOS GENERALES**

El desarrollo del programa de la residencia de MGyF deberá:

- Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de la Salud de la población de referencia del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Seleccionar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles.
- Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.
- Desarrollar capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la Residencia y con otras Residencias.
- Promover la reflexión acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas de salud, teniendo en cuenta los aspectos éticos y sociales.

- Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.
- Fortalecer el rol del Médico Generalista dentro del equipo de salud.
- Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica.

## **6. PERFIL DEL EGRESADO DE LA RESIDENCIA. ÁREAS DE COMPETENCIAS**

Se espera que el egresado de la residencia de Medicina General y/o Familiar sea un profesional capacitado para realizar la atención y el cuidado integral de la salud de la población en todas las etapas del ciclo vital, en el marco de la estrategia de la APS.

Tendrán en cuenta la epidemiología local para la promoción y protección de la salud y la coordinación del proceso de atención tendiente a contribuir a la solución de los problemas de salud de la población a cargo para promover el derecho a la salud y el autocuidado; favorecerá el trabajo en equipo e interdisciplinario; y facilitará la articulación entre los distintos niveles del sistema de salud con otros sectores de la comunidad.

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 abordajes ambulatorios y domiciliarios, agudos y crónicos, pasivos y activos, 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 favoreciendo la autonomía de los ciudadanos que atendemos no sólo como un deber ético, sino como un objetivo de salud, procurando dar toda la información necesaria para que el propio paciente decida, con conocimiento y con nuestra colaboración, el curso de la atención que prefiere
- 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

### **Áreas de Competencias:**

Aunque el objeto final de la formación del residente es la adquisición de la competencia suficiente para realizar la atención a la persona como un todo y en su contexto, a efectos docentes se identifican áreas competenciales:

## **6.1. Esenciales:**

### **6.1.1. La comunicación asistencial. La entrevista clínica. La relación médico paciente:**

Desarrollar herramientas para la comunicación a fin de poder establecer una comunicación fluida y eficaz con la población en diferentes contextos y equipo de trabajo y consolidar la relación médico paciente familia.

### **6.1.2. El razonamiento clínico:**

Adquirir herramientas para el manejo de los distintos tipos de tecnologías en forma estratégica como medio de generar la mejor calidad de atención de salud.

### **6.1.3. La gestión de la atención:**

Administrar los recursos comunitarios y del sistema de salud en forma costo-efectiva, elaborar y aplicar estrategias de abordaje de los problemas y necesidades sanitarios, evaluando el proceso y los resultados.

Gestionar el proceso de atención de la salud de la persona, familia y comunidad, lo que implica: integrar el equipo de salud trabajando desde una perspectiva interdisciplinaria, planificar estrategias para el abordaje de las problemáticas de salud, gestionar y evaluar el sistema de atención en el que está inmerso.

### **6.1.4. La bioética:**

Conocer y actuar de acuerdo al marco legal y normativo que rigen para resolver los principales problemas de salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires y del área metropolitana, la Ley básica de salud y la Constitución de la CABA así como las normativas que reglamentan el sistema de residencias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Desarrollar su práctica según los principios fundamentales de la bioética.

## **6.2. Atención al individuo y la familia:**

Realizar el cuidado integral y longitudinal de la salud de la persona en las diferentes etapas del ciclo vital, teniendo en cuenta el contexto socio-histórico y las necesidades de la población atendida, jerarquizando los controles de salud y la atención de enfermedades prevalentes, agudas y crónicas de abordaje ambulatorio y domiciliario

Asistir adecuadamente las consultas de urgencia que con más frecuencia pueden presentarse en el primer nivel de atención, con la tecnología propia de un centro de salud y, en caso que sea necesario, derivar adecuadamente a los otros niveles de atención.

## **6.3. Atención a la comunidad:**

Sostener procesos de análisis de situación local de salud reconociendo la determinación social del proceso salud/enfermedad/ atención.

Determinar las dimensiones de los problemas y necesidades de salud con la comunidad.

#### **6.4. Formación en docencia e investigación:**

Participar de Procesos de investigación, lo que implica: justificar el enfoque adoptado en el proceso de investigación, realizar validación metodológica, elaborar y difundir informes de investigación.

Desarrollar herramientas para la toma de decisiones basadas en evidencias científicas

Participar en acciones de educación médica continua y permanente.

Participar en el proceso de formación de nuevos residentes, así como colaborar con la formación de grado.

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

**7.1.** La Residencia de Medicina General y/o de Familia al igual que el resto de las residencias del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se rige por lo dispuesto en la Ordenanza 40.997/86 y sus modificatorias posteriores (Ord. 51.475/97 Ley 601y Ley 4702/2013.)

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

**7.2.** La duración del programa es de 4 años, con posibilidad de acceso al cargo de Jefe de residentes o Instructor, por un año más en el primer caso y uno o más años en el segundo

#### **7.3. Estructura de Gestión docente de la RMGyF**

##### **7.3. a- Coordinación General de la Residencia:**

Las funciones de la Coordinación General se describen en el anexo 2 Resolución 2.122 del 2011.

- Participe en el proceso de selección de Residentes, a través de: elaboración de preguntas de examen, orientación a aspirantes, toma y análisis de los resultados del examen de residencia.
- Capitalice la experiencia docente acumulada durante años.
- Coordine la elaboración y/o actualización del Programa Docente
- Coordine las actividades de gestión del programa de cada sede, de acuerdo al programa general de la residencia.
- Coordine las actividades que impliquen garantizar el cumplimiento del programa y, a través del mismo, la mejor formación de los residentes.

- Coordine, a través de reuniones periódicas con la residencia, la organización de las actividades docentes, asistenciales y otras de interés para el desarrollo del programa.
- Programe las rotaciones fuera y dentro del hospital y/ o CeSAC de referencia.
- Intervenga junto a los Jefes de Residentes en las evaluaciones de desempeño profesional y de las rotaciones realizadas.
- Articule los programas de las distintas sedes, optimizando los recursos docentes, asistenciales y de la comunidad.
- Favorezca la producción de experiencias de formación integradas con las demás residencias médicas y del equipo de salud.
- Constituya una instancia de mediación en caso de conflicto entre algunas de las partes.
- Mantenga una comunicación fluida con la coordinación central de la Dirección de Capacitación y Docencia
- Promueva la formalización de convenios de intercambio científico con instituciones académicas, sociedades científicas u ONG.

**7.3.b- Jefatura de residentes:** Según la ordenanza 40.997, el Jefe de Residentes será un Profesional contratado anualmente, que haya completado la Residencia en la especialidad.

Funciones:

1-Organizar la actividad asistencial y docente de los Residentes según el Programa.

2-Organizar las rotaciones que realizarán los residentes en los distintos años de formación.

3-Supervisar las actividades que desarrollan los residentes en todos los ámbitos donde éstos desarrollen su actividad.

4-Actuar de acuerdo con Instructores de residentes, Coordinadores locales de sede de Programa y Jefes de servicio, en la supervisión y control de las actividades mencionadas, como así mismo con Jefes de Residentes de otras especialidades y profesiones.

5-Cumplir sus actividades en todas las áreas que fija el Programa respectivo, incluyendo consultorios externos, salas de internación y servicios de urgencias.

6-Evaluar el desempeño de cada uno de los residentes.

7-Mantener una comunicación fluida con los jefes de residentes de otras sedes, con el Coordinador local de su sedes y con la Coordinación General de la Residencia participando de la reuniones periódicas intersedes así como de las reuniones de monitoreo de sede local.

8-Informar a la Coordinación General de la Residencia en caso de evaluación negativa de algún residente a su cargo.

**7.3.c- Coordinador local de programa:** Según el Art. 18 de la ordenanza 40.997, la coordinación de cada programa de residencias

estará a cargo de un profesional de la misma especialidad o profesión, debiendo permanecer al plantel Municipal con un cargo no superior al de Jefe de División.

El coordinador del programa será designado por la Dirección de Capacitación y Docencia a propuesta conjunta de la Dirección del hospital y de la Subcomisión de Residencias. a propuestas de la sede de la Residencia.

Debe ser Médico de planta con antecedentes de Residencia completa y título de especialista en Medicina general y/o familiar.

Durará en su cargo 2 años pudiendo renovarse en sus funciones.

Son funciones del coordinador local:

- Confección del programa de acuerdo a las pautas y lineamientos generales emanados de la Dirección de Capacitación y Docencia; elevación del programa a la aprobación de la Dirección de Capacitación y Docencia por intermedio de la Subcomisión de Residencias; proponer modificaciones dirigidas al perfeccionamiento del Programa a la Dirección de Capacitación y Docencia , a través de la Subcomisión de Residencias;
- Es el responsable de la formación del residente, de la programación y ejecución del programa de capacitación; coordinar a través de reuniones periódicas con el Jefe de Servicio, Jefe e Instructor de Residentes, la organización de las actividades docentes, asistenciales y otras de interés para el programa, debiendo implementar las modificaciones necesarias en el servicio para el logro de los fines propuestos;
- Evaluar a cada uno de los residentes en las rotaciones o períodos formativos, con los Jefes de Residentes e Instructores de Residentes elevando los resultados a la Subcomisión de Residencias; programar conjuntamente con la Subcomisión de Residencias las rotaciones dentro y fuera del hospital y la evaluación anual de los residentes a efectos de su promoción;.

#### **7.3.d.)Instructor de MGyF por Región sanitaria de la CABA:**

La experiencia desarrollada desde la implementación del Programa en el año 2007 al momento de la actualización del mismo, muestra la necesidad de fortalecer la estructura formativa de las Sedes -Unidades de RMGyF dado que se carece de una estructura con niveles organizativos de unidades o servicios de la especialidad, debilidad que se extiende a los CeSAC .

Por lo que surge la necesidad de la figura de Instructor de MGyF por Región sanitaria,tomando como antecedente el articulo 2 de la Ley 601/2001(modificación del Sistema de Residencias de CABA)

Cada Instructor realizará las tareas de supervisión a las sedes pertenecientes a la Region sanitaria trabajando en forma coordinada con la Coordinación general de RMGyF y los Jefes de residentes y coordinadores locales de dichas sedes.

Es requisito ser Médico Generalista y de familia con título de especialista.

**7.3.e) Tutor/a MGyF:** la experiencia desarrollada desde la implementación de Programa en la CABA evidencia la necesidad de fortalecer el proceso formativo de RMGyF a través de la generación de un vínculo Residente /Tutor@ con el objetivo de potenciar proceso de identificación en el rol de la especialidad en las distintas áreas de competencias desarrolladas en el Programa.

El/la Tutor/a deberá ser MGyF que se desempeña en el CeSAC y/o Hospital de la sede de la RMGyF, con una relación de 1 Tutor cada 4 Residentes.

Es necesario que la tarea de Tutor/a sea reconocida como actividad de capacitación y como antecedente curricular a través de la certificación de la misma en forma anual .

A lo largo de los 4 años de la Residencia y, fundamentalmente, en el último Tutor y Residentes van a compartir trabajo y pacientes y según sea la actitud del primero hacia la enseñanza, su preparación específica y su capacidad para transmitir conocimientos aportará a la formación del Residente: el perfil del Tutor contempla ser buen médico y buen docente. Los aspectos decisivos del rol de Tutor son el manejo de las relaciones interpersonales, el modelo de comportamiento profesional y las tareas docentes y de investigación.

**7.3.d.3)- Profesionales de apoyo matricial:**

El presente programa plantea el diseño de dispositivos de apoyo matricial entre MGyF y otros especialistas a través de un vínculo continuo y personalizado.

Se deben generar dispositivos para las siguientes especialidades:

Salud del adulto-Salud infantil-Salud de la Mujer-Neumonología-  
Nefrología-Cardiología-Endocrinología-Traumatología-Cirugía-  
Oftalmología-Gastroenterología-Dermatología.

La experiencia desarrollada desde la implementación del Programa en CABA evidencia que debe ser un profesional de planta, tener un profundo conocimiento del Programa de formación de RMGyF y estar acreditado para el ejercicio de la tarea y la misma sea reconocida como actividad de capacitación y como antecedente curricular a través de la certificación de la misma en forma anual que acredite puntaje en la Carrera profesional.

**7.3.d.4)- Referente de DIDAPS: (Dispositivos de investigación, docencia y asistenciales por problema de salud):** MGyF de planta que se desempeñan en el Sistema Público de Salud de la CABA asumen el rol de ser referentes en la capacitación de los RMGyF en el acceso a competencias relacionados con un problema de salud determinado y el mantenimiento de las competencias de los MGyF de planta; además de ser el vínculo de la MGyF con el Programa de salud específico.

#### **7.4. Condiciones de acreditación de sedes para el desarrollo de la residencia.**

*La sede base deberá contar con:*

- Médicos de planta de la especialidad que ejerzan el rol de Tutores MGyF
- Consultorio de MGyF a cargo de la residencia con estructura e instrumentos necesarios para la práctica clínica que cumplan estándares de calidad.
- Espacio áulico para la realización de actividades grupales, docentes y de investigación
- Coordinador local de Programa
- Vinculación con Programas de salud sistematizados donde realizar la formación (DIDAPS)
- Ateneos con participación de todos los integrantes del equipo de salud
- Acceso a internet en la sede para realización de búsquedas bibliográficas y ateneos virtuales
- Acceso a revistas electrónicas de la especialidad
- Se recomienda la implementación de Sistemas informatizados de registro (HCE) conectados en red con el Hospital base
- Profesionales hospitalarios para apoyo matricial para las principales especialidades según la prevalencia de problemas de salud

#### **8. ESTRATEGIAS PARA LA FORMACIÓN**

Se utilizará como concepto organizador, el de “escenarios de formación” entendidos como situaciones de formación que se caracterizan por la aplicación de diferentes dispositivos que establecen vínculos entre las personas, con los objetos de conocimiento e intervención en cada contexto institucional. Se pueden estructurar en diferentes espacios (ámbitos y áreas de desempeño y aprendizaje).

Escenarios de formación posibles: Atención ambulatoria – Atención de la internación – Atención de la urgencia y la emergencia – Atención domiciliaria – Trabajo comunitario – Programas de salud – Espacios de reflexión sobre la práctica, de articulación formativa, de articulación docencia-asistencia-investigación; supervisión capacitante y apoyo matricial situaciones educativas con uso de tic.

Se propone incorporar distintas metodologías pedagógicas de enseñanza-aprendizaje de adultos que posibiliten el aprendizaje del Residente con la adquisición progresiva de las competencias definidas en el perfil profesional del egresado.

Las mismas, se desarrollarán en el contexto del trabajo en el sistema de salud, con una actitud activa y enmarcada en valores

**8.1.** Se revaloriza cada escenario formativo como espacios de aprendizaje en los que se desarrollaran los siguientes dispositivos:

- a) Autoaprendizaje: competencias en búsquedas bibliográficas. Método de ABP (Aprendizaje basado en resolución de problemas)
- b) Aprendizaje de campo
- c) Clases
- d) Trabajo grupal
- e) Talleres

**8.2.** Propuestas innovadoras:

**8.2.1.** Dispositivos de investigación-docente-asistenciales por problemas de salud (DIDAPPS): consideramos que es necesario el diseño de dispositivos que cumplan con requisitos previamente definidos para que Jefe de Residentes y Coordinador local puedan desarrollar los procesos pedagógicos para que el Residente adquiera las competencias establecidas en el perfil.

Dichos DIDAPPS deben contar con los siguientes requisitos :

1. Contar preferentemente con MGyF de planta como Referente.
2. Articular en red con los Programas específicos del Ministerio de salud de la CABA y de la Nación basados sobre acuerdos de trabajo entre el primer nivel de atención y el segundo nivel de atención.
3. Contar con la estructura necesaria para el desarrollo de los procesos de atención basados en estándares de calidad (Programa nacional de garantía de calidad medica-Programa de Calidad de atención de CABA-Guías de Sociedades científicas).
4. Diseño de procesos de atención que cumplan con criterios de eficacia, eficiencia, equidad y efectividad y que sean, en un primer momento, experimentales para posteriormente ser reproducibles en las instituciones de salud.
5. Incorporen el aprendizaje de sistemas de registro informatizados que permitan análisis epidemiológicos con medición de los resultados (desde calidad de atención a impacto en indicadores sanitarios)
6. Se proponen los siguientes :

DIDAPS Tabaquismo.  
 DIDAPS Enfermedades crónicas no transmisibles.  
 DIDAPS Emergencias en primer nivel de atención.  
 DIDAPS Enfermedad de Chagas.  
 DIDAPS Salud sexual y reproductiva-salud de la mujer-  
 Violencia de genero.  
 DIDAPS Cuidados Paliativos e Internación domiciliaria  
 DIDAPS Salud del Adulto Mayor.  
 DIDAPS Tuberculosis y HIV.  
 DIDAPS Asma – Epoc .  
 DIDAPS Salud mental y adicciones.  
 DIDAPS Salud infantil y adolescencia  
 DIDAPS Trabajo comunitario.

**8.2.2.** Responsabilidad nominal de la población bajo cuidado: Continuidad y longitudinalidad de los cuidados. Equipo de referencia y equipo de apoyo matricial

A través del presente se crean las condiciones necesarias para que el RMGyF pueda adquirir las competencias para poder realizar el cuidado longitudinal de individuos , familias y comunidad.

En la etapa presente del desarrollo del sistema de salud de la CABA carece de dicho diseño de cuidado de la salud lo que hace necesario su creación .

Dichos dispositivos deben tener como requisitos:

- a) Todo usuario tiene un profesional y un equipo de referencia, al cual dirigir sus demandas lo cual crea vínculo con el usuario, estimula la responsabilización y amplía la clínica.
- b) El vínculo también contribuye para aproximar la participación social al espacio donde se producen los cuidados, esta modalidad crearía nuevos patrones de contrato con el equipo profesional, aumentando la autonomía de pacientes, familia y comunidad.
- c) También propicia una mayor implicación de los profesionales con su lugar y su objeto de trabajo.
- d) Es el mismo equipo de referencia el que será responsable por las derivaciones y las interconsultas a profesionales “con nombre y apellido” del nivel Hospitalario como el apoyo matricial del equipo de referencia generando un vinculo entre “personas /trabajadores que cuidan la salud de personas” con diferentes saberes y competencias, que se complementan en beneficio de la salud de las personas bajo cuidado , y también favoreciendo el aprendizaje y la educación permanente, reemplazando una modalidad de vínculo “entre especialidades” o “entre niveles de atención”, por “vínculos entre sujetos.”

**f8.2.3.** El dispositivo de pases de pacientes y las búsquedas bibliográficas: Se deberán realizar en el área de desempeño de la atención de MGyF en donde los residentes compartirán problemas

relacionados con la atención de la salud de individuos, familias o comunidades.

Se deberá registrar en un libro de actas un resumen y las preguntas planteadas que lleven a búsquedas bibliográficas con el residente responsable, formando parte de la evaluación formativa y sumativa del mismo.

Se registrarán aquellas situaciones que requieran pasar a Interconsulta docente.(ver 8.2.4)

**8.2.4.** La interconsulta docente como dispositivo de aprendizaje y generación de vínculos de apoyo matricial, se plantea que en el marco del escenario formativo MGyF se defina media jornada por semana donde RMGyF desarrollen interconsultas docentes con los profesionales del equipo de salud cuyas competencias son requeridas para la resolución de una situación problema de atención de la salud.

Cada sede organizará la agenda de residentes que realizarán en forma presencial dichas interconsultas, que surgirán del pase de pacientes

Se deberán registrar en un libro de actas describiendo un resumen de los datos clínicos relevantes, la hipótesis diagnóstica y terapéutica, y la definición de la/s preguntas a realizar al Interconsultor.

Luego de realizada la interconsulta los residentes responsables de la misma registrarán en el libro de actas el resultado de la misma.

Se completa el dispositivo de pases de pacientes compartiendo el informe y registrándose en la Historia clínica del paciente.

Tanto las situaciones desarrolladas en 8.2.3 como en 8.2.4 deberán ser registradas en un anuario de actividades de la sede para constituirse en un recurso de formación para las residencias de MGyF la CABA.

**8.2.5.** Incorporación de T.I.C.: En consonancia con el aporte que las TIC (tecnologías virtuales de comunicación) realizan a los procesos pedagógicos, este Programa propone la incorporación de las mismas a través de los siguientes dispositivos:

**8.2.5.1.** Acceso a Internet en cada CeSAC base de Residencia

**8.2.5.2.** Conectividad en red entre las sedes para:

**8.2.5.2.1.** Ateneos virtuales intersedes

**8.2.5.2.2.** Compartir bases de datos para realización de proyectos de investigación

**8.2.5.3.** Diseño de página web de RMGyF CABA con los siguientes objetivos:

**8.2.5.3.1.** Espacio para cada sede para su presentación institucional tomando como destinatarios de la misma a estudiantes de grado de Medicina, sociedades científicas y comunidad en general.

**8.2.5.3.2.** Espacio para que cada sede ingrese presentaciones (clases, informes, trabajos presentados en congresos,)

**8.2.5.3.3.** Links a sociedades científicas nacionales e internacionales, ministerios de salud, revistas electrónicas, OPS/OMS, universidades

**8.2.5.3.4.** Información de actividades: encuentros inter-sedes, congresos, propuestas de rotaciones e intercambios, becas de investigación, propuestas de inserción laboral en la especialidad

**8.2.5.3.5.** Espacio de los Grupos de Trabajo de MGyF de CABA: favoreciendo la articulación con MGyF de planta.

### **8.3. Estimular la Integración Asistencia –Docencia- Investigación**

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

### **8.4. Integrar la Formación Teórica con la Práctica**

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

### **8.5. Fomentar la Interdisciplina**

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

### **8.6. La Supervisión**

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

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

## **9. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR AÑO, SEGÚN ÁMBITOS DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE**

### **9.1. Ámbitos de desempeño de la residencia**

#### **➤ Sede Base de la residencia:**

- Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC)

- **Ámbito complementario: Hospital Cabecera**
- **Otros ámbitos de formación:**
  - Otros efectores del sistema de salud .

## **9.2. Organización general de actividades.**

Si bien consideramos que la mayoría de las veces las actividades pueden darse en el mismo escenario formativo (no hay actividad asistencial disociada de las actividades puramente teóricas, ni actividades de docencia de actividades de investigación o de gestión) se propone una distribución en porcentajes de la carga horaria contemplada.

Reemplazar el concepto de actividad académica como la actividad teórica, por las actividades de formación permanente que se desarrollan en los distintos escenarios con un programa integrado.

Se expresa en porcentajes de la carga horaria total del Programa:

### **9.2.1. Actividades de atención integral de la salud:**

- Escenarios ambulatorios, de internación , trabajo comunitario y Guardias (50%):

Previo y al finalizar la actividad asistencial en los distintos escenarios formativos se debe realizar un espacio de práctica reflexiva que contemple las distintas dimensiones de abordaje de los problemas de salud observados buscando favorecer el autoaprendizaje.

Se incluyen escenarios de educación de pacientes, de educación permanente de equipos de salud y talleres en la comunidad.

En estos ámbitos se recomienda contar con R3 /R4 / Jefe de Residentes

### **9.2.2. Escenarios de articulación formativa (20%):**

**9.2.2.1. Día de articulación local:** desde la implementación del Programa 2007 se ha institucionalizado en todas las sedes el llamado “día académico”

Se constituye en un día de “espacio común “donde los Residentes se reúnen en forma continua -acordándose con los distintos escenarios formativos respetar ese espacio.

Incluye: espacios formativos a través de clases ,espacios de diálogo y reflexión vinculados a la dinámica grupal, clases teóricas dadas por especialistas con énfasis en MGyF, en diferentes temáticas que hacen al abordaje de problemas de salud y problemáticas sociales, seminarios, ateneos clínicos, asistencia a Congresos de las Sociedades científicas de la especialidad, búsquedas bibliográficas y lectura crítica de información y revisión de estudios científicos

Se incluye un espacio de práctica reflexiva de pacientes vistos en el escenario de Guardia que contemple las distintas dimensiones

de abordaje de los problemas de salud que se presenten en el mismo..

**9.2.2.2..** Encuentros inter-sedes RMGyF CABA: entre los años 2011 y 2013 se ha consolidado la realización de Encuentros de los Residentes de todas las sedes de MGyF dependientes de la Dirección de Capacitación y Docencia de la CABA, gestionados desde la Coordinación general de RMGyF recomendándose la continuidad de su realización con una periodicidad bimensual

**9.2.3.** Actividades de docencia e investigación (15%):

Integración a la actividad académica desarrollada en los distintos servicios de rotación

Dictado de clases teóricas en sede local

Participación en proyectos de investigación de la sede

Diseño de Proyecto de Investigación como requisito para el acceso al Certificado de especialidad y Título de Especialista universitario

**9.2.4.** Actividad de Gestión (15%):

Participación en la gestión de programas de salud locales.

Acompañamiento de las actividades de la Jefatura del CeSAC base programada para R4.

Participación en el Análisis Diagnóstico de la Situación de Salud (ASIS) de área programática del CeSAC.

Adquisición de competencias en la gestión del Centro de APS, Área programática, Región Sanitaria.

## **10. ESCENARIOS FORMATIVOS, OBJETIVOS y CONTENIDOS POR AÑO**

**10.1. Matrices de abordaje de los contenidos:**

El Programa propone como dispositivos para el aprendizaje de los contenidos y la adquisición de competencias **dos matrices de abordaje:**

**10.1.1. Matriz 1.Tecnologías de cuidado de la salud:** se realiza la categorización desde las tecnologías aplicadas por el médico en su trabajo en la producción de cuidado de la salud de individuos y comunidades en:

- a- Tecnologías o maletines duros: que lo vincula con los equipamientos, los medicamentos, todas las herramientas aplicadas para su práctica, (“vinculado a sus manos”)
- b- Tecnologías o maletines blando-duros: es todo el conocimiento estructurado(elemento que representa el trabajo vivo), como la clínica y la epidemiología(“maletín mental-vinculado al conocimiento”)

- c- Tecnologías o maletines blandos: que están vinculados a la relación entre el trabajador y el usuario, y que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculo, cuidar del usuario; es lo le confiere vida al trabajo en salud, utilizando las otras tecnologías como referencia.

En ese intercambio de las diferentes tecnologías, es donde interesa reconsiderar la producción de cuidado del acto de salud, no permitiendo que una tecnología empobrezca a otra, sino dándole a cada una el lugar que le corresponde

Se propone el abordaje de los problemas de salud definiendo sus distintas tecnologías de cuidado y las competencias para el MGyF a través de la elaboración de Guías de aprendizaje y procedimientos por problema de salud .

#### **10.1.2. Matriz 2:Niveles de prioridad y responsabilidad:**

Para desarrollar estos aspectos se describen, por cada área de competencias definidas en el perfil , actividades a realizar agrupadas según prioridad y nivel de responsabilidad que serán definidas en Guías de aprendizaje y procedimientos por problema de salud.

Se establecen tres niveles de prioridad:

PRIORIDAD I: Indispensable: las competencias deben ser adquiridas por todos los residentes. Su ausencia cuestiona su aptitud.

PRIORIDAD II: Importante: las competencias deben ser adquiridas por la mayoría de residentes.

PRIORIDAD III: No prioritario: la adquisición de estas competencias, si lo anterior está presente, puede ser criterio de excelencia.

Se determinan tres niveles de responsabilidad:

NIVEL PRIMARIO: El MGyF debe ser capaz de identificar, evaluar y tratar este tipo de problemas sin consultar con otro nivel asistencial en el 90% de los casos.

NIVEL SECUNDARIO: Una consulta a otro nivel es habitualmente requerida en el curso de la evaluación o del tratamiento de este tipo de problemas.

NIVEL TERCIARIO: El diagnóstico y tratamiento de estos problemas es competencia de otros especialistas, pero el MGyF debe ser capaz de informar, apoyar al paciente y a la familia y asegurar la coordinación y la continuidad de la atención.

#### **10.2..Trayectos formativos: Áreas intervención, ámbitos de desempeño y aprendizaje por año.**

En este apartado se describe el recorrido o trayectos formativos que cada residente hará según el año de Residencia.

Se identifican las áreas de intervención y los ámbitos de desempeño y aprendizaje así como los escenarios de formación.

Las áreas de intervención se nominan por categorías definidas por la etapa del ciclo vital de las personas así como por problemas de salud

Se modifica el concepto de “rotación” por el concepto de escenarios de formación que posibiliten la adquisición de competencias en la especialidad.

Dichos escenarios de formación se articulan a través de una Currícula integrada tomando como eje la práctica profesional específica de la especialidad

por lo que el diseño prevé que el pasaje por los otros escenarios no se realice a tiempo completo asegurando la continuidad durante la mayor parte del tiempo del Programa del Residente en el ámbito base que es el Cesac .

Durante los cuatro años se formará en el escenario de atención de emergencias y urgencias en el ámbito de la Guardia realizando una guardia semanal de 12 horas como habilita la Ley 4702/2013(art.1-inc b-modificatoria de la Ordenanza 40.997 art.26.)

### **Primer Año:**

El residente de primer año comenzará siempre su formación en el Área de desempeño de la atención en la especialidad de MGyF .

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1) Reconocer las competencias y perfil profesional de un médico generalista
- 2) Identificar los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención en las diferentes situaciones individuales y comunitarias de la población a cargo del CeSAC
- 3) Incorporar el concepto de Atención Primaria de la Salud como una estrategia integral e integrada de promoción, prevención y asistencia en un contexto comunitario
- 4) Estimular la lectura crítica de materiales y la revisión de estudios científicos de investigación, con técnicas cuanti y cualitativas
- 5) Incorporar nociones de epidemiología
- 6) Adquirir habilidades para la realización de un diagnóstico de salud local
- 7) Adquirir habilidades para la práctica profesional en la Interdisciplina
- 8) Adquirir habilidades en relación al control en salud de niños y adolescentes
- 9) Adquirir habilidades en relación al control en salud de adultos
- 10) Adquirir habilidades en relación a las prácticas preventivas referidas a la salud sexual y reproductiva
- 11) Adquirir habilidades en relación al seguimiento de embarazo de bajo riesgo, atención de parto de bajo riesgo y control de

puerperio. Reconocimiento y derivación de embarazo de alto riesgo

- 12) Adquirir habilidades en relación a la atención del recién nacido sin complicaciones; reconocimiento y derivación del recién nacido con patología
- 13) Conocer el abordaje del paciente en internación y criterios para el alta
- 14) Establecer una comunicación fluida con el internista y apropiarse del conocimiento básico del manejo hospitalario
- 15) Participar en actividades académicas de los servicios y equipos de salud
- 16) Construir un vínculo con el Hospital Base, aportando a la referencia / contrarreferencia
- 17) Adquirir habilidades en relación a la resolución de la urgencia médica

#### CONTENIDOS GENERALES

- 1) Rol del médico generalista. Su construcción colectiva.
- 2) Herramientas para el desarrollo del trabajo en la comunidad.
- 3) Herramientas para el abordaje de problemáticas sociales complejas (violencia, VIH, dependencia de sustancias, y otras.)
- 4) Herramientas de epidemiología básica
- 5) El trabajo en equipo con eje en la Interdisciplina
- 6) Promoción de la salud. Estrategias de intervención individual y comunitaria
- 7) Acciones preventivas y cuidado de la salud.
- 8) Relación médico-paciente, médico-familia, médico-comunidad. Modalidades vinculares favorecedoras de un adecuado desempeño profesional
- 9) Examen físico sistematizado y utilización de la Historia Clínica Familiar Orientada a Problemas. La evaluación integral del paciente. Criterios procedimentales.
- 10) Durante todo el año se formará en el escenario de atención de emergencias y urgencias en el ámbito de la Guardia.

#### **Área de desempeño de la atención en la especialidad de MGyF :**

Ámbito: CeSAC base y/u otro CeSAC

Duración: 3 meses

\*Incluye Taller básico de adquisición de competencias en atención de Emergencias pre-hospitalarias (Capacitación SAME)

#### **Salud infantil**

Ámbitos posibles: Hospital/Cesac

Duración: 3 meses,

**Salud del adulto**

Ámbitos posibles: Hospital CeSAC

Duración: 3 meses

**Salud de la mujer**

Ámbitos posibles: Hospital / CeSAC

Duración: 3 meses

**Segundo Año****OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1) Consolidar habilidades adquiridas en el 1er año de la residencia
- 2) Desarrollar capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación de residentes de 1er año
- 3) Identificar intervenciones que faciliten la extensión y consolidación de la estrategia de APS en el ámbito comunitario
- 4) Estimular la lectura crítica de materiales y la revisión de estudios científicos de investigación, con técnicas cuanti y cualitativas
- 5) Incorporar herramientas para la introducción al proceso de investigación epidemiológica en sus diferentes diseños
- 6) Incorporar herramientas para la planificación estratégica en salud
- 7) Adquirir habilidades en relación al reconocimiento, prevención y tratamiento de patologías prevalentes en la población pediátrica
- 8) Adquirir habilidades en relación al reconocimiento, prevención y tratamiento de patologías agudas y crónicas prevalentes en la población adulta
- 9) Adquirir habilidades en relación al reconocimiento, prevención y tratamiento de patologías ginecológicas prevalentes
- 10) Fortalecer habilidades en relación a la resolución de la urgencia médica

**CONTENIDOS****Generales**

- 1) El ejercicio del rol docente con residentes de 1º año en consultorio de Medicina General. Estrategias para la orientación y supervisión.
- 2) Examen físico del paciente asintomático
- 3) Destreza en la utilización de Historia Clínica Familiar e Historia Clínica Orientada a Problemas
- 4) Examen periódico de salud. Objetivos y criterios procedimentales.
- 5) Ciclo vital familiar y crisis
- 6) Introducción a la evaluación geriátrica multidimensional

- 7) Criterios de solicitud de exámenes complementarios
- 8) Interpretación de exámenes complementarios
- 9) Desarrollo de acciones de prevención secundaria de problemas de salud prevalentes
- 10) Diagnóstico precoz, abordaje y tratamiento de patologías agudas y crónicas prevalentes
- 11) Quehacer interdisciplinario con el equipo de salud
- 12) Planificación y coordinación de talleres de promoción y prevención
- 13) Estrategias para el trabajo comunitario
- 14) Herramientas para el abordaje de problemáticas sociales complejas (violencia, VIH, dependencia de sustancias, y otras.)
- 15) Promoción de la salud. Estrategias de intervención individual y comunitaria
- 16) Análisis epidemiológico de la práctica profesional en CeSAC

**Área de desempeño de la atención en la especialidad de MGYF :**

Ámbito: CeSAC base y/u otro CeSAC

Duración: 3 meses

\*Incluye Taller intermedio de adquisición de competencias en atención de Emergencias pre-hospitalarias (Capacitación SAME)

**Salud infantil :**

Ámbitos posibles: Hospital / CeSAC

Duración: 3 meses

**Salud de la mujer:**

Ámbitos posibles: Hospital / CeSAC

Duración: 2 meses

**Emergentología**

Duración: 2 meses

Ámbito: Servicio de Emergentología reconocido por su capacidad formadora

**Salud del adulto (abordaje de problemas crónicos I)**

Ámbitos posibles: Hospital / CeSAC

Duración: 2 meses

**Tercer año**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Consolidar habilidades adquiridas en 1er y 2º año de la residencia
- 2) Consolidar capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación a residentes de 2º y 1º año
- 3) Estimular la lectura crítica de materiales y la revisión de estudios científicos de investigación, con técnicas cuanti y cualitativas
- 4) Adquirir habilidades para el desarrollo de procesos de investigación utilizando técnicas cuali y cuantitativas
- 5) Adquirir habilidades para la comprensión y el desarrollo de un análisis de situación de salud (ASIS)
- 6) Adquirir habilidades para la elaboración de una programación local participativa en el CeSAC base
- 7) Consolidar habilidades para el abordaje del paciente adulto mayor en la consulta ambulatoria
- 8) Adquirir habilidades en relación al reconocimiento, prevención y tratamiento de patologías traumatológicas prevalentes
- 9) Adquirir habilidades en relación al reconocimiento, prevención y tratamiento de patologías dermatológicas prevalentes
- 10) Adquirir habilidades para la gestión y planificación estratégica de servicios en Atención primaria de la Salud

### CONTENIDOS

- 1) El ejercicio del rol docente con residentes de 1º y 2º año en consultorio de Medicina General
- 2) Quehacer interdisciplinario con el equipo de salud
- 3) Implementación de estrategias para el trabajo comunitario
- 4) Herramientas para el abordaje de problemáticas sociales complejas (violencia, VIH, dependencia de sustancias, y otras.)
- 5) Diseño y evaluación de actividades de promoción de la salud. Estrategias de intervención individual y comunitaria
- 6) Programación local participativa: desarrollo de la planificación, ejecución y evaluación de actividades
- 7) Desarrollo de investigación en relación a la práctica profesional en CeSAC
- 8) Abordaje integral del adulto mayor
- 9) Problemas dermatológicos más frecuentes
- 10) Problemas traumatológicos más frecuentes
- 11) Herramientas para el abordaje de problemas de gestión y planificación estratégica en el Primer Nivel de Atención

**Área de desempeño de la atención en la especialidad de MGYF :**

Ámbito: CeSAC base y/u otro CeSAC

Duración: 3 meses

\*Incluye Taller de adquisición de competencias en formación de agentes comunitarios en atención de Emergencias pre-hospitalarias (Capacitación SAME)

\*\*Incluye pasantía Salud del trabajador por Servicio de Medicina del trabajo de Hospital Publico reconocido por su capacidad formadora

### **Salud del adulto (abordaje de problemas crónicos II)**

Ámbito: Hospital-CeSAC

Duración: 2 meses

### **Salud del Adulto Mayor**

Duración: 2 meses

Ámbito: Servicio de Geriátría reconocido por su capacidad formadora y Residencia interdisciplinaria de Gerontología

### **Salud mental y adicciones:**

Duración: 2 meses

Ámbito: Servicio de Salud mental reconocido por su capacidad formadora

### **Traumatología**

Ámbito: Consultorios Externos y Guardia de Traumatología Hospital

Duración: 1 mes

### **Dermatología**

Ámbito: Consultorios Externos Dermatología Hospital

Duración: 2 meses

## **Cuarto Año**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Consolidar habilidades técnicas y docentes adquiridas en los primeros años de la residencia
- 2) Consolidar habilidades para la interpretación de datos epidemiológicos
- 3) Consolidar habilidades para la programación estratégica en salud
- 4) Consolidar habilidades para el trabajo comunitario en salud
- 5) Consolidar habilidades para la lectura crítica de materiales y la revisión de estudios científicos de investigación, con técnicas cuanti y cualitativas
- 6) Consolidar habilidades para el desarrollo de procesos de investigación en salud pública utilizando técnicas cuali y cuantitativas
- 7) Consolidar habilidades para la gestión y planificación estratégica de servicios en Atención primaria de la Salud

#### CONTENIDOS:

- 1) Rol de supervisión del desempeño de residentes de 1°, 2° y 3° año
- 2) Herramientas para el abordaje de problemáticas sociales complejas (violencia, VIH, dependencia de sustancias, y otras.)
- 3) Desarrollo de un análisis de situación de salud (ASIS) en el área de referencia del CeSAC base
- 4) Proyectos de salud local en el área del CeSAC de referencia. Su integración y desarrollo de acuerdo a las competencias profesionales adquiridas
- 5) Gestión y Planificación estratégica para la gestión en el Primer Nivel de Atención. Herramientas. Implementación.

#### **Área de desempeño de la atención en la especialidad de MGyF**

Ámbito: CeSAC base

Duración: 6 meses

-Con familias a cargo en un espacio territorial definido del área programática del CeSAC supervisado por MGyF de planta.

-Incluye Taller de adquisición de competencias en formación del Equipo de Salud de APS en atención de emergencias pre hospitalarias y Gestión de sus procesos de atención en CeSAC. (Capacitación SAME)

-Incluye Gestión en APS:

-Incluye:- Preparación para Jefaturas de residentes

- Formación en Educación permanente en salud (EPS)

- Herramientas pedagógicas, epidemiológicas y de investigación

#### **Cuidados paliativos e Internación domiciliaria:**

Duración: 2 meses

Ámbito: Unidad de Cuidados Paliativos / Programa de Internación domiciliaria reconocido por su capacidad formadora

#### **Área Metropolitana (AMBA) o rural:**

Duración: 1 mes

Ámbito: Centro de salud del AMBA u Hospital rural reconocido por su capacidad de formación y compromiso comunitario.

#### **Tiempo de escenario de formación optativo**

Ámbito: Institución Pública de salud reconocida por su capacidad de formación y compromiso comunitario. El rotante deberá realizar aportes en su residencia base, en relación a la formación adquirida.

Duración: 3 meses

\*El contenido de la misma deberá estar direccionado a la adquisición de competencias del presente Programa y será aprobada por el Equipo de gestión local de la sede y la Coordinación general.

## **11. SISTEMA DE EVALUACIÓN**

Este programa adhiere a la conceptualización de la evaluación como un proceso de retroalimentación para un sistema de formación y capacitación en servicio y cuyo sentido primordial es el de permitir la mejora continua del proceso formativo así como un proceso de obtener evidencias que permitan juzgar el grado de logro de los objetivos de aprendizaje.

No se trata de la implementación de una metodología sino de una concepción del enseñar y del aprender que tiene expresión en esta posibilidad de analizar la práctica, y que es a su vez una herramienta para la formación profesional.

Un objetivo central del proceso de evaluación debe ser facilitar la tarea del Residente para que pueda alcanzar las metas y objetivos de adquisición de competencias.

El sistema de evaluación que proponemos plantea responder a 5 preguntas:

### 1. ¿Para qué se evalúa?

La evaluación direcciona las acciones de formación, pero también responde a la necesidad de asumir la responsabilidad social que tienen los sistemas de formación de asegurar la calidad de atención hacia la población que será receptora de los cuidados de sus egresados, así como de la justificación económica política y social de su formación.

### 2. ¿Qué se evalúa?

Evaluación de conocimientos

Evaluación de actitudes

Evaluación de destrezas:

Habilidades comunicacionales.

Habilidades psicomotrices: examen clínico e intervenciones.

Habilidades de resolución de problemas clínicos.

Capacidad de autoevaluación.

### 3. ¿Cómo evaluamos?

3.1. Adherimos a realizar en el marco del programa 2 tipos de evaluación a través de diseños que contemplan los distintos niveles de la Pirámide de Miller:

Evaluación formativa: que permite la corrección, reformulación y mejoría constante del proceso enseñanza-aprendizaje y de los desempeños individuales.

Evaluación sumativa: orientada a la verificación de adquisición de competencias definidas para la práctica profesional, para certificar la progresión del programa y la formación al final del período de Residencia.

3.1.a. Primer y segundo nivel de Pirámide de Miller:

“Sabe” y “sabe cómo”: evalúa conocimientos

Examen oral: Preguntas.

Desarrollo de temas.

Examen Escrito con preguntas a desarrollar: Resolución de casos clínicos a través de preguntas

Examen de elección Múltiple

Desarrollo de temas

Basada en programas informatizados

Grupos de tutorías

Reportes de desempeño

Feed-back

3.1.b. Tercer nivel: de la Pirámide de Miller:

“Muestra”: evalúa destrezas y aptitudes

Uso de simuladores clínicos

Observación de consultas

Pacientes simulados estandarizados (actores)

Mini -cex

Supervisión

Revisión de Historia Clínicas

Pase de pacientes

ECO: examen clínico, objetivo y estructurado

Observación de actividad docente

3.1.c. Cuarto nivel:

“Hace”

Profesionalismo

Actitudes basadas en principios bioéticos

Reflexión

Búsqueda bibliográfica y análisis crítico

Comunicación con pacientes, pares y equipo

Razonamiento clínico

Liderazgo

Trabajo en equipo

Gestión

Habilidades para la investigación

3.2. Incorporación del Portfolio del Residente:

Se propone la confección de un Portfolio que contendrá las producciones de las actividades que den cuenta de los aprendizajes logrados.

Los portfolios constituyen una herramienta muy útil para la evaluación, habida cuenta de que se trata de una práctica consecuente con una concepción constructivista del aprendizaje, por un lado, y con una concepción formativa de la evaluación, por otro. Se trata de una selección deliberada de los trabajos de los Residentes, sobre la base del criterio de extraer el conjunto de aquellos que mejor represente aprendizajes genuinos.

La elaboración de un portfolio debe responder a propósitos explícitos, que servirán como orientación para los Residentes. Los portfolios tienen la ventaja de comprometer con la producción, ya que el Residente mismo debe determinar qué trabajos incluirá en su portfolio de evaluación, esto implica realizar una tarea de reflexión para luego fundamentar sus decisiones frente a los evaluadores.

Este sistema comprende la evaluación como proceso y como producto, en la medida que permite contar con elementos que documentan el proceso de aprendizaje y los procesos significativos alcanzados. Supone que tanto el que enseña como el que aprende cuentan con información constantemente actualizada de cuáles son las dificultades que se presentan y en qué medida se van superando durante el proceso.

En teoría existen tres tipos de portfolios; de trabajo, de presentación y de evaluación, pero no es tan sencillo separarlos en la práctica dado que están interrelacionados entre sí.

Los portfolios de trabajo son aquellos en los que se concentran los trabajos en marcha y los que permanecen pendientes de finalización, siempre teniendo en cuenta un determinado objetivo de aprendizaje.

El portfolio de presentación incluye los “mejores trabajos”, aquellos que han sido seleccionados por el Residente, que lo enorgullecen.

El portfolio de evaluación tiene como sentido documentar resultados específicos de aprendizaje en función de objetivos curriculares.

El momento más rico es el de la reflexión porque supone una autoevaluación en el que el Residente debe resolver la pertinencia de incluir un trabajo en el portfolio de evaluación en base a los propósitos y criterios de evaluación.

El mayor beneficio de los portfolios consiste en crearlos y usarlos: por un lado, la creación permite dar expansión a la tarea intelectual de planificar la enseñanza y, por otro, el uso responsabiliza al Residente en el proceso de aprendizaje y es un factor esencial de la motivación.

Es un instrumento que favorece el diagnóstico de fortalezas y debilidades y el de documentación de los aprendizajes.

Se propone incorporar la “Libreta de registro de procedimientos del residente” del Ministerio de Salud de la Nación como parte de la estrategia de implementación del portfolio.

3.3. Cuando el objeto de la evaluación es la Sede de la Residencia, debe incluir:

Evaluación del equipo de gestión local: Jefe de residentes, Coordinador local de programa y Tutores MGyF.

Evaluación de las rotaciones hospitalarias

Evaluación y acreditación por Ministerio de Salud de Nación

3.4. Cuando el objeto es el Programa de Residencia:

Evaluación del Programa y actualización del mismo cada 5 años

Evaluación externa por sociedades científicas y Universidades

3.5. ¿Quién evalúa?

Autoevaluación

Evaluación de pares

De equipo de gestión local de la sede: Jefe de residentes, Coordinador local de programa, Tutores MGyF;

De rotaciones en hospital: tutores hospitalarios, profesionales de apoyo matricial

Coordinación general

## **12. BIBLIOGRAFÍA GENERAL ORIENTADORA DEL PROGRAMA**

1. FAMG. Marco de Referencia para la Formación de Residencias de Medicina General y/o Familiar. Ministerio de Salud. 2010- ([www.famg.org.ar](http://www.famg.org.ar))

2. Daverio D, Ereñu N, Bustos L, Baruch M y col. Programa Docente de la Residencia de Medicina General, integral y comunitaria. Dirección de Capacitación. Profesional y Técnica del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. 2007

3. Subsecretaria de Salud. Ministerio de Salud de Neuquén El sistema formador de Residencias Médicas: Hoy. -2010-

4. Comisión Nacional de especialidades Médicas. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de España. Consejo Nacional de Especialidad Médicas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. 2002.

5. The College of Family Physicians of Canadá. Specific Standards for Family Medicine Residency Programs Accredited by de College of Family Physicians of Canadá. The Red Book. Canadá. 2013

6. Royal College of General Practitioners. The RCGP Curriculum. [online]. 2010. Disponible en <http://www.rcgp-curriculum.org.uk>

7. Merhy E., Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. Salud colectiva [online]. 2006, vol.2, n.2, pp. 147-160. ISSN 1851-8265.
8. Onocko Campos R, A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. En Campos, G., Saúde Paidéia, San Pablo, Hucitec. p. 122-52. 2003
9. Neves Marins J, Los escenarios de aprendizaje y el proceso del cuidado de la salud. En: Neves Marins JJ, Rego S, Barbosa Lampert J, Correa de Araújo JG (Org.). Educação Médica em transformação. Instrumentos para la construcción de nuevas realidades. Hucitec-ABEM, São Paulo. 2004
10. Venturelli J. Educación Médica: Nuevos enfoques metas y métodos. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Serie Paltex Salud y Sociedad 2000. No. 5. Washington: OPS/OMS; 2000
11. OPS. Residencias médicas en América Latina. Serie La renovación de la Atención primaria de la salud .numero 5. 2011
12. Borrell Bentz RM. La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2005.
13. García Dieguez M. Búsqueda de Información + Apreciación Crítica y Aprendizaje Basado en Problemas. Curso de Educación basada en problemas orientado a docentes del Departamento de Ciencias de la salud. Universidad Nacional de La Matanza (UNLAM) 2013.
14. García Dieguez M. Evaluación y los reportes de desempeño. Curso de Educación basada en problemas orientado a docentes del Departamento de Ciencias de la salud. Universidad Nacional de La Matanza (UNLAM) 2013.
15. Eiguchi K, Barroetaveña M, Bolonese ME, Giorgi MJ, Rodríguez P. La Feminización del Sistema de Residencias Médicas de la CABA: Los cambios producidos y las modificaciones por implementar. Buenos Aires, Agosto 2013
16. Ley Nº 153 -Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires .1999
17. Ordenanza 40.997/85 (G.C.B.A.) Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud
18. Ministerio de salud de la Ciudad de Buenos aires .Resolución 2122 Diciembre 2011. Tareas de las Coordinaciones generales de Residencias..
19. Rodríguez Patricia "La evaluación en los sistemas de residencia en Salud", DCyD, 2012 ([www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/matbiblio](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/matbiblio))
20. OMS Renovando la Atención Primaria de Salud en Las Américas Un Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/.2005.
21. OPS. Redes integradas de Servicios de salud: conceptos, opciones de política hoja de ruta para su implementación en las Américas . .2010
22. Prague Charter: Palliative care-a human right. Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), la Asociación Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC), la Alianza Mundial de Cuidados Paliativos (WPCA) y el Observatorio de Derechos Humanos (ODH). Enero 2013

23. Programa de prevención y control del tabaquismo. Lugares de atención en Ciudad de Buenos Aires. [www.buenosaires.gov.ar/salud](http://www.buenosaires.gov.ar/salud).2013.
24. Dye C, Boerma T, Evans D, Harries A, Lienhardt C, McManus J, et al. Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal. OMS, 2013.
25. Informes de Coordinación General de RMGyF 2011/ 2012/ 2013. Dirección de Capacitación Profesional y Técnica del GCBA.
26. Actas de reuniones de Coordinación General, Jefes de Residentes y Coordinadores locales de MGyF 2011/ 2012/ 2013. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
27. Listovsky G y Rodríguez P .Curso Acreditación de Residencias.. Dirección de Capacitación del Ministerio de salud de la Ciudad de Buenos Aires.2013
28. Ministerio de salud de la Nación .Dirección de Capital Humano y salud ocupacional..Resolución: Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud, ,2007
29. Sánchez A -.Boggiano H. “La planificación estratégica y la formación de RMGyF en el Subsistema Público de Salud de la CABA: Mapa de los actores sociales de su escenario formativo”.XXVII Congreso de la Federación Argentina de Medicina general.2012
30. Campos Gastón de Sousa. Equipo de referencia y apoyo especializado matricial. Gestión en salud: en defensa de la vida. Lugar editorial.2001
31. Rovere Mario Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Serie de desarrollo de recursos humanos numero 96,OPS:1993.
32. SEMFYC-Sociedad española de Medicina familiar y comunitaria Gestión del día a día en el equipo de Atención Primaria, .Semfyc ediciones.2007
33. Zurita A y Serrano A. :Epidemiología y Medicina General: implicancias en la formación profesional. 2006,
34. Cragno A.Reflexión en la Práctica y Portfolio.. Universidad Nacional del Sur.2006
- 35.Branda L. El aprendizaje basado en problemas:de herejía artificial a res popularis. Revisión en formación médica continuada.2009
36. UNESCO .Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005
37. Rovere M. El Derecho a la Salud y la construcción de ciudadanía. Educación en Salud Pública; Relevancia, Calidad y Coaliciones Estratégicas. Argentina: OPS/OMS; 2006
38. Ideas principales de la conferencia Beyond Flexner. Misión social de la Educación Médica. Tulsa, Oklahoma; 2012
39. Camillioni, Celman, Litwin, Palou de Mate La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo: Paidós; 1998
40. Abramzon M. Recursos humanos en salud en 2004. Argentina: OPS; 2005
41. Generalista-plus-Especialista en cuidados paliativos: creación de un modelo más sostenible.N Engl J Med 2013;
42. Forrest, MD, PhD, and Barbara Starfield, MD, MPH Entrada en Atención Primaria y continuidad: Los efectos del acceso a la atención

43. Hurley Robert , Freund Deborah, PHD, USAF Sala de Emergencia: Uso y Gestión de Atención Primaria: Datos de cuatro programas de demostración de Medicaid
44. ¿Reduce las re-hospitalizaciones mejorar el acceso a la atención primaria? Lugar y fecha: 9 centros médicos de veteranos de guerra, entre 1992 y 1994. Pacientes: Veteranos de guerra: comorbilidades: ICC, EPOC, DBT.
45. Cathy Schoen et al.Efecto del primer contacto con un médico de atención primaria en los gastos de la atención ambulatoria. Journal of Family Practice, 1996 Jul;43(1):40-8.Experiencia en atención de adultos en siete países
46. Por que es importante la continuidad en los cuidados domiciliarios? Encuesta Ciudad de Hamilton, durante los años 1999-2000.
47. Ministerio de salud de la Nación Registro de procedimientos .Sistema nacional de residencias del equipo de salud. Dirección de capital humano y salud ocupacional..2013
49. LEY N.º 4702 Buenos Aires, 10 de octubre de 2013
- 50.Ministerio de salud de la Nación.Dirección de epidemiología .Abordaje integral de las infecciones respiratorias agudas.Guías para el equipo de salud Nro.6 .2da edición.marzo 2011.www.msal.gov.ar
- 51.Ministerio de salud de la Nación.Guia de práctica clínica nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención.2008.www.epidemiología.anm.edu.ar .
- 52.Ministerio de salud de la Nación.Guía de práctica clínica sobre prevención y detección precoz de la Enfermedad renal crónica en adultos en el Primer nivel de atención.
- 53.Organización mundial de la salud .Departamento de salud reproductiva e investigación .Facultad de Salud pública Bloomberg de Johns Hopkins,Planificación familiar :un manurla mundial para proveedores.2007
- 54.Ministerio de salud de la Nación.Enfermedades infecciosas.Dengue :diagnóstico.Guía para el equipo de salud nro.2 -3ra.edición .2013.
- 55.Ministerio de salud de la Nación.Enfermedades infecciosas.Tuberculosis nro,3:Guia para el equipo de salud nro.2 -3ra.edición .2008
- 56.Ministerio de salud de la Ciudad de Buenos aires.Dirección general adjunta de programas .Programa nutricional.Guía operativa 2010.Orientación para la evaluación del crecimiento .2010.
- 57.Ministerio de salud de la Nación.Programa nacional de salud sexual y reproductiva y procreación responsable.Métodos anticonceptivos:Guía clínica para profesionales de la salud.Marzo 2012.
- 58.Unesco.Organización de las naciones unidas para la educación ,la ciencia y la cultura,Programa de base de estudios sobre bioética.2008.

59. Ministerio de salud de la Nación. Programa nacional de Chagas .Guía de diagnóstico y tratamiento de pacientes con Enfermedad de Chagas .2012.
60. Ministerio de salud de la Nación. Programa nacional de salud sexual y reproductiva y procreación responsable. Protocolo de abordaje de víctimas de violencia sexual. .Agosto 2010.
61. Ministerio de salud de la Provincia de Buenos aires. Programa de Diabetes: Prodiaba. Material educativo para trabajar con pacientes. 1994.
62. Sociedad argentina de Pediatría .Comité nacional de crecimiento y desarrollo. Guía para la evaluación del crecimiento físico. 2013.
63. Doval H, Tajer C. Evidencias en Cardiología :de los ensayos clínicos a las conductas terapéuticas. Gedic. VI edición, 2010.
64. Semfyc (Sociedad española de Medicina de familia y comunitaria). Guía de actuación en atención primaria. Tercera edición. 2006.
65. Alvarez Sintés Roberto. Temas de Medicina General Integral. Editorial Ciencias médicas La Habana. Cuba .2001.
66. Buck C., Llopis A., Najera E., Terris M. Organización panamericana de la salud. El desafío de la epidemiología :problemas y lecturas seleccionadas .1994.
67. Rubinstein F., Augustovsky F. Evidencia en atención primaria. Revista bimestral .UMFyP Hospital Italiano. 2012.
68. Lopez Pisa R, Pijuan N. Monografías clínicas en atención primaria. Atención domiciliaria. Ediciones Doyma .
69. Alfaro, Rosa María y otros. Movilización comunitaria para la salud. Dialogo Multidisciplinario. La Paz, . Edición Leticia Sáinz, 2000
70. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introducción a la Epidemiología. Primera Edición. Editorial Lugar. 2008
71. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introducción a la Epidemiología. Primera Edición. Editorial Lugar. 2008.
72. Argento C et al. "Oftalmología genera". Editorial Corpus. 2007.
73. Balsa R., "Manual de dermatología clínica"- Ed. Atlante, 1998
74. Cecchini E, González Ayala SE. Infectología y Enfermedades Infecciosas ,Ediciones Journal, Buenos Aires: 2008
75. Cecil. "Tratado de medicina interna". 21º edición. Ed. Mc Graw Hill, 2002.
76. Cerquiera y otros. La promoción de la Salud y la Educación para la salud en América Latina: un análisis. Editorial de la Universidad de Puerto Rico. San Juan .
77. Czeresnia D, Machado Freitas C. (org) 2003. "Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias". Buenos Aires. Editorial Lugar.

- 78.Dsm IV: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España Ed. Masson, 2005.
- 79.Farreras Rozman "Medicina interna". 16° edición. Ediciones Elsevier. 2008 o 17° edición. Ediciones Elsevier. 2012
- 80.Ferraina -Oria. "Cirugía de Michans". Ed. El Ateneo 5°. 2002.
- 81.Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiología Clínica. Cuarta Edición. 2008
- 82.García, Dora y otros (2008) "El trabajo con grupos. Aportes teóricos e instrumentales". Ed. Espacio
- 83.Goodman Gilman:"Las bases farmacológicas de la terapéutica". 10° Edición .Mc Graw Hill, 2003.
- 84.Gori-Lorusso. "Ginecología", 2da Ed Buenos Aires, El Ateneo. 2001
- 85.Harrison "Principios de medicina interna". 17° edición. Ed. Mc Graw Hill, 2008.
- 86.Illo, A.B. "Entre Colegas". Módulo I, Cap.II –Violencia contra la mujer- Editorial Colegio de Obstétricas de la provincia de Buenos Aires. Año 2003
- 87.Kalinsky B y Arrue W. 1996. "Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural". Bs. As. Miño y Dávila editores SRL.
- 88.Kroeger , A, Luna R. "Atención Primaria de Salud. Principio y Métodos". OPS-Centro Latin. del Inst. de Higiene Tropical Univ. De Heideberg –1987.
- 89.Loiz, Ianina, y col., Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos. Guía de comunicación para equipos de salud Ministerio Salud de la Nación, Buenos Aires, 2010.
- 90.Lorenzo J, Guidoni ME, y otros. Nutrición del Niño Sano. Buenos Aires: Editorial Corpus; 2007
- 91.Maceira , D. (comp.) 2008. "Experiencias de gestión pública en salud: primer ciclo". 1ª Edición. Buenos Aires: Fundación CIPPEC.
- 92.Maglio, Francisco. La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía. Libros del Zorzal. Buenos Aires. Año 2008
- 93.Mandell G, Bennett J, Dolin R. "Enfermedades infecciosas: principios y práctica". 6ta ed. Barcelona: Elsevier
- 94.Mazzafero V.E. y col. "Medicina en Salud Pública". Eudeba. Bs.As. 1999
- 95.Meneghello "Tratado de pediatría médica" Edit. Panamericana. 5ª edición. Tomos I y II. 1997.
- 96.Menendez, E L. 2004. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en: Spinelli H (comp.). Salud Colectiva. Culturas, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y política. Buenos Aires. Editorial Lugar.
- 97.MICHELI FEDERICO, et al. "TRATADO DE NEUROLOGÍA CLÍNICA". 1° edición. Editorial Medica Paranaamericana. 2002
- 98.MORANO J, "TRATADO DE PEDIATRÍA", Buenos Aires, Editorial Atlante, 3° Edición. 2004
- 99.Navarro A, Andreatta MM. Enseñar Nutrición. Herramientas didácticas básicas para Profesionales de la Salud. Córdoba: Publicaciones Universidad Nacional de Córdoba; 2010.
- 100.NELSON "Tratado de Pediatría" 17° edición. Behrman, Kliegman, Jenson. Saunders/Elsevier, 2004.
- 101.Ortiz Z, Esandi ME, Bortman M. Epidemiología Básica y Vigilancia de la Salud. Modulo I - Introducción a la Epidemiología. Segunda Edición 2004.
- 102.Ortiz Z, Esandi ME, Bortman M. Epidemiología Básica y Vigilancia de la Salud. Modulo II - Tipos de Estudios Epidemiológicos. Segunda Edición 2004.

- 103.Ortiz Z, Esandi ME, Bortman M. Epidemiología Básica y Vigilancia de la Salud. Modulo III - Cuantificación de los Problemas de Salud. Segunda Edición 2004.
- 104.Ortiz Z, Esandi ME, Bortman M. Epidemiología Básica y Vigilancia de la Salud. Modulo IV - Efecto, Impacto y Fuentes de Error. Segunda Edición 2004.
- 105.PATITÓ, JOSÉ: "TRATADO DE MEDICINA LEGAL Y ELEMENTOS DE PATOLOGIA FORENSE" 1° Ed. Editorial Quórum. 2003
- 106.Pineda E, de Alvarado E, De Canales F. Metodología de la Investigación. 2da. Edición. OPS; 1994. (Serie Paltex)
- 107.PROVENZANO-LANGE-TATTI. Manual de Ginecología. 1ª ed. Buenos Aires. Editorial Corpus, 2006.
- 108.RED BOOK, Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 25 Ed. 2001.
- 109.RODRIGO A., Miquel, Comunicación Intercultural. Barcelona, Editorial Anthropos, 1999.
- 110.Róvere, Mario (1999) Redes en Salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Subsecretaria de Salud Pública/ AMR Instituto Lazarte
- 111.RUBINSTEIN, Adolfo y cols. "Medicina Familiar y práctica ambulatoria".2ª Edición. Médica Panamericana, Bs. As 2005
- 112.SCHWARCZ-SALA- DUVERGES –"OBSTETRICIA". Editorial El Ateneo. Sexta edición. 2005
- 113.SCHWARTZ. "Principios de Cirugía". Ed. Mc Graw Hill, octava edición. 2005
- 114.SILBERMAN VARAONA. ORTOPEdia y TRAUMATOLOGIA- 2da.-edición 2003- Editorial Medica Panamericana
- 115,STARFIELD, B 2001 "Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología". España. Editorial Masson S. A .
- 116.SUAREZ RICHARDS, M: INTRODUCCIÓN A LA PSIQUIATRÍA. 3era Edición. Polemos. 2007
- 117.TARANDA y OTROS. 2008. "Silencio hospital".Neuquén. Editorial de la Universidad Nacional del Comahue.
- 118.Tébar Massó, Escobar Jiménez: La Diabetes en la Práctica Clínica Editorial Médica Panamericana,2009
- 119.TESTA, M. 1996. "Pensar en salud". Buenos Aires. Editorial Lugar.
- 120.TESTA, Mario, "Saber en Salud: La construcción del conocimiento", Lugar Editorial, Buenos Aires, 1997.
- 121.Torresani ME. Cuidado Nutricional Pediátrico. 3º Edición. Buenos Aires: Eudeba; 2006.
- 122.Trillo Fernández, Cristóbal; Navarro Martín, José A.; Luque Barea, María A.; Seoane García, Julia. Guía Práctica de Planificación familiar en Atención Primaria. Segunda Edición. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.
- 123.V. NELLY SALGADO DE SNYDER, D en Bien Soc; Rebeca Wong, D en Econ, Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez, Salud pública Méx v.49 supl.4, Cuernavaca, 2007
- 124.ABORDAJE INTEGRAL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. Guía para el equipo de salud MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.

125. Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. Comité Nacional de Hematología
126. Indicadores Básicos Argentina. 2012: <http://www.bvs.org.ar/pdf/indicadores2012.pdf>
127. Abordaje integral de las infecciones respiratorias. Guía para el equipo de salud. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Marzo 2011
128. Dengue, Diagnóstico y manejo de casos (algoritmo), Ministerio de Salud de la Nación.
129. Recomendaciones para el tratamiento antirretroviral 2007. Comité Técnico Asesor de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/info-equipos-salud/recomendaciones-tratamiento-antirretroviral.pdf>
130. Feltri, A.; Arakaki, J. y col. Salud reproductiva e interculturalidad. Salud Colectiva. Año 2. Número 003. Buenos Aires, Argentina. 2006.
131. Prevención del consumo problemático de drogas desde el lugar del adulto en la comunidad educativa. Ministerio de Educación de la Nación. 2005.
132. Sífilis en la embarazada y recién nacido. Prevención y tratamiento. 2007 MSAL. <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/info-equipos-salud/sifilis-embarazada.pdf>
133. Actualización de Recomendaciones Infecciones Respiratorias Agudas Argentina 2012: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/actualizacion-recomendaciones-IRA-2012.pdf>
134. Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina. 2012: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/calendario-vacunacion/calendario-vacunacion-2012.pdf>
135. Curso de Uso Racional de Medicamentos: MODULO 0 La salud de los argentinos. <http://remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/Modulo0.pdf>
136. Curso de Uso Racional de Medicamentos: MODULO 1 Aspectos esenciales para un enfoque racional de la terapéutica. <http://remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/Modulo1.pdf>
137. Curso de Uso Racional de Medicamentos: MODULO 2 Enfoque racional de la terapéutica de patologías crónicas prevalentes en APS: <http://remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/Modulo%202.pdf>
138. Declaración Alma-Ata. 1978
139. Dengue, Guía para el equipo de salud, 2 edición. Ministerio de Salud de la Nación. Dengue, Diagnóstico y manejo de casos (algoritmo), Ministerio de Salud de la Nación.
140. Diagnóstico de Tuberculosis. GUIA PARA EL EQUIPO DE SALUD [http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/guia\\_tuberculosis.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/guia_tuberculosis.pdf)
141. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales información básica – Año 2010
142. DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL, "Preparación Integral para la maternidad. Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios". Ministerio de Salud y Ambiente. 2005
143. Glosario de términos de alcohol y drogas. Organización Mundial de la Salud. [http://whqlibdoc.who.int/publications/1994/9241544686\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1994/9241544686_spa.pdf)
144. Guía de Planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes. Organización Mundial de la Salud. 2012.

145. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. 2011. <http://www.msal.gov.ar/tabaco/images/stories/info-equipos-de-salud/pdf/guia-practica-tratamiento-adiccion-tabaco-2011.pdf>
146. Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales 2010: <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/Guia-de-Infecciones.pdf>
147. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). SEPAR, 2009
148. Guía Europea de Prevención cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008
149. GUÍA OPERATIVA 2010. Orientación para la evaluación del crecimiento. Ministerio de salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
150. GUÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN POST-ABORTO. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2010.
151. Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia  
2010: [http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/GUIA\\_Parto\\_Normal.pdf](http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/GUIA_Parto_Normal.pdf)
152. GUÍA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS MUJERES CON INFECCIÓN POR VIH. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2009.
153. Guía para la evaluación de los servicios de salud amigables para los adolescentes. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud/Ministerio de Salud de la Nación. 2009.
154. Guía para la Evaluación de Servicios de Calidad para Jóvenes y Adolescentes. Unidad del Niño y el Adolescente Salud de la Familia y de la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 2003.
155. Guías alimentarias para la población infantil (consideraciones para los equipos de salud). Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Febrero 2010. [http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/PDF\\_Equipo\\_baja.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/PDF_Equipo_baja.pdf)
156. Guías de diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Hospital Muñiz/Instituto Vacarezza.
157. Guías de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II.
158. Guías de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, Volumen XIV, Números 3 y 4 de Septiembre y Diciembre de 2006
159. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. 2º edición 2010
160. Guías de la Sociedad Argentina de Hipertensión para el diagnóstico, estudio, tratamiento y seguimiento de la hipertensión arterial
161. Guías para el tratamiento del tabaquismo basadas en la evidencia. 2010. GCBA
162. Guías para la atención al paciente infectado con Trypanosoma cruzi (Enfermedad de Chagas): [http://www.msal.gov.ar/chagas/images/stories/Equipos/Guia\\_Nacional\\_Chagas\\_version\\_27092012.pdf](http://www.msal.gov.ar/chagas/images/stories/Equipos/Guia_Nacional_Chagas_version_27092012.pdf)
163. Guías para la prevención y tratamiento de la Diarrea Aguda. <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/archivos/pdf/guia-prev-trata-diarrea.pdf>

- 164.HUENCHUAN, Sandra , Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, ©Naciones Unidas, Abril de 2009. ISBN 978-92-1-323215-6.
- 165.LOEWY, Matías, “La vejez en las Américas”, Perspectivas de Salud - La revista de la Organización Panamericana de la Salud, Volumen 9, Número 1, 2004.
- 166.Manejo de los pacientes adultos con infección por VIH: <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/info-equipos-salud/manejo-pacientes-adultos.pdf>
- 167.Miguel Larguía y colaboradores. Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF): conceptualización e implementación del modelo. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), marzo de 2011
- 168.Normas nacionales de vacunación 2012. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación
- 169.OMS. 1986. “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”.Canadá.
- 170.OPAS. 1974. “Informe Lalonde: una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses”. Canadá
- 171.OPS/OMS "Planificación local participativa: Metodología para la promoción de la salud en América
- 172.OPS/OMS. 1984. “Educación para la salud en la comunidad: experiencias latinoamericanas”. HSP/SILOS-38.
- 173.Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS, 2002) “Envejecimiento activo: un marco político”.
- 174.Organización Mundial de la Salud. 25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Ginebra: OMS; 2001. (Salud y Derechos Humanos)
- 175.Programa materno infantil El Cuidado Prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2001  
<http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/01-PRENATAL.pdf>
- 176.PROGRAMA MATERNO INFANTIL, "Guía de Procedimientos para el control del embarazo normal y la atención del parto de bajo riesgo". Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 2012.
- 177.Programa nacional de control de tabaco Manual de Capacitación del Equipo de Salud. Tratamiento de la adicción al tabaco. 2008.[http://www.msal.gov.ar/htm/site\\_tabaco/pdf/manual-cap-salud.pdf](http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/pdf/manual-cap-salud.pdf)
- 178.Programa Nacional de Inmunizaciones. Normas nacionales de Vacunación. 2013 <http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/Normas08.pdf>
- 179.Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino. Guía Programática Abreviada para la Prevención del CÁNCER CÉRVICO UTERINO: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/pdf/info-equipos-salud/Guia-programatica-abreviada.pdf>
- 180.Programa Nacional de salud sexual y procreación responsable. Guía para el Uso de Métodos Anticonceptivos PNSSyPR Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As, 2012.[http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met\\_anticonceptivos.php](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php)
- 181.Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Anticoncepción Quirúrgica Varones. Vasectomía [.http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met\\_anticonceptivos.php](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php)

182. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Guía para usuarias "Píldora del día después". Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) [http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met\\_anticonceptivos.php](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php)
183. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ligadura tubaria. Documento científico  
[http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met\\_anticonceptivos.php](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php)
184. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Métodos Anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras. Nueva edición [http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met\\_anticonceptivos.php](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php)
185. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud Nueva edición. [http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met\\_anticonceptivos.php](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/met_anticonceptivos.php)
186. Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales.  
2011: [http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Protocolo\\_Violencia\\_Sexual.pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Protocolo_Violencia_Sexual.pdf)
187. Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2011.
188. Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT).
189. Salud mental y derechos Humanos 2007: [http://www.derhuman.jus.gov.ar/publicaciones/pdfs/07-dhpt-Salud\\_Mental\\_y\\_Derechos\\_Humanos.pdf](http://www.derhuman.jus.gov.ar/publicaciones/pdfs/07-dhpt-Salud_Mental_y_Derechos_Humanos.pdf)
190. Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) - Módulo de Vigilancia Clínica (C2). <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/modalidad-periodicidad-de-notificacion-c2.pdf>
191. STOLKINER, Alicia, La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Revista: EL CAMPO PSI, Buenos Aires, 1999.
192. Tratamiento de la tuberculosis. Guía práctica elaborada por la Sección Tuberculosis, Asociación Argentina de Medicina Respiratoria.
193. Tuberculosis GUIA PARA EL EQUIPO  
2009: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia\\_tuberculosis.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia_tuberculosis.pdf)
194. UNICEF. "Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo" - 2º edición 2012
195. Vigilancia clínica de enfermedades de notificación obligatoria. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/vigilancia-clinica-de-enos.pdf>.
196. WONCA. Clasificación Internacional Atención Primaria (CIAP-2). Barcelona: Masson, S.A. 1999
197. ZAREBSKI, Graciela, Conferencia: Envejecimiento: un enfoque interdisciplinario e integrador, Congreso de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatria, Abril de 2009.
198. DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=1473&word=>
199. CONSTITUCION DE LA NACION ARGENTINA <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=877>

200.CONSTITUCION DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES CONVENCION  
CONSTITUYENTE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (C.C.C.B.A.)

<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=1185>

Legislación en Salud de la República Argentina <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/formnac.php?>

201.Ley Nº 153 LEY BASICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

<http://www.nuestrasmanos.org.ar/varios/Legislacion/leybasica.pdf>

202.LEY 448 LEY DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

[http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/s\\_mental/ley.php?menu\\_id=17864](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/s_mental/ley.php?menu_id=17864)

Cedom Dirección General de Información y Archivo Legislativo de la Ciudad de Buenos Aires <http://www.cedom.gov.ar/>

### **REVISTAS:**

American Family Physician

Annals of Family Medicine

Annals of Internal Medicine

Archives of Family Medicine

British Journal of General Practice.

British Medical Journal

Canadian Family Physician.

Clinical Evidence.

Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria.

European Journal of General Practice

Evidence-Based Medicine.

Family Practice.

JAMA

Journal of American Board of Family Practice

Journal of Family Practice.

Lancet

Medical Experience Medicine.

Medicina Clínica.

New England Journal of Medicine

Postgraduate Medicine, edición española.

Primary Care

Revista Cubana de Medicina General Integral

### **RECURSOS DE INTERNET:**

[www.foroaps.org](http://www.foroaps.org)

[www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)

<http://ebm.isciii.es/>

<http://www.papps.org/>

[www.evidenciaclinica.com](http://www.evidenciaclinica.com)

[www.infodoctor.org/rafabravo/mbe.htm](http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe.htm)

[www.infodoctor.org/bandolera/](http://www.infodoctor.org/bandolera/)

[www.aafp.org](http://www.aafp.org)

<http://journalclubfamilia.blogspot.com/>

<http://www.guidelines.gov/index.asp>

<http://www.semfyc.es>

<http://www.semergen.es/>

Canadian y US preventiv e Task Force <http://ahcpr.gov//pipp/>

Centre for Evidence based medicine del Hospital Mount Sinai  
<http://www.cebm.utoronto.ca/> MEDLINE - PubMed  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi> |  
Cochrane Library <http://www.update-software.com/>  
<http://www.infodoctor.org/rafabravo/cochrane.html>  
MedSlides <http://www.medslides.com/>  
Acceso a bases de datos sobre toxicología, Alternaciones químicas y áreas relacionadas: <http://toxnet.nlm.nih.gov/>  
Base de datos de resúmenes de artículos de las principales revistas médicas:  
<http://www.clinicalevidence.com/x/index.html>  
UpToDate® decisiones clínicas basadas en evidencia:  
<http://www.uptodate.com/es/home>  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD . <http://www.paho.org/arg/>  
Portal del Ministerio de Salud de la Nación: <http://www.msal.gov.ar/>  
Portal del Ministerio de Salud de CABA: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud>  
FAMG: <http://www.famg.org.ar/>  
AMeGES : <http://ameges.com.ar/>

### **13-GLOSARIO**

- 1) CeSAC: Centro de salud y acción comunitaria: denominación que tienen los Centros de atención primaria de la salud de primer nivel de atención del subsistema público de la salud publico del Ministerio de salud de la Ciudad autonoma de Buenos aires :  
<http://data.buenosaires.gob.ar/dataset/centros-de-atencion-primaria-cesac>.
- 2) RMGyF: Residentes de Medicina General y/o de Familia
- 3) Médico Generalista y de Familia (MGyF) de planta: Médicos especialista en Medicina General y/o familia que se desempeñan con nombramientos en el subsistema publico del ministerio de salud de la Ciudad de Buenos aires.
- 4) Plan estratégico: se refiere a una metodología de planificación sanitaria que contempla distintos momentos: descriptivo-explicativo; normativo, táctico-operacional y estratégico.
- 5) Mapa de actores sociales: instrumento utilizado en el momento descriptivo de la planificación estratégica y que permite reconocer a personas, organizaciones o instituciones que tienen algún grado de influencia con la situación problema ,en este caso la formación de RMGyF de la CABA

6) DIDAPS- dispositivos de investigación, docencia e investigación por problema de salud: diseño innovador con requisitos de estructura y procesos que posibiliten la adquisición de competencias del RMGyF en formación.

7) Llamado de acción de Toronto

- a. Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud.
- b. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las necesidades de salud de la población.
- c. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
- d. Generar relaciones laborales justas y asegurar ambientes de trabajo saludables
- e. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

8) Acreditación: proceso para reconocer o certificar la calidad de una institución o de un programa educativo que se basa en una evaluación previa de los mismos”

9) Proceso de Acreditación de Residencias del Ministerio de Salud de la Nación: proceso desarrollado desde la Dirección de Capital Humano del Ministerio de salud de la Nación .que se propone como objetivos certificar la calidad a partir de un juicio sobre la consistencia entre los objetivos, los recursos, la gestión y el cumplimiento de los estándares previamente definidos como criterios de calidad para la formación en una profesión.,contribuir a la mejora de los procesos de aprendizaje y enseñanza de modo de lograr impacto en las políticas de salud y en la calidad de la atencióny ofrecer “garantías” a la sociedad; promover en las instituciones la verificación del cumplimiento de su misión, sus propósitos y objetivos; fomentar la cultura de la evaluación; facilitar la movilidad, la cooperación y el intercambio entre instituciones educativas de

una determinada región; proporcionar información confiable a los usuarios del servicio educativo.

10)-Reingeniería: La reingeniería de procesos es el rediseño radical y la reconcepción fundamental de los mismos para lograr mejoras dramáticas en medidas como en calidad es la actividad destinada a incrementar las capacidades de gestión del nivel operativo y complementarias de las apuestas estratégicas y políticas de una organización.

11) Inserción de los Egresados de la RMGyF: se refiere a la incorporación al mercado laboral de los Médicos que completaron la Residencia de la especialidad.

12) Dirección de general de Docencia e investigación del Ministerio de salud de la CABA: área del Ministerio de salud de la CABA responsable del sistema de Residencias de la jurisdicción.

13) Red de Atención Primaria de la Salud (APS) de la CABA: incluye 36 CeSAC distribuidos en el territorio de la CABA: Tienen dependencia de los Servicios de Área Programática de los Hospitales.

14) Sociedades Científicas de la especialidad: FAMG (Federación Argentina de Medicina General [www.famg.org.ar](http://www.famg.org.ar)) y FAMFYG (Federación Argentina de Medicina General y Familiar-[www.famfyg.org.ar](http://www.famfyg.org.ar))

15) Unidades-Servicios: niveles de la organización del servicio de salud

16).Primer Nivel de Atención del sistema público: equivale a Red de APS

17) Programa Atamdos: Programa de atención ambulatoria y domiciliaria de la salud del Ministerio de salud de la Provincia de Buenos aires durante la gestión de su Ministro de salud Dr. Floreal Ferrara. Se desarrolló desde 1985 a 1989 y contaba con la conformación de equipos interdisciplinarios de salud en los Centros de APS con un numero definido de población a cargo.

18) Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA): comprende el territorio de la Ciudad de Buenos aires y los Municipios de la provincia de Buenos aires que forman su cordón circundante

19) Ley Básica de Salud de la CABA 153 /1999: tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin.

20) Educación Permanente en Salud (EPS) para la OPS es una estrategia para la construcción de procesos más eficaces para el “desarrollo del personal de salud”, que parten de la realidad concreta y son más participativos. La propuesta está basada en desarrollos conceptuales del campo de la pedagogía, que incluyen elementos de la pedagogía crítica y del constructivismo.

21) Competencias: Es el conjunto complejo e integrado de capacidades que se ponen en juego en la resolución de problemas en diversas situaciones reales de trabajo, de acuerdo con los estándares de profesionalidad y los criterios de responsabilidad social propios de cada área profesional.

22) Apoyo matricial: En dicha propuesta, el soporte especializado (técnico) continúa existiendo como un apoyo matricial, desvinculado de la línea de mando. Así, puede haber una enfermera que enseña técnicas de enfermería, realiza formación en servicio, entre otros.; sólo que ahora ella no da órdenes al personal, no hace la distribución de turnos y de francos, ni organiza las guardias. Esas funciones antiguas corresponden al gerente de la unidad de producción en permanente negociación con su equipo. El despegar el apoyo técnico de la línea formal de mando es fundamental para mejorar un cierto develamiento de los usos del poder<sup>1</sup>. Y en cierta forma, para desnaturalizar la fuerte asociación vigente (por lo menos en salud) entre técnica y poder. Este apoyo técnico matricial es esencial para mitigar la angustia de disolución, en la medida que proporciona un estímulo permanente de la identidad profesional amenazada por el desenvolvimiento del espacio del equipo multiprofesional. Este apoyo alimenta el desarrollo técnico profesional en el *núcleo* (CAMPOS et al., 1997) disciplinar de cada uno.

23) Capacitación SAME: desde 2010 se realizan cursos y talleres de entrenamiento en atención inicial del trauma, R.C.P. Básica y Avanzada y otras situaciones especiales, destinados a Médicos RMGyF de la CABA en el marco de programas de capacitación a profesionales médicos del Sistema, capacitando a facultativos, Cursos de primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar básica (RCPB) destinados a la comunidad,. [www.buenosaires.gob.ar/same](http://www.buenosaires.gob.ar/same)

24) Tecnologías de cuidado de la salud: Para concretar un acto de salud, los trabajadores utilizan un "maletín tecnológico", compuesto por tres modalidades de tecnologías: las tecnologías "duras", que corresponden a los equipamientos, medicamentos, etc.; las tecnologías "blanda- duras", que corresponden a los conocimientos estructurados, como son la clínica y la epidemiología; y las tecnologías "blandas", que corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar del usuario . Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud *Emerson Elias Merhy*.