



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

2017 “Año de las energías renovables”

MINISTERIO DE SALUD

**PROGRAMA DOCENTE DE LA RESIDENCIA POSBÁSICA
EN CIRUGIA INVASIVA MÍNIMA**

ANEXO I

2017

Aprobado por Resolución N° 2017-1665 – MSGC.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. FUNDAMENTACIÓN 2.1- Consideraciones generales sobre los programas de residencia/concurrencia del GCBA 2.2. Descripción de la población destinataria
3. PROPÓSITOS GENERALES
4. PERFIL DEL/DE LA MÉDICO/A ESPECIALISTA EN CIRUGÍA INVASIVA MÍNIMA 4.1 Áreas de competencia
5. ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA 5.1. Funciones docentes y de supervisión para el desarrollo del programa
6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN
7. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR AÑO, SEGÚN ÁMBITO DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE. 7.1 Organización general de las actividades por áreas de formación 7.2. Objetivos, actividades, contenidos por año y por rotación
8. CONTENIDOS 8.1. Contenidos generales 8.2. Contenidos transversales 8.3. Contenidos específicos
9. SISTEMA DE EVALUACIÓN
10. BIBLIOGRAFÍA
11. APÉNDICE

1. INTRODUCCIÓN

La residencia posbásica en cirugía invasiva mínima (CIM) tiene como objetivo la formación de médicos cirujanos e imagenólogos, en la práctica de procedimientos y técnicas miniinvasivas.

La cirugía laparoscópica tuvo sus inicios en la ginecología, con gran aceptación en el tratamiento de la patología biliar, de esta manera, ha cambiado la vía de acceso no sólo a la patología biliar sino a muchas otras indicaciones en abdomen y tórax. Tuvo comienzo en 1987, en Francia.

De esta forma queda constituida la cirugía invasiva mínima que involucra principalmente a la cirugía percutánea, y colateralmente a la cirugía endoscópica. Y, como una rama de la cirugía general, a la cirugía laparoscópica.

La introducción de nuevas alternativas terapéuticas para el tratamiento de afecciones quirúrgicas, ha sido una constante en los últimos años, compitiendo con la cirugía convencional que ha reducido sus indicaciones en un buen número de enfermedades. Dichas alternativas han surgido fundamentalmente por el desarrollo de los métodos de diagnóstico por imágenes y el avance de la endoscopia y videolaparoscopia. Así es que ya se abarcan tratamientos impensados pocos años atrás, como el del cáncer temprano del estómago mediante mucosectomías endoscópicas o el tratamiento local de tumores.

El resultado de este cambio en términos generales, puede considerarse positivo, ya que, si uno compara estudios de morbimortalidad en algunas enfermedades, la misma ha disminuido cumpliendo con el objetivo de la práctica médica.

La residencia posbásica en cirugía invasiva mínima (CIM) tiene la sede en el Hospital Santojanni, el requisito para el ingreso es tener una básica previa en diagnóstico por imágenes o cirugía general.

2. FUNDAMENTACIÓN

Los comienzos de las intervenciones operatorias sobre el hombre son más antiguos que la medicina clínica. El límite corporal fue roto desde mucho antes que la mente antigua llegara a comprender la profunda sabiduría que implicaba mantenerlo.

Destruir lo evidente como anómalo, el tumor, la excrescencia, la herida supurada, el miembro roto, la muela que duele constantemente, fueron expeditivos caminos médicos, rápidas resoluciones a tomar, que no implicaban conocimientos profundos ni obligaban a cuidados especiales.

La cirugía tardó mucho tiempo en perder su carácter de arte menor, subsidiario y su condición de artesanía. Este lento progreso dio un vuelco durante la segunda mitad del siglo XX, donde los progresos tecnológicos han permitido una aceleración constante en el diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías.

La transformación profunda que supondrá el paso de una cirugía básicamente exéretica y mutilante a otra restauradora del orden fisiológico.

El concepto de cirugía invasiva mínima cubre diferentes especialidades de la medicina y de la cirugía. La llave de la innovación fue el tratamiento endoscópico, agregándose a fines de la década del '60; los procedimientos endovasculares como alternativa a la cirugía abierta y el advenimiento de la ecografía y tomografía computarizada que posibilitó el drenaje de abscesos con agujas y catéteres sin necesidad de cirugía.

El desarrollo de la cirugía invasiva mínima produjo importantes implicancias en los hospitales, en los médicos y en los pacientes.

Impacto en los Hospitales:

Debido a la potencialidad de complicaciones y al período de convalecencia post-operatorio, la cirugía fue asociada con hospitalización por más de 100 años. El 50% de las internaciones en occidente estaban ligadas a cirugía. El arribo de técnicas mini-invasivas, con tratamientos ambulatorios o de corta internación más el advenimiento de seguimiento domiciliario por equipos de enfermería entrenados está disminuyendo drásticamente estas cifras. Esto produce un efecto de disminución de costos por internación, y de posibilidad de infecciones intrahospitalarias.

La reducción de la internación y el aumento del seguimiento ambulatorio de los pacientes requiere, sin duda, un importante cambio en la organización de los servicios de cirugía, siendo necesario además modificar la estructura de quirófanos para un rápido recambio de pacientes.

Impacto en los médicos:

La llegada de la cirugía invasiva mínima impone a los médicos la adquisición de nuevas destrezas. Estas técnicas van desde la ejecución de maniobras sencillas como la punción diagnóstica o el drenaje de colecciones hasta grandes procedimientos combinados. Su realización, en algunas oportunidades, implica además de la formación básica; el aprendizaje de ecografía, radiología intervencionista y endoscopía.

La incorporación de estos conocimientos en la formación de un médico, son cada vez más importantes (ecografía intraoperatoria, asociación de métodos percutáneos y laparoscópicos, entre otras). Algunos procedimientos de ejecución más sencilla deberían formar parte de los conocimientos de un intervencionista general, otros seguramente serán patrimonio de centros especializados. Pero es indispensable que el médico conozca cada uno de estos procedimientos, sepa o no instrumentarlos, ya que es él quien deberá decidir el camino a seguir.

Impacto en los pacientes:

La cirugía invasiva mínima permite una rápida inserción laboral, produce menos complicaciones parietales y menos dolor postoperatorio, evitando también en muchas oportunidades la anestesia general. Solo en algunos casos, faltan estudios randomizados que permitan evaluar la real ventaja de estas técnicas.

2.1- Consideraciones generales sobre los programas de Residencias GCABA

El sistema de residencias

Las residencias del equipo de salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de postgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar para el sistema de salud 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 Autónoma 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 Autónoma, ajustarán sus programas en acuerdo con las pautas establecidas por la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma (Ley 153, art 3) y su modificatoria.

La garantía del derecho a la salud integral se sustenta sobre 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 Básica de Salud N° 153 - Art 3 - Selección).

La educación de posgrado propicia una trayectoria de formación que, entre otros aspectos:

- Garantiza una formación pertinente al nivel y ámbito de la educación superior de posgrado,
- Articula teoría y práctica,
- Integra distintos tipos de formación,
- Estructura y organiza los procesos formativos en clave de desarrollo socio-cultural y de desarrollo vinculado al mundo del trabajo profesional,
- Articula en su propuesta curricular las demandas y necesidades fundamentales para el desarrollo local con las instituciones del sector salud y del sector educación.

El Programa por especialidad

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

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

Desde esta perspectiva, cobra especial dimensión el esfuerzo conjunto de articulación y concertación de las actividades de formación entre los responsables de la residencia, de la autoridad de aplicación, de los/las coordinadores/as generales, los/las jefes/as de servicios; los responsables de áreas y de rotaciones, para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito.

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

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

2.2. Descripción de la población destinataria

La Sección Cirugía Percutánea del Hospital General de agudos "D. F. Santojanni" es un servicio médico especializado cuyo principal objetivo es el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con múltiples patologías (obstrucción de vía biliar, colecciones intrabdominales, realización de ostomías - colecistostomías, gastrostomías-, entre otras)

Atiende, aunque no exclusivamente, población mayor de 16 años.

La población que se atiende proviene de:

1. Derivación
 - 1.1. Diferentes servicios del hospital.
 - 1.2. De otros hospitales del GCABA.
 - 1.3. De sistemas de salud por fuera del GCABA
 - 1.4. De pacientes atendidos en el servicio
2. Demanda espontánea
 - 2.1. Para 2ª opinión
 - 2.2. Por falta de diagnóstico en su sistema de salud.



Gráfico 1: consultas durante el año 2015.



Gráfico 2: procedimientos percutáneos realizados 2015.

3. PROPÓSITOS GENERALES

El desarrollo del programa deberá:

- Promover una formación que integre la perspectiva clínico-quirúrgica, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud de la población de referencia, del sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires.
- Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes

dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.

- Brindar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles.
- Estimular las capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la residencia, con otras concurrencias y residencias.
- Reflexionar acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas de salud.
- Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.
- Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica.
- Formar profesionales responsables desde el punto de vista científico, ético y social.
- Formar recursos humanos flexibles, con amplitud de criterio, creativos, generadores de espacios de trabajo que permitan el desarrollo y crecimiento de la especialidad.
- Promover la implementación de un sistema de gestión de calidad acorde a las necesidades de su ámbito de desempeño.
- Promover un encuadre general que oriente la formación para que los residentes adquieran las competencias necesarias para llevar a cabo su tarea como médicos especialistas en cirugía invasiva mínima.
- Fomentar la docencia e investigación en el contexto de la especialidad y orientar en el ejercicio de la práctica médica dentro de las normas éticas que la profesión impone.

4. PERFIL DEL/DE LA MÉDICO/A ESPECIALISTA EN CIRUGÍA INVASIVA MÍNIMA

El/la médico/a especialista en cirugía invasiva mínima (CIM) está capacitado para la realización del tratamiento de los pacientes afectados por patologías que se resuelven mediante procedimientos mininvasivos, tanto electivos como de urgencia, de origen inflamatorio, traumático, neoplásico o postquirúrgico. También resuelve las urgencias de las subespecialidades quirúrgicas o especialidades afines (trauma, tórax, urología, tocoginecología, y cirugía infantil), para iniciar el tratamiento y/o estabilizar al paciente.

Está capacitado en la práctica de procedimientos y conoce los elementos tecnológicos y materiales específicos de técnicas mininvasivas. Evalúa, diagnóstica, realiza tratamiento y seguimiento pre y postquirúrgico, de las enfermedades plausibles de resolución a través de procedimientos mininvasivos.

Conoce, evita y trata las complicaciones más frecuentes en cirugía intervencionista. Trabajando en equipo para la resolución de patologías de resorte miniinvasivo.

Además participa en los procesos de educación permanente, investigación, supervisión, evaluación y revisión crítica de las prácticas en los ámbitos de desempeño del equipo; y construye conocimiento sobre su propia práctica en un proceso de aprendizaje permanente y ejerce funciones docentes.

Al mismo tiempo, planifica, implementa y evalúa las herramientas básicas para la gestión de la actividad quirúrgica que desempeña, a fin de optimizar la atención.

4.1 ÁREA DE COMPETENCIAS

1. Atender al/la paciente durante la etapa de diagnóstico clínico-quirúrgico, contemplando los factores de riesgo.
 - 1.1. Reunir la información respecto del/de la paciente y su patología
 - 1.2. Realizar el diagnóstico prequirúrgico para la actuación en procedimientos programados y de urgencias para las enfermedades pasibles de resolución a través de procedimientos mínimamente invasivos percutáneos.
 - 1.3. Efectuar un diagnóstico de situación, durante un procedimiento y resolverlo
 - 1.4. Definir conductas terapéuticas.
 - 1.5. Preparar clínicamente al/la paciente para la cirugía.
 - 1.6. Comunicar e informar de manera pertinente las decisiones quirúrgicas adoptadas, a través del consentimiento informado.

2. Atender al/a la paciente quirúrgico en el acto operatorio, contemplando los factores de riesgo.
 - 2.1. Planificar el acto quirúrgico.
 - 2.2. Preparar el escenario de la cirugía.
 - 2.3. Realizar el acto quirúrgico.
 - 2.4. Conducir al equipo quirúrgico.
 - 2.5. Informar al/la paciente y/o a la familia sobre los resultados del acto quirúrgico.

3. Atender al/ a la paciente durante la etapa postoperatoria, evaluando su evolución.
 - 3.1. Decidir el nivel de complejidad de la internación del paciente.
 - 3.2. Realizar el control posquirúrgico inmediato y mediato.
 - 3.3. Informar debidamente al paciente y/o familiares acerca de la evolución.
 - 3.4. Determinar el momento y las condiciones del alta de internación.
 - 3.5. Definir tratamientos complementarios.

4. Aplicar los elementos tecnológicos y materiales específicos de las técnicas invasivas mínimas.
 - 4.1. Conocer los materiales específicos para la realización de un procedimiento percutáneo.
 - 4.2. Utilizar los elementos y materiales específicos de acuerdo al procedimiento a realizar.
 - 4.3. Realizar las prácticas más habituales (drenaje de colecciones, gastrostomías, colecistostomías) en cirugía mininvasiva.

5. Planificar, implementar y evaluar las herramientas básicas para la gestión de la actividad quirúrgica que desempeña, a fin de optimizar la atención.
 - 5.1. Planificar la agenda de actividades en función de las características de su ámbito de desempeño.
 - 5.2. Elaborar documentos y registros e implementar acciones para la gestión.
 - 5.3. Evaluar el proceso de gestión para mejorar acciones futuras.

6. Participar en actividades científico-académicas y docentes para complementar su formación, para contribuir a la producción y difusión de nuevo conocimiento y para formar a pares.
 - 6.1. Analizar críticamente y comunicar los resultados de la práctica profesional.
 - 6.2. Participar en acciones de educación permanente.
 - 6.3. Desarrollar tareas docentes en su ámbito de desempeño.

7. Generar y participar en actividades de autoconocimiento y cuidado del equipo de salud para una mejor atención del/de la paciente y la familia.
 - 7.1. Ejercitar el autoconocimiento, siendo consciente de las propias fortalezas y debilidades personales.
 - 7.2. Implementar el cuidado de los profesionales y no profesionales.

5. ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MÍNIMAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

La residencia es un sistema de capacitación en servicio, a tiempo completo y con dedicación exclusiva para residentes, jefes/as de residentes e instructores/as de residentes.

La residencia posbásica CIM tiene como objetivo formar especialistas de acuerdo al perfil definido por las necesidades del sistema sanitario establecidas por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En la actualidad existe una sede en el Hospital Santojanni que comenzó su actividad como concurrencia posbásica en el año 2003. A Partir del año 2016 es una residencia posbásica.

La residencia posbásica al igual que el resto de las residencias del sistema de

salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se rige por lo dispuesto en la Ordenanza 40.997/86 y sus modificatorias (Ord. 51.475/97, Ley 601 y Ley 2445)

La **duración** del programa es de 2 años, con posibilidad de acceso al cargo de jefe/a de residentes o instructor/a, por un año más en el primer caso y uno o más años en el segundo

Carga horaria: será a tiempo total, con horario de 40 horas semanales.

Las actividades se desarrollan de lunes a viernes en el horario de 8 a 17 hs.

El régimen de **licencias** ordinarias y extraordinarias se rige por lo establecido en la Ordenanza 40.997 y sus modificaciones.

Cada año, se otorgan las **vacantes** de acuerdo a la decisión estratégica tomada de manera conjunta entre la autoridad de aplicación y la coordinación general de la residencia

Guardias: el servicio no cuenta por el momento con actividad durante las 24 hs, el residente realizará tareas supletorias de esas guardias tanto en el área preventivo, asistencial como académica.

Requisitos de ingreso:

Sobre el tiempo de graduación: desde la fecha de emisión del diploma hasta la fecha de cierre de la inscripción al concurso, el postulante no deberá exceder de hasta 8 (ocho) años de graduación, al año en el que se concursa.

Edad: "A la fecha de inscripción, los aspirantes deberán contar con una edad tal que sumando a ésta el tiempo de la residencia, más un lapso de trabajo equivalente al doble de tiempo invertido en su formación de postgrado, no supere la edad prevista para acceder a la jubilación".

Documentación necesaria:

- **Documento de acreditación de identidad:** D.N.I., L.C., L.E. o Cédula de Identidad para argentinos o naturalizados. Pasaporte en regla para extranjeros.
- **Título universitario académico:** original del certificado de título universitario o fotocopia autenticada del título académico.
- **Certificado de residencia completa**

El sistema de ingreso tiene dos instancias:

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

El ingreso se registrará por la Ordenanza 40.997, sus modificatorias y las disposiciones vigentes.

Condiciones mínimas que debe reunir una sede para recibir residentes.

La sede base deberá contar con:

- Médicos de planta de la especialidad comprometidos con la formación.
- Responsables docentes para la formación de los residentes en la especialidad.
- Instalaciones y equipamiento adecuado a las actividades establecidas en los Programas.
- Acceso a fuentes de información biomédica real y virtual.
- Espacio de reunión grupal del equipo interdisciplinario.

Requisitos para constituir sedes de rotaciones:

Las rotaciones se realizarán siempre de acuerdo a la normativa vigente y en el ámbito público. En el caso en que el sistema público no pueda brindar el ámbito para desarrollar la rotación las mismas podrán ser realizadas en instituciones privadas, nacionales o extranjeras.

La sede deberá contar con los siguientes requisitos:

- Ser una institución de salud reconocida por su capacidad de formación y compromiso.
- Cumplir con los objetivos específicos del programa general de la residencia.
- Contar con profesionales docentes de la especialidad en la que rota.
- Los profesionales referentes deberán realizar supervisión y evaluación de los concurrentes rotantes de acuerdo a instrumentos específicos.

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

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.

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

- a- Coordinación general del programa de residencia
- b- Coordinación local del programa de residencia
- c- Jefe/a de residentes y/o instructor/a de residentes

La Autoridad de aplicación designará a la **Coordinación General de la Residencia**, por resolución. Será la responsable de la planificación, ejecución y evaluación del programa docente de la residencia. Estará constituida por un profesional o un equipo de profesionales que acrediten formación en el área de

desempeño con responsabilidad en la gestión de la residencia y en el programa docente de las residencias emanado por la autoridad de aplicación del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Funciones de la Coordinación General de Residencia:

- Elaborar el Programa Docente General de la Residencia.
- Actualizar periódicamente el Programa Docente General de la Residencia.
- Evaluar y monitorear la implementación del Programa Docente General de la Residencia.
- Colaborar en el desarrollo de los procesos formativos y la capacitación en servicio.
- Recabar información sobre las sedes de la Residencia; y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Asesorar en la selección de los ámbitos de rotación y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Coordinar la organización de la capacitación en red, supervisando la coherencia entre los proyectos locales y el programa central, articulando los proyectos de las distintas sedes y facilitando su intercambio.
- Fomentar el vínculo institucional entre la residencia, las Direcciones del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los programas de salud y la Dirección de Capacitación y Docencia.
- Propiciar la articulación entre la Dirección de Capacitación y Docencia, Comités de Docencia e Investigación, Jefes/as de Servicios Hospitalarios, Áreas Programáticas y Centros de Salud,
- Coordinadores de Programas locales, Jefes/as y/o Instructores/as de Residentes, Residentes.
- Participar en el proceso de selección para el ingreso a la Residencia acorde a la normativa vigente a través de: elaboración del examen, orientación a aspirantes, toma, resolución de apelaciones y análisis de los resultados del examen.
- Diseñar, gestionar la puesta en marcha y analizar el sistema de evaluación del desempeño de los Residentes. Constituir una instancia de mediación en caso de conflicto entre las partes citadas.
- Favorecer el desarrollo de experiencias de formación entre las diversas Residencias del Sistema de Salud.
- Participar en las actividades formativas o de intercambio y actualización que la Dirección de Capacitación y Docencia organice.
- Tender a la capacitación y actualización periódicas en temáticas inherentes al campo profesional, a la gestión en salud y a la función de coordinación

Funciones de la Coordinación local de Programa o Coordinación de sede:

Estará integrada por un profesional o un equipo de profesionales pertenecientes a la sede de la Residencia que deberá elaborar estrategias para lograr la articulación de su unidad formativa con el programa docente. Esta actividad se desarrollará conjuntamente con el jefe del servicio y el jefe de residentes. Deberán ser profesionales de la misma disciplina o profesión, con competencia en el área de desempeño de la Residencia, debiendo pertenecer al plantel del GCBA con un cargo no superior al de Jefe de División. Será designado por la Autoridad de aplicación, a propuesta conjunta de la Dirección del Hospital y de la Subcomisión de Residencias. Durará en su cargo 2 años pudiendo renovarse en sus funciones.

Es de esperar que esta figura:

- Colabore en la elaboración del proyecto local siguiendo los lineamientos del programa general.
- Supervise la implementación del proyecto local.
- Organice actividades de capacitación
- Participe en la evaluación de desempeño 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.
- Vincule acciones intra y extra institucionales optimizando la capacitación.
- Mantenga comunicación fluida con la coordinación general de la residencia.

Funciones del Jefe de residentes:

Según la Ley 601/01 G.C.A.B.A., modificatoria de la Ordenanza 40.997:

"El Jefe de Residentes será un profesional contratado anualmente, no renovable, que haya completado la residencia en la especialidad y profesión correspondiente; será propuesto por voto directo de los residentes en cada especialidad o profesión, con la aprobación de la Subcomisión de Residencias y el Comité de Docencia e Investigación. Se elegirá un Jefe de Residentes cada diez (10) residentes o fracción mayor de cuatro (4). Cada residencia tendrá un Jefe de residentes, aunque su número sea menor de diez (10). (...) Al final del período recibirá un certificado expedido por la Dirección de Capacitación y refrendado por el Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires."

Son funciones del/de la Jefe/a de Residentes:

- Asumir la responsabilidad de la conducción del grupo de Residentes
- Actuar de acuerdo con el coordinador de programa y jefes de servicio, en la supervisión y control de las actividades, como asimismo con jefes de residentes de otras especialidades y profesiones.
- Desempeñarse como un referente en lo personal y profesional hacia los residentes.
- Organizar y coordinar las actividades científicas, académicas y asistenciales de la residencia dentro de los programas preestablecidos, supervisando la tarea.
- Insertar en la práctica diaria dichas actividades en consenso con el jefe de Servicio.
- Incentivar la participación de los residentes en las actividades académicas y científicas preestablecidas.
- Promover la inserción de la Residencia en actividades interdisciplinarias.
- Interesarse por las necesidades y sugerencias del grupo de residentes para poder tomar decisiones ecuanimes.
- Evaluar periódicamente a los residentes desde el punto de vista profesional, personal y ético.

Funciones del/de la Instructor/a de residentes:

Según la normativa vigente, el Instructor de residentes será un profesional con antecedentes acreditados en la especialidad y profesión y podrá pertenecer a la carrera profesional hospitalaria, siempre que cumpla sus funciones en sábados, domingos y/o feriados. Se lo contratará anualmente pudiendo ser renovable. Cuando no haya postulantes para ser designados jefes de residentes, el instructor cumplirá las mismas funciones que éste.

Habiendo jefe de residentes sus funciones serán:

- Brindar apoyo al coordinador general y al Coordinador local del programa de la Residencia y articular acciones entre los diferentes niveles de responsabilidad de la formación.
- Supervisar la implementación del programa de formación de la residencia.
- Asesorar en el área de contenidos de su especialidad.
- Seguimiento del desempeño de los residentes en áreas específicas.
- Participar en la evaluación de los residentes.

6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

Se entienden por estrategias de capacitación a un conjunto de métodos, procedimientos y actividades que se pueden agrupar porque poseen una característica común en la modalidad de orientación de los aprendizajes. Se pueden distinguir dos grandes grupos:

- Las que toman como punto de partida la información y el conocimiento para luego transferirlos a la práctica.
- Las que parten de la práctica en sí misma para inferir y construir los conceptos y principios que de ella surgen.

Las estrategias de capacitación se adecuan a los siguientes lineamientos y criterios que guían la selección y organización de las actividades de formación de los residentes.

Asegurar una fuerte formación práctica.

Se deberán elegir aquellas actividades que le permitan al/a la residente tomar contacto con un número suficiente de pacientes y una gama amplia de patologías dónde pueda ejercer las habilidades del manejo del paciente en la toma de decisiones

Promover la participación de profesionales de la planta

Deberán planificarse actividades que interrelacionen a los/las residentes con los médicos/as de planta para lograr el objetivo del aprendizaje supervisado.

Promover la supervisión al interior de la residencia

Entender la supervisión como el sistema que integra la evaluación del proceso de capacitación, no se limita a controlar la eficacia de las acciones de los/las residentes, sino que es una instancia más para el aprendizaje.

Estimular la integración asistencia – docencia – investigación.

Es recomendable que el/la residente se incorpore en forma integral a todas las actividades que se realicen en el hospital. Desde la residencia se promoverán todas las actividades que permitan articular las funciones de asistencia – docencia e investigación.

Integrar la formación teórica con la práctica

Los ateneos y los cursos que se dicten en la residencia estarán vinculados con la práctica 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 articulados con la práctica.

Fomentar la interdisciplina

La residencia promoverá las actividades inter-residencias de distintas especialidades y con el equipo de salud del mismo hospital, y de otros hospitales del sistema.

Promover el autoconocimiento y el cuidado de los equipos de salud

Deberán planificarse actividades vinculadas al autoconocimiento y cuidado del equipo de salud.

7. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR AÑO, SEGÚN ÁMBITO DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE.

La actividad específica se irá escalonando progresivamente desde un grado inicial de complejidad menor, hasta tareas complejas y de supervisión realizadas por el residente del último año y los médicos de planta del servicio.

Ámbitos de desempeño

- Consultorio
- Sala de internación
- Diagnóstico por imágenes
- Quirófano
- Sala de reuniones, aulas, o espacio similar donde se desarrolla la actividad académica

7.1 ORGANIZACIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES POR ÁREAS DE FORMACIÓN

7.1.1. Actividad asistencial

Se dedicará a esta actividad el 60 % del tiempo destinado a la formación e incluye:

A) Atención en consultorio externo

Participación activa y supervisada en la atención de los/las pacientes ambulatorios. Consultas de atención programada, demanda espontánea e interconsultas ambulatorias. Indicación de procedimientos, seguimiento pre y postoperatorios.

B) Atención de pacientes internados en el hospital

Participación activa y supervisada en la atención de los/las pacientes internados. Confección de historia clínica, indicación de procedimientos, evolución y seguimiento del pre y postoperatorio. Interconsultas y recorrida de sala, junto al/a la coordinador/a del programa e instructores/as.

C) Prácticas quirúrgicas

Los residentes participarán de todos los procedimientos miniinvasivos y realizarán prácticas de complejidad creciente bajo supervisión continua por parte del /de la coordinador/a del programa, instructores/as y médicos/as de planta. Se realizarán procedimientos de la práctica intervencionista no vascular, desde los más simples y los ambulatorios, hasta los más complejos y combinados. Se impartirán nociones de las principales prácticas endoscópicas y de intervencionismo vascular.

De acuerdo a su complejidad, los procedimientos se realizarán en distintos ámbitos del hospital. Las prácticas más simples se efectuarán en las salas de procedimientos ambulatorios de endoscopia y diagnóstico por imágenes (radiología, ecografía y tomografía axial computarizada) y las de mayor complejidad en quirófano de hemodinámica.

Práctica de distintos procedimientos miniinvasivos en simuladores y modelos experimentales en el mismo centro u otro designado, bajo la supervisión de los/las instructores/as.

7.1.2. Actividad académica

Se dedicará a esta actividad el 30 % del tiempo total destinado a la formación e incluye:

a) Actividad sistematizada: clases, cursos, conferencias de actualización, ateneos clínicos, anatomopatológicos y ateneos bibliográficos. En este apartado se incluyen el dictado de cursos teóricos para los/las mismos/as residentes, a cargo de los/de las residentes de años superiores, la confección de monografías sobre temas de interés científico en la especialidad, y la realización de trabajos de investigación científica para ser presentados en congresos o afines.

- Ateneo semanal miniinvasivo interdisciplinario: discusión de los casos clínicos nuevos, programados y realizados. La presentación de los mismos y el sustento bibliográfico estará a cargo de los/ de las residentes y sistematizado por el/la coordinador/a general del programa.
- Ateneo bibliográfico semanal: selección, presentación, discusión y lectura crítica de publicaciones recientes en cirugía invasiva mínima, con énfasis en el análisis de la metodología y resultados.

b) Actividad no sistematizada: es complementaria a la actividad asistencial diaria, se revisan y se discuten las bases teóricas del manejo de los/de las pacientes internados/as entre los/las médicos/as de planta y residentes. En este punto, la actividad se transforma en teórico-práctica, dado que dicho conocimiento teórico se concreta inmediatamente en conductas diagnósticas y tratamiento a aplicarse al/a la paciente.

Se dará prioridad para asistencia a cursos intra y extrahospitalarios y congresos afines a la especialidad como estrategia de educación permanente, que permita al/ a la residente fortalecer los conocimientos.

7.1.3. Actividad de investigación:

Se dedicará a esta actividad el 10 % del tiempo total destinado a la formación que incluye:

Durante el primer año el/la residente debe adquirir conocimientos de metodología de investigación y ética en investigación y conocer los procedimientos que se deben seguir para la presentación de un proyecto de investigación a la luz de la normativa vigente. Al final de la residencia debe poder presentar un trabajo científico publicable o proyecto de doctorado.

En todos los casos, llegará a los mismos a partir de su aprendizaje acerca de los métodos de investigación y su aplicación en pacientes con distintas patologías de acuerdo a normas de buena práctica clínica bajo la estricta supervisión de instructores/as, coordinadores/as locales de programa y jefes/as de servicio.

Investigación y práctica en modelo experimental

Participación activa en el diseño y desarrollo de proyectos de investigación clínica, práctica de estadística, redacción y discusión crítica de protocolos de estudios de investigación y manejo de logística de distintos estudios.

7.1.4. Rotaciones

Se llevarán a cabo rotaciones obligatorias y una rotación optativa (electiva). Las primeras son las que deberá completar el/la residente para obtener su promoción, porque se consideran indispensables para su formación. Tendrán como finalidad la incorporación de conocimientos, habilidades, destrezas, valores y actitudes en la relación con los/las profesionales, los/las pacientes y en las patologías prevalentes. Las rotaciones deben estar en consonancia con los objetivos del programa.

La sectorización del servicio permite planificar la realización de las rotaciones, adecuándolas en duración y contenidos. Las rotaciones podrán cumplirse en la misma institución o fuera de ella.

Las rotaciones electivas por otros efectores de salud, otros ámbitos de formación del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o por instituciones del interior o exterior del país, seguirán los lineamientos de las rotaciones de residentes según Disposición 8/DCYD/03 y Disposición-2015-41-DGDOIN donde se especifican los requisitos y las condiciones para la realización de las rotaciones por el exterior.

La rotación optativa es complementaria de su formación, y deberá profundizar un área de su interés. Deberá ser elegida de acuerdo a los lineamientos del programa y con la aprobación del/de la coordinador/a general y/o local del programa. Su realización obedece a una necesidad institucional y/o personal.

El/la residente en las rotaciones realizará una actividad asistencial, teórica y académica; bajo supervisión continua de los respectivos especialistas.

En cada ámbito de formación se asegurará la guía tutorial por profesionales altamente calificados, para fortalecer la integración de la residencia al servicio.

Durante las rotaciones fuera del servicio, el residente deberá realizar un informe parcial mensual describiendo el organigrama de las actividades realizadas, los temas abordados en ateneos, seminarios y los diagnósticos de los pacientes que vieron durante esa rotación. Concluida la rotación, deberá agregarle sus propias conclusiones sobre el lugar elegido y sugerencias para incorporar en la residencia. Cada informe final será distribuido entre los/las médicos/as de planta del servicio.

Rotaciones obligatorias: cirugía general, diagnóstico por imágenes,

Opcionales: intervencionismo óseo / terapia del dolor, intervencionismo vascular, endoscopia, rotaciones en el exterior según recomendación del/de la coordinador/a del programa.

Rotaciones por año y ámbito de desempeño:

Rotaciones	Carga Horaria
Primer año	
- Cirugía general (residente especialista en diagnóstico por imágenes). - Diagnóstico por imágenes (residente especialista en cirugía general).	Hasta 3 meses Hasta 3 meses
Segundo año	
- Intervencionismo vascular, - Endoscopía, - Terapia del dolor / intervencionismo óseo, - Rotaciones en el exterior según recomendación del/de la coordinador/a del programa.	Hasta 6 meses Hasta 6 meses

7.1.5. Formación complementaria

Cursos opcionales

Cada unidad de residencia planificará la participación a cursos ofrecidos por diferentes instituciones reconocidas, teniendo en cuenta la calidad de la oferta educativa y las necesidades de formación del intervencionista percutáneo.

7.2. OBJETIVOS, ACTIVIDADES Y CONTENIDOS POR AÑO

OBJETIVOS GENERALES

La presente programación tiene como objetivo que el residente sea capaz de:

- Integrar los conocimientos básicos en una unidad conceptual.
- Conocer y realizar las técnicas específicas
- Conocer e indicar los métodos complementarios de diagnóstico (de laboratorio e imágenes), sabiendo interpretar sus resultados.
- Conocer y realizar procedimientos manuales
- Integrar y sintetizar los conocimientos para la confección de un trabajo personal o grupal.
- Realizar búsquedas bibliográficas actualizadas, presentando los casos clínicos para su posterior discusión.
- Conocer la estructura social de su área programática que pudiera derivar en demanda de atención médica.
- Conocer los lineamientos básicos de la administración y gestión en medicina.

PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA:

La cirugía invasiva mínima, requiere de conocimientos quirúrgicos y de interpretación de las imágenes, por lo que los/las residentes deberán afianzar estos aspectos durante el desarrollo del programa.

La asistencia y participación en el consultorio externo y recorrida de sala, serán obligatorios, con excepción en los periodos de las rotaciones.

OBJETIVOS:

- Realizar en forma supervisada los procedimientos mininvasivos específicos.
- Atender las consultas más frecuentes de consultorio de la especialidad.
- Realizar un seguimiento postoperatorio de los/de las pacientes intervenidos/as internados/as y ambulatorios.
- Diagnosticar y proponer conductas en los casos más frecuentes de la consulta.

ACTIVIDADES:

- Colocación percutánea de vías centrales y puertos vasculares
- Realización de punciones citológicas e histológicas diagnósticas.
- Ejecución de drenaje percutáneo de colecciones abdominales, pelvianas y torácicas.
- Realización de gastrostomías percutáneas
- Realización de drenaje percutáneo de colecciones abdominales, pelvianas, retroperitoneales, torácicas y pelvianas complejas.
- Ejecución de ostomías percutáneas (nefrostomías y colecistostomías)
- Rotación por cirugía general y/o diagnóstico por imágenes (según básica previa)
- Asistencia al ateneo semanal miniinvasivo.
- Asistencia al ateneo quincenal bibliográfico.
- Realización de búsqueda bibliográfica mediante buscadores por internet y acceso a las principales bibliotecas médicas.
- Realización de un proyecto de investigación clínica.

*

SEGUNDO AÑO DE LA RESIDENCIA:

OBJETIVOS:

- Realizar los procedimientos miniinvasivos más frecuentes de la especialidad.
- Identificar la patología compleja y plantear el tratamiento adecuado.
- Tratar en forma supervisada las complicaciones postoperatorias más frecuentes de la especialidad.
- Cumplir tareas de supervisión y docencia.

ACTIVIDADES:

- Realización de drenaje percutáneo de colecciones abdominales, pelvianas, retroperitoneales, torácicas y pelvianas complejas.
- Ejecución de ostomías percutáneas (nefrostomías y colecistostomías)
- Realización de intervencionismo en la vía biliar. Manejo de la patología biliar sencilla y compleja.
- Colocación de Stent (bilíares, digestivos).

- Atención a las consultas de pacientes con patología compleja de consultorio de la especialidad y el tratamiento.
- Rotación por servicio de endoscopia realizando prácticas en endoscopia diagnóstica y procedimientos básicos de endoscopia terapéutica.
- Ejecución de tratamiento percutáneo de tumores.
- Intervencionismo urológico.
- Rotación en servicio externo electivo.
- Rotación internacional electiva.
- Presentación de casos en el ateneo semanal miniinvasivo.
- Presentación de trabajos en el ateneo quincenal bibliográfico.
- Realización de búsqueda bibliográfica mediante buscadores por internet y acceso a las principales bibliotecas médicas.
- Elaboración de un proyecto de investigación clínica.
- Supervisión a los residentes de primer año.
- Desempeñarse en tareas docentes.

ROTACIONES OBLIGATORIAS

Las rotaciones obligatorias de primer año tienen como finalidad nivelar los conocimientos de los residentes provenientes de las especialidades de cirugía general y de diagnóstico por imágenes. Tendrán que realizar la rotación complementaria a su especialidad.

1. CIRUGÍA GENERAL

OBJETIVOS:

- Revisar aspectos concretos de la práctica quirúrgica; de patología de urgencia y programada.
- Realizar búsquedas bibliográficas y valoración crítica de la literatura acorde a la evidencia médica vigente.

ACTIVIDADES:

- Participación junto a médicos/as de planta en la atención de los pacientes.
- Presentación de los temas que le sean solicitados en los talleres, ateneos y revisiones bibliográficas.

2. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

OBJETIVOS:

- Conocer y aplicar el uso racional de los métodos complementarios de diagnóstico por imágenes, (radiología normal y contrastada, ecografía, tomografía axial computada, entre otros) en patologías crónicas y agudas.
- Presentar y discutir casos en la utilización de métodos complementarios.

ACTIVIDADES:

- Participación junto a médicos/as de planta de la especialidad en la interpretación de los estudios complementarios.
- Realización de ateneos clínicos de interpretación de estudios complementarios.

8 CONTENIDOS

8.1 CONTENIDOS GENERALES

- El profesional como sujeto activo en el sistema de salud.
- Dimensión ética y de cuidado en salud. Sujetos de derecho.
- Educación permanente y producción de conocimientos.
- Comunicación en salud
- Manejo no operatorio del paciente quirúrgico.
- Nociones de gestión en cirugía
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de las afecciones de órganos, aparatos y sistemas que son competencia de la cirugía general, ginecología, urología; tanto para la patología crónica como aguda.

8.2 CONTENIDOS TRANSVERSALES

Los contenidos transversales abordan problemas centrales del campo de la salud y de la atención, comunes a todas las profesiones. Contextualizan y determinan el ejercicio profesional, según tres aspectos: conceptual, procedimental y actitudinal. Esto significa que tienen un carácter teórico-práctico; es decir que la formación en estos contenidos se hace tanto en situación de la práctica, como en situaciones de clase, ateneos, talleres, entre otros.

Los contenidos transversales se organizan en cuatro ejes que destacan dimensiones en el desempeño del profesional de la salud:

1. El profesional como sujeto activo en el sistema de salud.
2. Dimensión ética y de cuidado en salud. Sujetos de derecho.
3. Educación permanente y producción de conocimientos.
4. Comunicación en salud.

1. EL PROFESIONAL COMO SUJETO ACTIVO EN EL SISTEMA DE SALUD.

Concepciones y paradigmas relacionados a la salud. La distribución del poder en las intervenciones en salud. Determinantes y condicionantes de salud en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Incorporación de la dimensión social y política. Campo de la salud.

El sistema de salud. Organización del sistema, lógicas de funcionamiento. El enfoque de calidad en la atención. El rol del profesional como agente en la transformación y aplicación de las políticas sanitarias. El reconocimiento de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud diferenciada del primer nivel de atención sino como como estrategia que reorganiza el sistema, planteando la referencia y contrarreferencia entre efectores y reconociendo las particularidades y oportunidades distintas de cada nivel de atención. Reconocimiento de la articulación de la prevención de enfermedades, educación para salud y asistencia. Modelos de atención.

Gestión. Planificación y evaluación en los propios espacios de gobernabilidad. El ciclo de la gestión. Recursos, tiempo y oportunidad en la atención de calidad. Utilización de manuales de procedimientos, protocolos y guías. Responsabilidad institucional en el ejercicio de la profesión. ASIS (Análisis de Situación de Salud), epidemiología, indicadores básicos orientados a la especialidad y a la población a cargo del efector.

Planificación según problemas prevalentes de la población.

Equipo de trabajo. El profesional integrado al equipo para un mejor abordaje desde una perspectiva poblacional y sanitaria. El rol del equipo de salud en la construcción de la equidad y del acceso universal a la atención. La responsabilidad y la acción profesional en la generación y participación en redes de servicios, redes de atención y de cuidado.

Marco normativo vigente nacional, jurisdiccional relacionado con la salud. Organismos nacionales e internacionales. Encuadre de la práctica profesional en el marco de la garantía del derecho a la salud.

2. DIMENSIÓN ÉTICA Y DE CUIDADO EN SALUD. SUJETOS DE DERECHO.

Sujetos de derecho: paciente, familias, trabajadores de salud. Marco vigente, nacional y jurisdiccional sobre derechos del paciente y del encuadre laboral en salud. Diferencia entre ética y moral.

El paciente y su familia, la comunidad como sujetos de derecho y con autonomía para la toma de decisiones en los procesos de atención-cuidado. Perspectivas de derecho/género/interculturalidad. Reconocimiento del otro (paciente, familiar, trabajadores) como "semejante" y sujeto de derecho. Responsabilidad en la resolución de problemas. Exigencia a las instancias correspondientes aquello que sea requerido para resolver un problema según estándares de calidad.

Organización y participación de los actores en salud. Herramientas en participación comunitaria. Análisis, priorización y toma de decisiones. El trabajo con otros en sus múltiples dimensiones: interdisciplinariedad, interculturalidad, diversidad de miradas y prácticas. La complementariedad de saberes para la mejora de la atención y la resolución de conflictos.

Autocuidado y cuidado de los trabajadores del equipo de salud. Reconocimiento de las emociones y marcas que produce en los trabajadores de la salud el trabajar con cuestiones cercanas al dolor, la vida, la muerte, los proyectos vitales, los temores. Reconocimiento de las propias limitaciones y lo oportuno de compartirlas con los equipos en el marco de la garantía del acceso al derecho a la salud. Dispositivos de reflexión de la práctica como evaluaciones, supervisiones, espacios de elaboración de angustia, taller de reflexión sobre temas como comunicación, dilemas éticos, etc. Aplicación y control de las normas de bioseguridad en el ejercicio cotidiano. Condiciones y medio ambiente de trabajo. Dimensiones del cuidado del ambiente para la salud del paciente, del profesional y del equipo.

El profesional en el mercado de trabajo. Responsabilidades civiles y penales del ejercicio profesional. Encuadre de la práctica profesional en el marco de derechos y de la bioética. Responsabilidad pública del ejercicio de la profesión.

3. EL PROFESIONAL COMO PARTICIPANTE ACTIVO EN LA EDUCACIÓN PERMANENTE Y LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS.

El trabajo como fuente de aprendizaje y conocimiento: Educación Permanente en Servicio. La institución sanitaria y los equipos de salud en la construcción de procesos de educación permanente en salud.

La investigación como fuente de aprendizaje y conocimiento. Lógicas de investigación científica y sistematización de prácticas. Investigación clínica e investigación básica. Diferentes enfoques (Medicina Basada en la Evidencia, Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, Investigación Sanitaria Colectiva, etc.).

El profesional en la construcción de información epidemiológica y de gestión de procesos salud-enfermedad-atención. Sistemas y registros de información sanitaria y epidemiológica. Búsqueda y análisis de información científico-tecnológica. Redes y centros de información y documentación. Lectura comprensiva de artículos especializados en idioma extranjero. Utilización del servicio de buscadores y de

traductores virtuales. Organización de comunicaciones científicas y presentación de datos y experiencias.

4. COMUNICACIÓN EN SALUD

Dimensiones y niveles de la comunicación: interpersonal (con pacientes, con otros trabajadores del sistema), institucional (cómo se comunican los equipos, cómo organizan su tarea, qué comunican con palabras y qué con el cuerpo, las prácticas, las formas de acercarse a los usuarios, qué comunica la arquitectura de un espacio), comunitaria, medios masivos. Comunicación institucional y con los pacientes como constitutiva de las “buenas prácticas en salud”. La comunicación como vínculo para las actividades de prevención, tratamiento de enfermedades y promoción de salud. Comunicación de noticias difíciles.

Perspectivas en comunicación: instrumental y de construcción de sentidos. El poder en las relaciones sociales. Inyección de valores o construcción de sentidos. Articulaciones posibles. Los destinatarios.

Plan de comunicación y estrategias comunicacionales. Definición de problema en comunicación, qué es comunicación y qué no. Mitos en torno a la comunicación (Ej. “todo se resuelve con comunicación”, “con comunicación se acaban los conflictos”, “los pacientes/ los otros trabajadores/ las otras disciplinas no entienden”)

Los trabajadores de salud y las nuevas tecnologías de información y comunicación.

8.3 Contenidos específicos

1. Manejo no operatorio del paciente quirúrgico

Manejo integral del paciente quirúrgico: prevención y tratamiento de infecciones, homeostasis y medio interno, hemostasis, tratamiento del dolor, nutrición en cirugía.

Situaciones especiales: embarazo, paciente crítico, paciente añoso, paciente oncológico, paciente inmunodeprimido. Comorbilidades. Reposo, autonomía, cuidado y confort en el paciente quirúrgico.

Evaluación de riesgo quirúrgico. Niveles de complejidad. Comunicación con el paciente y su familia. Información y consentimiento informado en cirugía. Historia clínica en el paciente quirúrgico o potencialmente quirúrgico. Otros procedimientos no quirúrgicos. Traslados. Interconsultas.

2. Nociones de gestión en cirugía

Escenario de la cirugía: El quirófano y su organización, check-list quirúrgico. Planificación. Manejo de agenda. Evaluación. El error en cirugía. Equipo quirúrgico: especificidades del trabajo en equipo, conducción de equipo quirúrgico. Registros en cirugía: partes quirúrgicos e historia clínica quirúrgica, epicrisis, referencia y contrarreferencia. Otros registros relacionados con el paciente y con la gestión de quirófano.

3. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las afecciones de órganos, aparatos y sistemas que son competencia de la cirugía general, ginecología, urología; tanto para la patología crónica como aguda.

Vías centrales y puertos vasculares: técnicas quirúrgicas, indicaciones, contraindicaciones, manejo de complicaciones.

Punciones citológicas e histológicas diagnósticas: técnica quirúrgica, indicaciones, contraindicaciones, control del paciente post-procedimiento, manejo de complicaciones.

Drenaje percutáneo de colecciones abdominales, pelvianas, retroperitoneales y torácicas: técnicas quirúrgicas, indicaciones, contraindicaciones, control del paciente post-procedimiento, manejo de complicaciones.

Ostomías percutáneas (nefrostomías y colecistostomías): técnicas quirúrgicas, indicaciones, contraindicaciones, control del paciente post-procedimiento, manejo de complicaciones.

Tratamiento percutáneo de tumores: técnicas quirúrgicas, indicaciones, contraindicaciones, control del paciente post-procedimiento, manejo de complicaciones.

Vía biliar. Manejo de la patología biliar: técnicas quirúrgicas, indicaciones, contraindicaciones, control del paciente post-procedimiento, manejo de complicaciones.

Stent (bilíares, digestivos): técnicas quirúrgicas, indicaciones, contraindicaciones, control del paciente post-procedimiento, manejo de complicaciones.

Endoscopia (rotación por servicio) realizando prácticas en endoscopia diagnóstica y procedimientos básicos de endoscopia terapéutica.

urología: técnicas quirúrgicas, indicaciones, contraindicaciones, control del paciente post-procedimiento, manejo de complicaciones.

9. SISTEMA DE EVALUACIÓN

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

Evaluación del Programa

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

Evaluación del desempeño del/de la residente

Evaluar el desempeño es evaluar integralmente la habilidad de un sujeto para realizar una práctica profesional. Esto incluye los modos de organización, retención y uso de los conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores necesarios para esa práctica. Esta modalidad de evaluación se basa en la observación de la práctica profesional directa o a través de distintos indicadores.

El proceso de evaluación deben llevarlo a cabo al menos dos evaluadores, siendo imprescindible que al menos uno de ellos haya sido su capacitador directo en el área correspondiente, participando activamente de este proceso el/la instructor/a y el/la coordinador/a local del programa de la residencia en la sede de origen.

Con respecto a la frecuencia, tanto en las rotaciones anuales como en las de menor duración, deberá asegurarse una instancia de evaluación formativa o de proceso al promediar la rotación y otra sumativa o de producto al finalizarla.

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

La promoción anual del/de la residente se realizará según la evaluación global del desempeño donde se considerarán las planillas de evaluación realizadas en los distintos ámbitos, que evalúan los comportamientos esperados en los mismos y que forman parte de las competencias profesionales que los/las residentes deberán adquirir. El/la residente promocionará con valoración satisfactoria o altamente satisfactoria.

Evaluación de las Rotaciones

Los profesionales responsables de la formación en cada rotación deberán conocer el programa docente con los objetivos de aprendizaje inherentes a la misma, y el instrumento con que se evaluará esa experiencia de formación, que será entregado al secretario del CODEI debidamente cumplimentado.

De acuerdo a la Disposición-2015-41-DGDOIN sobre las rotaciones en el extranjero, se especifica que finalizada la misma, en un plazo no mayor de dos meses, el rotante deberá entregar, además de la certificación de la rotación por autoridad competente del lugar donde efectuó la misma; un informe final pormenorizado firmado por él y por el/la coordinador/a del programa local, en el que conste si se cumplieron los objetivos, la descripción de lo realizado y en caso de nuevos procedimientos o técnicas utilizadas, deberá adjuntar el protocolo correspondiente, con las referencias bibliográficas y conclusiones, con el fin de poder transferir la experiencia adquirida.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección general de estadísticas y censos. Ministerio Salud. GCBA. 2012. Disponible en: http://www.estadistica.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/anuario_estadistico_2012.pdf
2. Davini, María Cristina. Orientaciones para la Evaluación en el contexto de las Residencias. Texto elaborado especialmente para el Curso de Formación Docente Tutorial en el Sistema de Residencias. CVSP-OPS. 2014
3. Disposición N° 8 -DCYD-03 (MS-GCBA). Rotaciones en el exterior. Argentina, Buenos Aires. 2003. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
4. Disposición N° 41- DGDOIN – 2015 (MS-GCBA). Rotaciones en el exterior. Argentina, Buenos Aires. 2015. Disponible en:

http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165

5. Indicadores básico 2009-2011. Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en:
<http://www.deis.gov.ar/indicadores.htm>
6. Ley Nº 153/99. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. 28-05-99. Disponible en:
http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
7. Ley Nº 4.702. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. 2013. Disponible en:
http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
8. Marco de referencia para la formación en Residencias Médicas. Especialidad: Cirugía General. Dirección Nacional de capital Humano y Salud Ocupacional. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. MINISTERIO DE SALUD (M.S.). Junio 2013. Disponible en <http://www.msal.gov.ar>
9. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dirección General de Docencia, Investigación y Desempeño Profesional. Guía para la elaboración de programas docentes de residencias, 2017. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeconcurrencias/residenciasyconcurrencias/presentacion-de-residencia-y-concurrencias/programas-de-formacion-docente-de-residencias-y-concurrencias>
10. Ordenanza Nº 40.997/85 (G. C. B. A.): Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud y sus modificatorias. 1985. Disponible en:
http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
11. Resolución 1342/2007. Criterios y estándares básicos de las residencias del Equipo de Salud. COFESA 2007. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar>
12. Rodríguez, Patricia. La evaluación en los sistemas de residencias. Hacia la construcción de criterios comunes. Dirección General de Docencia e Investigación - Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 2011. ID 4159, Cedos (Centro de Documentación en Salud 4159). Disponible en:
<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/2012evalresi.pdf>
13. Romero S. Competencias y su evaluación. Medicina de Familia (And) 2002;1:49-52

11. APENDICE



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA RESIDENCIA POSBÁSICA
CIM**

HOSPITAL	FECHA			
RESIDENTE				
EVALUADOR	AÑO DE RESIDENCIA			
<p>INSTRUCCIONES</p> <p><i>Marque con una cruz en la columna que corresponda en cada caso. Escriba en el espacio de <u>Observaciones y sugerencias</u> todas las consideraciones particulares no contempladas en el instrumento y las recomendaciones/ orientaciones que puedan ser de ayuda al residente para su desempeño futuro.</i></p> <p><i>Luego de evaluar los ítems de cada ámbito de desempeño. Ud. deberá señalar si el/la residente se ha desempeñado en forma altamente satisfactoria, satisfactoria, poco satisfactoria o insatisfactoria. Con las mismas categorías deberá valorar el <u>desempeño global</u>.</i></p> <p><i>Esta grilla debe contener todas las firmas correspondientes, de lo contrario carecerá de validez.</i></p>				
C/S: casi siempre	A/V: a veces	R/V: Rara vez	N/O: No observado.*	N/C: No corresponde**
<p>* Se utiliza en los casos en que el evaluador no haya podido observar el comportamiento esperado</p> <p>** Se utiliza cuando el comportamiento descrito no corresponda al nivel o año del evaluado</p>				

1. DESEMPEÑO EN QUIROFANO	C/S	A/V	R/V	N/O	N/C
Realiza correcta y sistematizadamente la evaluación preoperatoria del paciente					
Controla adecuadamente la disponibilidad de los insumos necesarios para la realización de la cirugía prevista					
Conoce los fundamentos teóricos de las prácticas a realizar.					
Prepara correctamente el ámbito donde se realizara el procedimiento					
Realiza una adecuada planificación quirúrgica.					
Posee el nivel de destreza esperado para su año de formación					
Reconoce sus limitaciones y solicita ayuda a sus instructores/as en caso de necesitarlo					
ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD:					
Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio		
()	()	()	()		
Observaciones y sugerencias:					
1- DESEMPEÑO EN QUIRÓFANO					
Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio		
()	()	()	()		
-1-					

2. DESEMPEÑO EN SALA	C/S	A/V	R/V	N/O	N/C
2.1. Historia Clínica					
Realiza correcta y sistematizadamente el interrogatorio y examen clínico					
Plantea una correcta orientación diagnóstica					
Realiza la actualización diaria en forma ordenada, completa y refleja la evolución del paciente					
Realiza presentaciones claras y precisas en las recorridas de sala					
2.2. Atención al paciente					
Es cordial e inspira confianza					
Reconoce sus limitaciones y sus consultas son pertinentes					
Cumple con sus responsabilidades asistenciales					
Solicita supervisión oportuna.					
Establece una adecuada comunicación con el paciente y su entorno					
Tiene criterio de prioridad en la solicitud de exámenes					
Realiza los procedimientos con destreza					
Realiza presentaciones claras y precisas en las recorridas de sala					
ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD:					
Altamente Satisfactorio ()	Satisfactorio ()	Poco Satisfactorio ()	Insatisfactorio ()		
Observaciones y sugerencias:					
2- DESEMPEÑO EN SALA					
Altamente Satisfactorio ()	Satisfactorio ()	Poco Satisfactorio ()	Insatisfactorio ()		

3. DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	C/S	A/V	R/V	N/O	N/C
3.1. Docencia e investigación					
Muestra interés por la docencia y la investigación.					
Participa en actividades de docencia e investigación por iniciativa propia.					
Demuestra capacidad para identificar temas de investigación					
Expone y presenta en forma pertinente y con claridad					
Integra de manera activa a un equipo de investigación con supervisión					
3.2. Supervisión					
Supervisa a los/las residentes de los primeros años de acuerdo a su nivel de responsabilidad					
ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD:					
Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio		
()	()	()	()		
Observaciones y sugerencias:					
3- DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN					
Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio		
()	()	()	()		

4. DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES ACADÉMICAS	C/S	A/V	R/V	N/O	N/C
4.1. Académicas					
Realiza presentaciones claras y precisas					
Integra y jerarquiza la información presentada basándose en bibliografía pertinente					
Participa en discusiones					
Interviene en la elaboración de trabajos científicos					
Lee y se mantiene informado sobre temas de su especialidad					
Cumple con las tareas asignadas.					
Toma decisiones de acuerdo a su nivel de responsabilidad.					
Solicita supervisión en forma oportuna					
Mantiene buena comunicación con sus pares e intercambia ideas					
Acepta observaciones y/o críticas, reconociendo sus propias limitaciones					
Participa y se integra a las actividades sistematizadas y no sistematizadas.					
Manifiesta interés por ampliar información					
Solicita y busca bibliografía relevante a la especialidad.					
Asiste y participa en ateneos y clases pautadas					
4.2. Supervisión					
Supervisa a los/las residentes de los primeros años de acuerdo a su nivel de responsabilidad					
ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD:					
Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio		
()	()	()	()		
Observaciones y sugerencias:					
4. DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES ACADÉMICAS:					
Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio		
()	()	()	()		

5. EVALUACIÓN GLOBAL DEL DESEMPEÑO			
Altamente Satisfactorio ()	Satisfactorio ()	Poco Satisfactorio ()	Insatisfactorio ()
CONCLUSIONES GENERALES Y SUGERENCIAS:			
Firma y aclaración del evaluador		Firma y aclaración del residente	
Firma y aclaración del secretario del comité de docencia e investigación		Firma y aclaración del jefe del servicio	
Firma y aclaración coordinador local del programa		Firma y aclaración coordinador general	

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Jefe de Gobierno

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Vicejefe de Gobierno

Cdor. Diego Santilli.

Ministra de Salud

Dra. Ana María Bou Pérez.

Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Dr. Daniel Carlos Ferrante.

Directora General de Docencia Investigación y Desarrollo Profesional

Dra. Adriana Isabel Alberti.

Coordinador General de la Residencia

Dr. Juan Pablo Córdoba

Coordinadora de Unidad de Gestión Pedagógica

Lic. Patricia Rodríguez

Coordinadora Área Desarrollo Programas Docentes

Lic. Cecilia Acosta

Autores del Programa

Dr. Juan Pablo Córdoba

Dr. Ignacio Herrera

Dr. Cristian Cera

Asesora pedagógica

Lic. Cecilia Acosta

Este programa ha sido aprobado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por Resolución N°
2017-1665 - MSGC el 3 de agosto de 2017.