

**PROGRAMA DOCENTE
DE LA RESIDENCIA
DE MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR
(MGyF)
de la Ciudad autónoma de Buenos aires
2014**

Comisión de Actualización y Redacción:

**BENHABIB Andrea- Jefa Residentes Sede RMGyF/Cesac 9 y 15- Htal.Argerich
CRESPO Sebastián -Residente Sede RMGyF Cesac 19 y 24 Htal Piñero
CURCULIO Leticia- MGyF planta Cesac 36 /Co-Coordinadora local Sede Htal Velez Sarfield
CHERVIN Denise - Residente Sede RMGyF/Cesac 34- Htal.Alvarez
FERRO Mercedes- MGyF planta Cesac 45/Co-Coordinadora local Sede Htal.Ramos Mejía
KOTZAREV Tamara - Residente Sede RMGyF Cesac 19 y 24- Htal Piñero
MARTINEZ DOTTA Cristian-Residente Sede RMGyF/Cesac 35- Htal Penna
MOZELUK Natalia -Residente Sede RMGyF / Cesac 9 y 15 -Htal Argerich
REISING Mariela – Residente Sede RMGyF /Cesac 36-Htal.Velez Sarfield.
SAGARZAZU Isabel-Residente Sede RMGyF /Cesac 45-Htal.Ramos Mejía
VIGNOLO Lourdes-Residente Sede RMGyF /Cesac 5 –Htal.Santojanni
WAINFELD Lucas-Jefe de Residentes Sede RMGyF/Cesac 35-Htal Penna**

Coordinación :

BOGGIANO Horacio-MGyF planta Cesac 35/Htal.Penna.Coordinador general RMGyF CABA

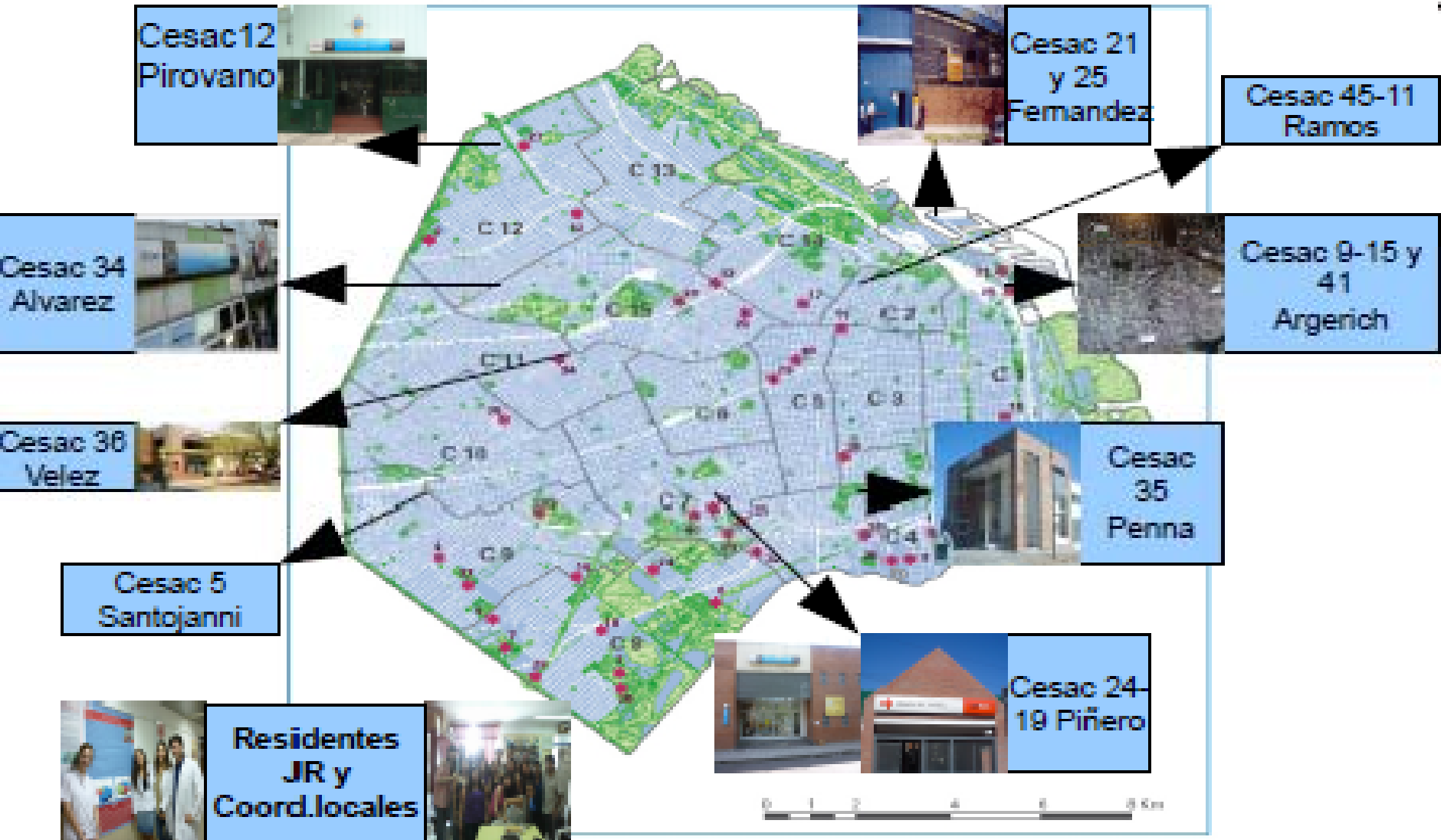
Asesoramiento Pedagógico:

RODRIGUEZ Patricia –Equipo Pedagógico Dirección de Capacitación y docencia.

Sedes de RMGyF Ciudad Buenos Aires:

Mapa 002

Centros de Salud y Acción Comunitaria (cesac) por comisarías, Ciudad de Buenos Aires.
Año 2010



Nota: el número de cesacs en un comisaría puede variar de un año a otro. Cesacs en Comisarías y Acci3n Comunitaria (cesacs) en correspondencia al a3o de identificaci3n. Fuente: Direcci3n General de Residencia y Censos (Direcci3n de Residencia) a3o 2010.

Ley Básica de Salud 153

- 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

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

Entre 2007 y 2013: que aprendimos?

Desde el año 2007 -fecha en que fue elaborado el último programa de RMGyF - a la actualidad, intentamos aprender de las experiencias, y a la vez, interpelar - tanto hacia el interior del campo de la especialidad de MGyF como también a la políticas sanitarias implementadas- acerca del propósito de la formación de RMGyF

Son antecedentes en la concepción/ paradigma del Programa

- La Declaración de Alma Ata del año 1978 donde se proclama la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)
- Medicina Social Latinoamericana y Salud Colectiva
- 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.
- Modelo Clínico Centrado en la Persona (MCCP)
- Desarrollos de la especialidad a nivel internacional
- 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.
- Se encuadra en el Marco de referencia del Ministerio de Salud de la Nación 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).

Formar MGyF :para que sistema de salud para que territorios ?

- Estas nuevas políticas públicas sanitarias que buscan los Estados, orientan la búsqueda de un médico que responda a necesidades de atención integral, integrada, continua y eficiente de salud de la comunidad
- 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
- 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

MGyF para CABA y AMBA? Planificadamente?

- La Ciudad Autónoma de Buenos Aires alberga a 2.891.082 habitantes en un territorio de 200 km², 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.**

Bases del “Programa RMGyF CABA 2014”

- Plan de mejora continua del proceso formativo de la especialidad como un instrumento dinámico que debe ser actualizado cada 5 años
- “Programa vivo”
- “Programa integrado”
- Aprendizaje en el contexto del trabajo en que el conocimiento se crea en el espacio donde se desarrolla la acción
- Promueve el “aprender a aprender” como un objetivo pedagógico central.
- Perfil profesional basado en competencias que direccionan el proceso formativo

Diseño del “Programa RMGyF CABA 2014”

- **Una metodología participativa de elaboración**
- **Aprendizaje de experiencias nacionales e internacionales**
- **Basado en Valores : 6 compromisos:**
 - con las personas
 - con la sociedad en general
 - con la mejora continua de su trabajo
 - con la propia especialidad
 - con la formación
 - con la ética

Diseño del "Programa RMGyF CABA 2014"

- Reingeniería de la Estructura docente creación de nuevos roles y funciones
 - Sub-coordinaciones por Región Sanitaria;
 - Tutores MGyF de planta
 - Tutores de apoyo matricial hospitalarios.
- Perfil común esperado para todos los residentes egresados de las distintas sedes formativas del GCBA
- Articulación con la Universidad :propuesta con: UBA y UNLAM
- Acceso a TIC
 - Internet en Cesac:Busquedas bibliográficas/Ateneos virtuales
 - Uso de Historia Clínica Electrónica (HCE)
- Pluri-potencialidad

Competencias del MGyF

1-Esenciales:

La comunicación asistencial. La entrevista clínica. La relación medico paciente

El razonamiento clínico

La gestión de la atención

La bioética

2.Atención al individuo y la familia

3.Atención a la comunidad

4 .Formación en docencia e investigación

Innovaciones necesarias

- Coordinación general con dedicación completa
- Instructor de MGyF por Región sanitaria de la CABA -antecedente artículo 2 de la Ley 601/2001-
- Tutor/a MGyF:
- Profesionales de apoyo matricial
- Referente de DIDAPS
- Diseño de página web de RMGyF CABA

ESCENARIOS FORMATIVOS

- Se modifica el concepto de “rotación” por el concepto de escenarios formativos 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 .

Guardias de 12 horas:

- Guardias de 12 horas semanales durante los cuatro años asegurando:
 - tiempos para adquisición de competencias en DIDAPS Urgencias a acreditar
 - supervisión de Residentes superiores a inferiores
 - "Llamado de acción de Toronto :Generar relaciones laborales justas y asegurar ambientes de trabajo saludables "
 - Diseño de investigación de resultados sobre grado de adquisición de competencias y satisfacción profesional y calidad de vida.

Matrices de abordaje de los contenidos

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:

- **Tecnologías o maletines duros:** que lo vincula con los equipamientos, los medicamentos, todas las herramientas aplicadas para su práctica, ("vinculado a sus manos")
- **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")
- **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 que le confiere vida al trabajo en salud, utilizando las otras tecnologías como referencia.

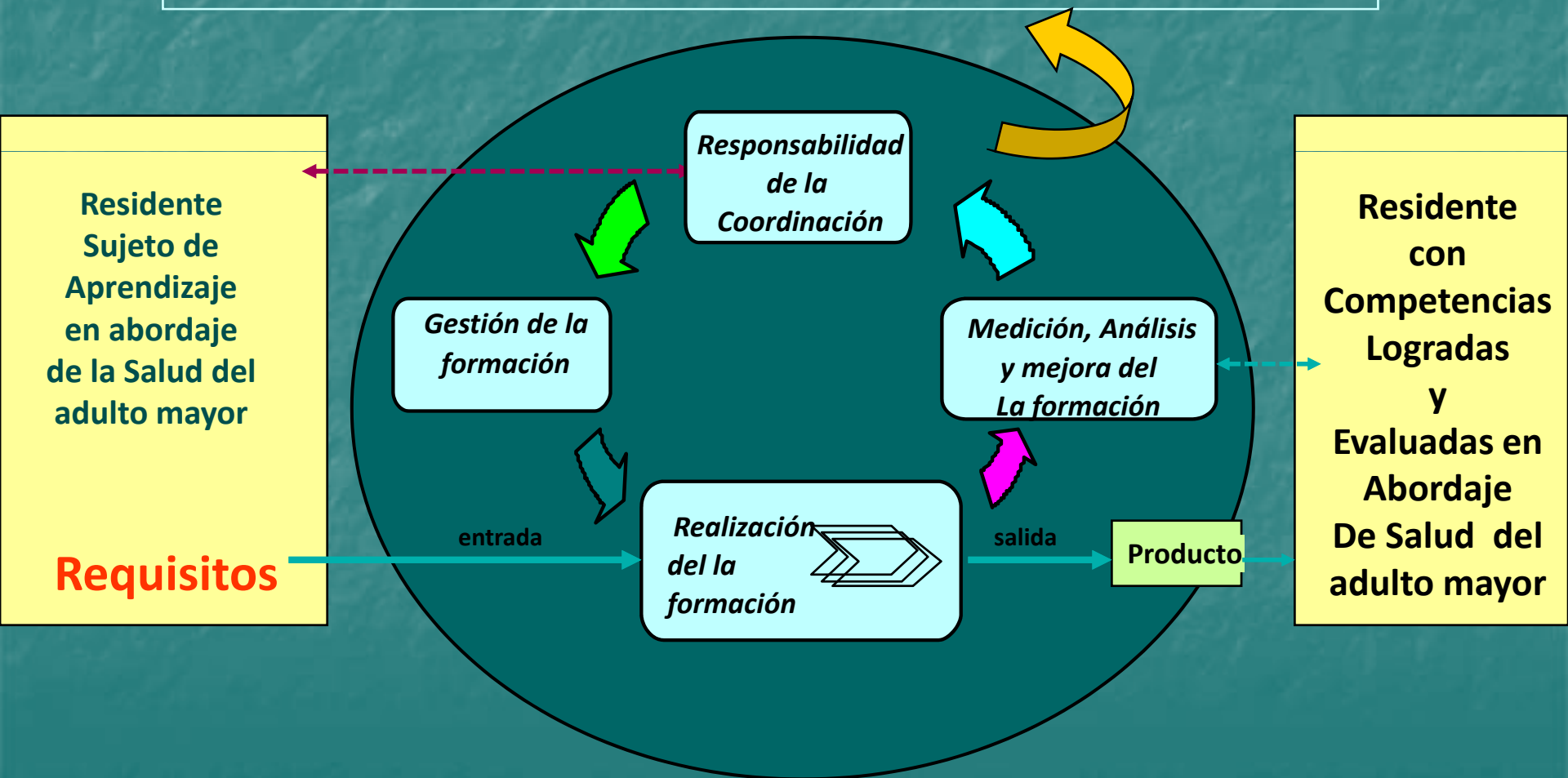
Matrices de abordaje de los contenidos

Matriz 2: Niveles de prioridad y responsabilidad

- 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

Didaps? Dispositivos de investigación, docencia y asistenciales por problema de salud: por ejemplo Salud del adulto mayor

MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD



Responsabilidad nominal de la población : 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 .
- 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.
- 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 vínculo 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."

RMGyF: Primer año

- 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

RMGyF: Segundo año

- **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

RMGyF: Tercer año

- **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 Público 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

RMGyF:Cuarto año

■ **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.

SISTEMA DE EVALUACIÓN

- 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.
- ¿Para qué se evalúa?
- ¿Qué se evalúa?
- ¿Cómo evaluamos?

Pirámide de Miller

- Primer y segundo nivel de Pirámide de Miller:
"Sabe" y "sabe cómo": evalúa conocimientos
- Tercer nivel: de la Pirámide de Miller:
"Muestra": evalúa destrezas y aptitudes
- Cuarto nivel de la Pirámide de Miller:
Hace: profesionalismo

Incorporación del Portfolio del Residente