



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

2019 “Año del 25° Aniversario del reconocimiento de la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires”

MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA DOCENTE DE LA RESIDENCIA POSBÁSICA EN NUTRICIÓN

ANEXO I

Año 2019

Aprobado por Resolución N° 1238/MSGC/2019

INDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. FUNDAMENTACIÓN

2.1. Consideraciones generales sobre los programas de residencia del GCABA

2.2. Descripción de la población destinataria

3. PROPÓSITOS GENERALES

4. PERFIL DEL EGRESADO DE LA ESPECIALIDAD

4.1. Áreas de competencia

5. ORGANIZACIÓN GENERAL Y CONDICIONES MÍNIMAS 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 transversales

8.2. Contenidos específicos

9. SISTEMA DE EVALUACIÓN

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

11. BIBLIOGRAFÍA

12. APÉNDICE

1. INTRODUCCIÓN

La Nutrición es una disciplina que integra el campo de las ciencias de la salud y que se dedica al estudio del efecto de los nutrientes sobre la salud y enfermedad de las personas. En tanto especialidad clínica, se aboca al estudio alimentario y al tratamiento dietético del¹ paciente enfermo, así como a las acciones de prevención y promoción de la salud, alcanzando al individuo sano y a la comunidad con el objeto de mejorar la expectativa y calidad de vida. Dada la complejidad de la tarea de apoyo nutricional, el médico nutricionista interdisciplinariamente con licenciados en nutrición y enfermería, farmacéuticos, médicos de diferentes especialidades, entre otros profesionales del equipo de salud.

Las complejas cirugías realizadas en la actualidad, junto a los avances de la medicina intensivista y en materia de antibióticos, permiten la prolongación de la vida en pacientes graves. Sin embargo, esto no sería posible sin otros avances paralelos en el conocimiento médico como es el producido en el campo de la nutrición enteral y parenteral. Con la comprensión profunda de la metodología y de las modificaciones de la capacidad digesto-absortiva y metabólica de dichos pacientes se puede intervenir en la nutrición sin producir daño. Por esta razón, se considera al soporte nutricional como un acompañamiento necesario en una medicina de avanzada.

El nacimiento y desarrollo de la ciencia de la nutrición en la Argentina, según el análisis y la visión propuesta por el Dr. Osvaldo Brusco, puede dividirse en cuatro períodos que se delimitan teniendo en cuenta acontecimientos nacionales y extranjeros que fueron relevantes. El primer período, llamado "período antiguo" abarca hasta 1885 y se caracteriza por la muy escasa referencia a la nutrición como ciencia o proceso de estudio.

El segundo período que podría denominarse "nutricional-carencial", se extiende desde 1885 hasta 1921. Su comienzo está marcado por la primera tesis doctoral dedicada exclusivamente al tema, del médico Pacífico Díaz: "La Nutrición" (1885), y su final coincide con la designación del Dr. Pedro Escudero como Profesor Titular de Clínica Médica, cátedra a la cual llega portando una nueva orientación clínico terapéutica. Es precisamente en este período cuando nace la nutrición clínica en el país. Las temáticas abordadas en tesis doctorales evidencian una verdadera preocupación e interés por diversos aspectos de la nutrición, entre los que se destacan la alimentación del marinero de la escuadra, la alimentación del soldado, la dieta en el tratamiento de diversas enfermedades y estudios sobre las enfermedades carenciales.

El tercer período, "nutricional-diabetológico", se extiende desde 1921 hasta 1937. En su inicio influyeron varios acontecimientos: la Primera Guerra Mundial, con su insospechada revelación de que muchos jóvenes reclutas, aparentemente sanos, sufrían deficiencias nutricionales diversas; el descubrimiento de la insulina (1921), que permitió convertir una enfermedad inexorablemente mortal en crónica y ampliar la dieta de las personas con diabetes tipo 2; el descubrimiento en rápida sucesión de nutrientes cuya ausencia en la alimentación causaba enfermedades carenciales, y por último, en nuestro país, la designación del Dr. Pedro Escudero como Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Médica (1921), quien contribuyó a jerarquizar el tratamiento dietético de las enfermedades.

En este período, la nutrición clínica creció vigorosamente en la República Argentina, bajo la inspiración y el modelo de las dos figuras que más la influenciaron directa o indirectamente: Pedro Escudero (1877-1963) y Bernardo Houssay (1877-1971). Aun cuando el interés por las enfermedades carenciales se mantuvo, este período se caracterizó por el considerable aumento de los trabajos e investigaciones sobre la diabetes, producto de las dos escuelas tradicionales

¹ Debido a las particularidades del idioma castellano, cuando se utiliza el masculino genérico se hace referencia a ambos géneros, teniendo en cuenta la perspectiva igualitaria y de equidad de género.

seguidoras de ambos maestros: la de diabetología y nutrición clínica y, la de diabetología experimental. En este período, además, fueron creados el Instituto Municipal de la Nutrición en 1928, y la Escuela Municipal de Dietistas en 1935.

El cuarto y último período, denominado "nutricional clínico y social", se extiende desde 1936 hasta 1968. El hito que señala su iniciación es la designación de Pedro Escudero como Profesor Titular de Patología y Clínica de la Nutrición, materia hasta entonces inexistente dentro del programa de estudios de la carrera de Medicina, mientras que, su final está marcado por la disolución del Instituto Nacional de la Nutrición, obra "magna" de Escudero.

En este período, la identidad de la disciplina "nutrición clínica" se definió claramente, extendiéndose el ámbito de su alcance a los aspectos sanitarios y sociales. Fue creado el Curso Superior de Médicos Dietólogos de la Universidad de Buenos Aires por inspiración de Escudero en 1938, y tanto el Instituto de la Nutrición como la Escuela de Dietistas adquirieron jerarquía nacional. Además, la ciencia argentina se jerarquizó con el otorgamiento del Premio Nobel de Fisiología y Medicina a Bernardo Houssay en 1947, por entonces Profesor Titular de la Cátedra de Fisiología de la Universidad de Buenos Aires.

La especialidad Nutrición fue reconocida por el Ministerio de Salud de la Nación en el artículo N° 7 de la Resolución N° 1105/2006.

Previo a la creación de la residencia posbásica de Nutrición mediante la Resolución N° 2392 MSGC - 17, en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existía, como programa de formación en el área de nutrición, la concurrencia posbásica de Nutrición. Paralelamente funciona la residencia posbásica del Hospital de Clínicas en Área Metropolitana de Buenos Aires. Ambas constituyen un sistema de capacitación continuo y de formación en servicio para médicos con concurrencia o residencia previa en área clínica respectivamente.

2. FUNDAMENTACIÓN

La transformación de los servicios de salud hacia el concepto de “redes integradas”, con la finalidad de fortalecer el modelo de atención y establecer el acceso universal a la salud con servicios de calidad en todo el país, está en relación directa con la formación de recursos humanos en salud. Los modelos de atención son “integrales”, cuando el conjunto de acciones de promoción, prevención, curación, paliativo y rehabilitación son desarrolladas por el sistema de salud, a través de actividades sobre el ambiente, los determinantes sociales, las poblaciones y las personas; dichas acciones están orientadas a promover, proveer y facilitar una atención eficaz, oportuna, eficiente y de calidad hacia las personas, considerando su integridad física, psíquica y social.

En este marco, el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene como visión “desarrollar un sistema de salud en una red de cuidados integrales y progresivos, basado en las necesidades y la participación de la comunidad, que brinde servicios de calidad y eficientes en pos de la satisfacción ciudadana”². Los objetivos estratégicos que se plantean son los siguientes:

- Fortalecer la red pública de cuidados integrales
- Fortalecer y perfilar la red de hospitales
- Mejorar y ampliar sistemas de información y comunicación
- Mejorar la utilización de recursos
- Implementar acuerdos y planificación intersectorial

Resalta, el modelo asistencial en el primer nivel de atención, en el marco de la atención primaria de la salud (APS)³. Los equipos de salud se constituyen en la puerta de entrada que organiza la relación de la población con el sistema de salud.

Este modelo centrado en las personas, entiende a la salud como un derecho humano esencial y universal. Por lo tanto, es necesario contar con equipos de salud multidisciplinarios que tengan a su cargo la atención de una parte de la comunidad

La formación en servicio de los residentes, que forman parte de los equipos profesionales, implica la integración inmediata al proceso de trabajo. Se requieren agentes activos en el sistema público de salud para respaldar las transformaciones que sostiene el actual Plan de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

La OPS/OMS⁴ en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible⁵, desarrolla objetivos y metas para alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud. Se pueden destacar con relación a la formación de recursos humanos en salud los siguientes:

- Desarrollar políticas de educación permanente, incorporando la educación virtual e innovando en el uso de las tecnologías, para acompañar los procesos de cambio.
- Regular la calidad de la formación a través de sistemas de evaluación y de acreditación y desarrollar programas de aprendizaje contextualizados⁶, contemplando el enfoque de

² Plan de Salud CABA 2016-2019. BA desde adentro. Foro 2018. Encuentros con los desafíos de la Ciudad.

³ Las intervenciones se conciben en el marco de la política de Atención Primaria de la Salud (APS), proceso social a través del cual los profesionales del campo de la salud “devuelven” a la población la responsabilidad primaria del cuidado de su salud personal y colectiva. De este modo, la población deja de ser el “paciente pasivo” que nada debe saber de su salud, porque ello es considerado como patrimonio exclusivo y excluyente de profesionales o auxiliares de los servicios tradicionales. Hoy se habla de “cuidado integral de la salud para todos y por todos”.

⁴ OMS/OPS. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 29. a conferencia sanitaria panamericana. 69. a sesión del comité regional de la OMS para las Américas. 2017

⁵ Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; Resolución; Nueva York. Nueva York: ONU; 2015. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>

⁶ Organización Panamericana de la Salud. La Acreditación de Programas de Formación en Medicina y la orientación hacia la APS. Washington, DC: OPS; 2010 (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HSS-Series-APS-3-Acreditacion.pdf>.

género, los aspectos culturales; y ofrecer respuestas para la resolución de los problemas de salud de los diversos grupos poblacionales.

- Establecer estrategias de formación y gestión docente que incluyan procesos de docencia-servicio y de desarrollo profesional alineados con el modelo de atención en salud.
- Impulsar la investigación, el intercambio de experiencias y la cooperación entre países.

Por otro lado, la política regulatoria de la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, define lineamientos curriculares comunes⁷ para asegurar estándares de calidad; incluye los contenidos transversales⁸, que el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, en conformidad, los incorpora en la formación de los residentes, y se organizan en cuatro ejes: el profesional como sujeto activo en el sistema de salud, la dimensión ética y de cuidado en salud, los sujetos de derecho, la educación permanente y producción de conocimientos, y la comunicación en salud.

Con respecto a la especialidad, una alimentación sana, nutritiva y suficiente es uno de los pilares de la salud. Asimismo, no atender esta dimensión de la salud, entre otras, puede incrementar los riesgos de aparición de diversas enfermedades. No debe olvidarse que los alimentos son estímulos fisiológicos o patológicos del aparato digestivo y que los nutrientes participan en todos los procesos metabólicos, en el mantenimiento del medio interno y de las funciones celulares.

Sin embargo, y según la OMS, llevar adelante una alimentación saludable no depende exclusivamente de las necesidades de cada persona (por ejemplo, de su edad, género, hábitos de vida, ejercicio físico), sino también del contexto cultural, los alimentos disponibles localmente y la conducta alimentaria. La seguridad alimentaria se da cuando todas las personas tienen acceso físico, social y económico permanente a alimentos seguros, nutritivos y en cantidad suficiente para satisfacer sus requerimientos nutricionales y preferencias alimentarias, y así poder llevar una vida activa y saludable.

Para fundamentar la importancia de una residencia en Nutrición en la estructura del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, hay que tener en cuenta la prevalencia de los problemas nutricionales y sus consecuencias.

El principal problema de salud pública en el mundo continúa siendo el de la desnutrición. Por la magnitud de su prevalencia y las consecuencias que acarrea, originó esfuerzos de investigación sanitaria desde la última mitad del siglo pasado y fue recientemente muy bien revisada en varias regiones de Latinoamérica.

El informe “El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2006” reveló que suman 854 millones los desnutridos en el mundo. Si bien en nuestro país no hay cifras disponibles que revelen la magnitud de la desnutrición primaria en la totalidad de la población, existe la convicción de que en la Argentina hay desnutrición en algún porcentaje. Es indudable que las soluciones pasan por decisiones políticas que combatan la pobreza, incidiendo en la disponibilidad y distribución de los distintos alimentos y nutrientes.

⁷ Elabora documentos Nacionales Marco que cuentan con la adhesión de las jurisdicciones, a través de su aprobación por COFESA, lo que da carácter Federal al sistema. Dichos documentos ponen énfasis en la importancia de consolidar una formación de especialistas de nivel equivalente en todo el territorio Nacional. Son un instrumento para programar, evaluar y definir la acreditación de la residencia, aportando así al proceso de fortalecimiento de la formación de especialistas.

⁸ Los contenidos transversales hacen referencia a cuestiones que se ponen en juego en el encuentro con “los otros” con los que se desarrollan las prácticas en salud. Implican y suponen saberes que exceden a lo disciplinar/académico. Sin embargo, están presentes en todo encuentro con los usuarios, equipos, familiares, comunidad, opinión pública y comunidad científica.

Una forma de desnutrición secundaria, que nos involucra directamente como parte del equipo de salud, es la desnutrición hospitalaria. Es un hecho conocido, que el paciente hospitalizado, en especial el quirúrgico, pierde peso, sufre debilidad y en un elevado porcentaje de casos, evoluciona a una desnutrición proteica energética. Esta pérdida de peso es mucho más rápida que la producida por la simple inanición, sin mediar un stress quirúrgico, traumático o infeccioso.

Como respuesta neuroendocrina y de citoquinas a la injuria, existe una pérdida de nitrógeno que corresponde a la degradación del músculo. En definitiva, la enfermedad produce desnutrición por la respuesta hipermetabólica e hipercatabólica propia de la injuria: infección, stress, traumatismo, entre otras; por la incapacidad del paciente de alimentarse por sí mismo, por dificultades respiratorias o alteraciones de la conciencia.

Anorexia, vómitos, malabsorción, son componentes de muchos cuadros clínicos que pueden verse agravados por drogas, tratamientos radiantes o quimioterápicos y por numerosos estudios, que con frecuencia requieren de ayunos previos. Esta realidad, transporta con rapidez al paciente a un tipo de desnutrición secundaria que nos involucra directamente como parte del equipo de salud. La Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral (AANEP) en un estudio publicado en el 2001 concluye que el 46% de los pacientes internados en instituciones de nuestro país, tienen riesgo aumentado de mayor morbimortalidad por su estado de nutrición deficitario.

Estas cifras y consecuencias se confirmaron en el estudio IBRANUTRI en Brasil y en 13 países de Latinoamérica a través del ELAN Study. La situación planteada en gran parte puede revertirse, ya que muchas de las causas de esta desnutrición pueden ser evitadas haciendo prevención y nutriendo a los pacientes antes de la instalación de una situación grave.

Riesgo de aparición de complicaciones según el grado de desnutrición

Riesgo Nutricional ajustado para confundidores - * = $p \leq 0,05$

Complicaciones OR (IC)	Bien nutrido	Desnutrición moderada	Desnutrición grave
Muerte	1	2,5 (0,83 – 7,59)	7,69 * (1,41 – 25,19)
Sepsis	1	2,67 * (1,07 – 6,69)	4,03 * (1,41 – 11,45)
Neumonía	1	3,02* (1,53 – 5,97)	2,76 * (1,16 – 6,56)
Escara	1	2,29 * (0,83 – 6,28)	2,95 * (0,89 – 9,68)
Dehiscencia de herida quirúrgica	1	1,73 * (0,33 – 8,93)	6,93 * (1,23 – 38,96)

Como se puede observar en la tabla, el riesgo relativo (RR) de la desnutrición grave en relación con la aparición de complicaciones durante la internación es 2 a 7 veces mayor que en los pacientes con nutrición adecuada. Esto resulta un argumento incontrovertible a la hora de pensar si vale la pena hacer esfuerzos para disminuirla. Sin duda, la respuesta es positiva, tanto por la tórpida evolución de los pacientes como por los gastos que representa esta mayor morbimortalidad.

La Declaración de Cancún, bajo el lema "*por el derecho humano de los enfermos a recibir una terapia nutricional oportuna y óptima en cualquier lugar*", deja claro, entre muchas recomendaciones, que la atención nutricional no es una opción, es una necesidad impostergable para todo paciente y el soporte nutricional es obligatorio para todo paciente malnutrido.

El apoyo nutricional, tanto enteral como parenteral, es una tarea compleja que necesita de la intervención de varias especialidades médicas y de la participación interdisciplinaria de otros profesionales de la salud. Por estas razones, esto solo es posible, mediante un equipo de trabajo integrado por médicos, licenciados en nutrición y enfermeros, como también por farmacéuticos, cumpliendo cada miembro funciones específicas y complementarias (ya establecidas), que evalúe los pacientes, indique y realice el apoyo nutricional de acuerdo con protocolos preestablecidos.

Por otro lado, la necesidad de formación de médicos especialistas en Nutrición está dada por la prevalencia y el aumento sostenido de enfermedades relacionadas con la especialidad: obesidad, diabetes tipo 2 y dislipemias, problemas de creciente magnitud en salud pública. Estas son patologías, que aumentan la morbimortalidad por enfermedad cardiovascular y determinan un costo económico considerable dentro del gasto en salud.

En Argentina, estudios obtenidos en Venado Tuerto muestran un 34.05% de preobesos y 26.9% de obesos.

Recientemente, cifras de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), muestran como resultado, que el 44.3 % de las mujeres entre los 19 a 49 años y el 6,6 % de los niños de los 5 meses a 5 años tienen sobrepeso y obesidad.

La obesidad tiene una alta prevalencia que, sin duda, se muestra en crecimiento. El Índice de Masa Corporal (IMC) en importantes estudios epidemiológicos fue el principal riesgo de aparición de Diabetes tipo 2 (Estudio Nurse's Health, Nhanes). Esta enfermedad puede asociarse con frecuencia a distintas comorbilidades como hipertensión arterial, dislipemia, diabetes o distintos grados de disglucemia constituyendo lo que se denomina síndrome metabólico.

En la Argentina el síndrome metabólico y su prevalencia fueron estudiados en dos comunidades de Córdoba de acuerdo con las definiciones del ATP III y OMS. Se trata de un trabajo sustentado en dos estudios transversales previos realizados por el mismo grupo de investigadores, Dres. Luquez, De Loredó y otros, entre 1994 y 1998, en las ciudades de Oncativo y Deán Funes. Allí encontraron una prevalencia general de acuerdo con el ATP III del 21% y de OMS del 19%.

En el estudio MRFIT se valoró el impacto de los tres principales factores de riesgo (colesterol, tabaco, hipertensión) y su repercusión sobre la mortalidad cardiovascular. En este estudio, los diabéticos mostraron un significativo aumento en las muertes cardiovasculares con relación a los no diabéticos. Así, tanto en el estudio Whitehall II como en el de París, quedó demostrado que el riesgo de enfermedad coronaria es de 2 a 3 veces mayor en hombres con Diabetes tipo 2.

Importantes estudios intervencionistas, como los del Diabetes Prevention Program Research Group, Tuomilehto y Da Qing IGT and Diabetes Study, han demostrado que con el cambio del estilo de vida es posible la reducción de la evolución hacia la Diabetes tipo 2 en pacientes con intolerancia a la glucosa.

En el estudio reciente de Da Qing, se demostró que aquellos que pertenecieron al grupo que recibió intervención para el cambio de estilo de vida, y a casi 14 años de haber finalizado el mismo, mantienen una menor incidencia de diabetes comparado con el grupo control.

De este modo, el reconocimiento del carácter de epidemia global de obesidad desde hace más de quince años y, consecuentemente, los rasgos epidémicos que adquiere la diabetes tipo 2, traen aparejado una apertura de nuevos campos de investigación y conocimientos, exigiendo una reflexión acerca de la mejor manera de tratarlas y prevenirlas.

Las dislipemias representan un factor de riesgo independiente de la enfermedad cardiovascular, por lo que el conocimiento del metabolismo lipídico, sus implicancias clínicas, bioquímicas y biológicas de los respectivos trastornos lipídicos resultan de interés ineludible. Es por eso, que analizar el metabolismo lipídico y sus implicancias cardíacas, renales, endocrinas y nutricionales; interpretar los elementos del laboratorio bioquímico y evaluar clínicamente al paciente con dislipemia primaria y secundaria, constituyen los pilares del enfoque médico especializado.

La prescripción de un adecuado plan de alimentación en distintas situaciones de dislipemias aisladas o asociadas a otras comorbilidades, el conocimiento de los fármacos y los esquemas terapéuticos actuales en su tratamiento, son las herramientas terapéuticas imprescindibles para su abordaje.

El análisis del riesgo cardiovascular en los pacientes con dislipemias es necesario, ya que la enfermedad cardiovascular constituye la principal causa de carga de enfermedad en los países desarrollados y en desarrollo, principalmente como resultado de la expansión epidemiológica de la obesidad. Sus consecuencias frecuentes son el síndrome metabólico y diabetes tipo 2. En tales estados de insulinoresistencia, la dislipemia se relaciona con el riesgo vascular. Con el objeto de reducir el riesgo cardiovascular residual es preciso abordar esta situación. El aumento de los triglicéridos junto al descenso de HDL, que frecuentemente van unidos actuando de manera sinérgica, pueden ser responsables del riesgo residual, sobre todo en aquellos con cLDL controlado.

En este contexto, ante los nuevos lineamientos en salud y en la formación de recursos humanos en el marco de las normativas vigentes; teniendo en cuenta, que estas problemáticas nutricionales son asuntos relevantes para la salud pública, es necesario actualizar programa docente de la residencia.

2.1 Consideraciones generales sobre los programas de las residencias del GCBA

El sistema de residencias

Las **residencias** del equipo de salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de posgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar para el ámbito intra y extra hospitalario un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad.

Las residencias en su conjunto se incorporan al sistema de atención de la salud de la Ciudad de Buenos Aires y se desarrollan con la activa participación de todos los integrantes en la programación, ejecución y evaluación de las mismas⁹

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 Aires¹⁰

Según dicha ley, 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.

⁹ Ordenanza 40997/86 y sus modificatorias Ordenanza 40997/86 y sus modificatorias.

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/residenciasyconurrencias/normativas>

¹⁰ Ley Básica de Salud 153 y sus modificatorias Ordenanza 40997/86 y sus modificatorias.

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/residenciasyconurrencias/normativas>

El programa por especialidad

El programa pauta las competencias que serán adquiridas por el residente a lo largo de su trayecto formativo, reconoce ámbitos y niveles de responsabilidad, y establece el perfil común esperado para todos los residentes de la misma especialidad. Para ello, será necesario tener en cuenta las diversidades en la formación de grado como línea de base en la formación. A su vez, esta formación promoverá la adquisición de las competencias necesarias para el ejercicio profesional. El programa también contempla la formación del residente en los diferentes niveles de atención del sistema de salud de la ciudad.

El proyecto local de cada sede deberá especificar de qué modo se implementará el programa general desplegando alternativas para llevar a cabo lo que el programa propone. Los proyectos locales de residencia son los que permiten identificar las fortalezas de cada sede para convertirlas en oferta de capacitación dentro 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 los 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; desde la autoridad de aplicación y la inclusión de coordinadores generales, jefes de servicios; coordinadores locales de programa y de rotaciones, jefes de residentes, instructores de residentes, para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito.

Por otra parte, el programa constituye un documento esencial para pautar los recursos indispensables para que los servicios reciban residentes y para encuadrar los procesos de acreditación de capacidad formadora. Aquí se debe evaluar la adecuación de los proyectos locales en función del programa general.

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

De acuerdo al último Censo Nacional de Población y Vivienda¹¹, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires posee 2.890.151 habitantes. En cuanto a su composición, de acuerdo a la Encuesta Anual de Hogares 2018, se trata de una pirámide poblacional envejecida¹²: una base pequeña, con pocos nacimientos, y una terminación ensanchada dada por la presencia mayoritaria de adultos mayores (60 años y más). Este último grupo etario representa el 21,2% de la población total. El grupo etario con mayor cantidad de habitantes es el que se encuentra entre los 30 y 39 años (15,9%), seguido de la franja de habitantes entre 20 y 29 años (14%). Respecto a la población nacida en el extranjero, esta constituye el 13,5 % del total, siendo su procedencia mayoritariamente de países limítrofes (7,8 %).

¹¹ INDEC 2010

¹² Esta estructura envejecida es más acentuada en la zona norte donde el peso de los adultos mayores es 24,4%. En el extremo opuesto, la zona sur tiene un menor porcentaje de personas de 60 años y más, mientras que la proporción de población joven es superior al resto de las zonas (31,4 %).

La estructura poblacional está asociada a su crecimiento: resultado de los nacimientos, defunciones y migraciones. En promedio, anualmente nacen 13 niños y fallecen 10 personas cada mil habitantes. Las mujeres de Buenos Aires tienen en promedio 2 hijos. Por otro lado, los porteños viven, en promedio, 75 años los varones y 82 años las mujeres.

La población usuaria exclusivamente del subsector público de salud representa el 18.7 % del total de habitantes.

Cabe señalar que por ser la Ciudad la capital de la República Argentina, como todo conglomerado urbano, recibe en días y horas laborables una cantidad de ciudadanos que exceden notablemente el volumen de su población residente. Por ello, es esperable que los porcentajes estimados a partir de los estudios estadísticos se incrementen debido al uso de los servicios públicos de la Ciudad por parte de la población que transita, estudia o trabaja sin ser residente del distrito.

En nuestro país, las Encuestas Nacionales sobre Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas No Transmisibles, realizadas los años 2005¹³, 2009¹⁴ y 2013¹⁵ son una fuente importante de información. En ellas se estudiaron personas mayores de 18 años por medio de un proyecto validado de OMS/OPS, mediante una muestra probabilística de hogares, representativa de la población general del país con metodología encuesta. Allí se encontró que la prevalencia de DM fue del 8,4% (IC 95 %: 7,8-9,1), 9,6% (IC 95%: 9,1-10,1) y 9,8% (IC 95%: 9,3-10,3) respectivamente, y la de obesidad del 14,6% (IC 95%: 7,9-9,1), 18% (IC 95%: 17,4-18,7) y 20,8% (IC 95%: 19,9-21,8).

Esto demuestra un incremento de la prevalencia de DM del 14,3% en el primer período y del 28,6% en el segundo, y de obesidad del 2,1 y del 5,5% respectivamente.

3. PROPÓSITOS GENERALES

El desarrollo del programa deberá:

- Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud de la población de referencia del sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires.
- 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 y con otras residencias.
- Reflexionar acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas de salud.

¹³ Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Primera Edición. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2006. Disponible en: <http://estadistica.cba.gov.ar/LinkClick.aspx?fileticket=dSgrqG0E0iY%3D&tabid=390&language=es-AR>.

¹⁴ Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Primera Edición. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2011. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000570cnt-2014-10_encuesta-nacional-factoresriesgo-2011_informe-final.pdf

¹⁵ Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Primera Edición. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

- 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.
- Formar profesionales expertos en la nutrición saludable en las distintas etapas de la vida y adecuada a las condiciones clínicas.
- Formar profesionales capacitados en tratar integralmente a personas con distintas enfermedades de la nutrición.

4. PERFIL DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN NUTRICIÓN

El médico nutricionista se dedica al cuidado de la salud de las personas desde la adolescencia a la vejez, en las distintas etapas del proceso de salud - enfermedad - atención, con el objeto de mejorar la calidad y expectativa de vida.

Participa en estrategias de promoción y educación para la salud, destinadas a garantizar el derecho a la salud integral, enfatizando en el mejoramiento sustancial de la seguridad alimentaria de las personas y de la comunidad.

Gestiona el proceso de trabajo teniendo en cuenta la organización y estructura sanitaria en la que participa, con el fin de optimizar la calidad de atención teniendo en cuenta los aspectos éticos y legales.

Genera y participa en actividades de autocuidado y cuidado del equipo de salud para una mejor atención del paciente y la familia, desde una perspectiva ética.

Participa en procesos de gestión y educación permanente, en investigación, supervisión y evaluación, y construye conocimiento sobre su propia práctica desde una mirada crítica en las distintas áreas de la nutrición.

4.1. Áreas de competencia

- 1. Cuidar la salud de las personas desde la adolescencia a la vejez, en las distintas etapas del proceso de salud-enfermedad- atención, con el objeto de mejorar la expectativa y la calidad de vida.**
 - Realizar la historia clínica
 - Valorar el estado nutricional.
 - Elaborar diagnósticos de situación presuntivos.
 - Implementar planes de alimentación.
 - Aplicar guías de diagnóstico y tratamiento acordes a cada situación clínica.
 - Realizar acciones de prevención cuaternaria, con especial énfasis en el tratamiento de la desnutrición hospitalaria.
 - Realizar el seguimiento vinculado a las necesidades de cada patología específica.
 - Realizar interconsultas.
- 2. Participar en estrategias de prevención, promoción y educación para la salud, destinadas a garantizar el derecho a la salud integral, enfatizando en el mejoramiento sustancial de la seguridad alimentaria de las personas y de la comunidad.**
 - Realizar acciones de prevención de enfermedades prevalentes vinculadas con la nutrición.
 - Diagnosticar y tratar la situación alimentaria y nutricional de individuos, población y grupos de riesgo.
 - Programar e implementar dispositivos de promoción de la alimentación saludable atendiendo a las necesidades de salud de la comunidad.
 - Evaluar las condiciones de alimentación de la comunidad.
 - Asesorar en políticas alimentarias que aseguren la disponibilidad de alimentos.
 - Participar en la articulación entre los efectores y especialidades de los diferentes niveles de atención.

- 3. Gestionar el proceso del trabajo teniendo en cuenta la organización y estructura sanitaria en la que participa con el fin de optimizar la calidad de atención teniendo en cuenta los aspectos éticos y legales.**
 - Registrar las historias clínicas.
 - Integrar equipos interdisciplinarios.
 - Evaluar la propia práctica de acuerdo a parámetros de calidad y realizar las modificaciones pertinentes.
 - Realizar acciones de promoción de la salud.
 - Liderar procesos y equipos de trabajo.

- 4. Participar en actividades de educación permanente, docencia e investigación para contribuir a la producción y difusión de nuevos conocimientos.**
 - Participar en acciones de educación permanente.
 - Desarrollar tareas docentes en su ámbito de desempeño.
 - Diseñar e implementar trabajos de investigación.
 - Analizar críticamente y comunicar los resultados de la práctica profesional.

- 5. Generar y participar en actividades de autocuidado y cuidado del equipo de salud para una mejor atención del paciente y la familia.**
 - Ejercitar el autocuidado, siendo consciente de las propias fortalezas y debilidades personales.
 - Implementar el cuidado de los profesionales y no profesionales que asisten a los pacientes.
 - Aplicar estrategias comunicacionales con pacientes, familiares, cuidadores y otros integrantes del equipo de salud.

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

La residencia posbásica en Nutrición 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.

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 modificatorias¹⁶

Duración: la residencia posbásica se extenderá por un período de 3 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.

Carga horaria: 40 horas semanales.

Destinatarios: profesionales que hayan completado la residencia básica de Medicina General y/o Familiar, Clínica Médica o Geriátrica.

El **ingreso** se realiza por medio de un **concurso público** que permite confeccionar un orden de mérito (el puntaje obtenido en el examen y el promedio de la carrera de grado), según el cual, los aspirantes adjudican las vacantes.

Los **requisitos de ingreso** al concurso se publicarán cada año en la página web del Ministerio de Salud del GCBA/Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional

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

Los residentes realizarán **guardias** de acuerdo a la normativa vigente (Ley 4702/2013 GCBA y sus modificatorias).

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.

¹⁶ Ordenanza 51.475/97, Ley 601 y Ley 2445

Condiciones de acreditación de sedes para el desarrollo de la Residencia

En vistas que las características prestacionales de los centros se traducen en oportunidades de formación para los residentes es que se establecen parámetros que garanticen una formación sólida y completa. Las sedes deberán ofrecer la oportunidad de realizar la práctica mínima indispensable para la formación en la especialidad, en consonancia con el programa docente y las normas vigentes

Condiciones mínimas que debe reunir una sede para recibir residentes.

- Contar con un programa docente local de residencia acorde a los lineamientos del programa general de la residencia de aprobado por la Dirección General de Capacitación, Docencia y Desarrollo Profesional.
- Mínimo de camas de internación del centro asistencial: Dieciocho (18).
- Un médico de planta con certificación en la especialidad en horario de 8 a 17 hs.
- Acceso a servicios de diagnóstico (Laboratorio Clínico y Microbiológico e Imágenes).
- Acceso a interconsultas.
- Equipo de salud básico para la especialidad: enfermería, trabajador social, salud mental.

Los centros sede de la residencia tendrán que ofrecer acceso a recursos básicos como:

- Biblioteca y/o acceso a base de datos sin costo para el residente.
- Aula.
- Condiciones de alojamiento para los residentes: sala de reunión, baño, comida.

Requisitos para constituir sedes de rotaciones:

Las rotaciones se realizarán siempre de acuerdo con 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.

- Ser una institución pública o privada de salud reconocida por su capacidad de formación y compromiso.
- Cumplir con los objetivos específicos del programa general de la residencia.
- Contar con consultorios docentes y profesionales de la especialidad responsables de la rotación.
- Los profesionales referentes deberán realizar supervisión y evaluación de los residentes rotantes.

6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

Se entiende por estrategias de capacitación al conjunto sistematizado de métodos, procedimientos, dispositivos y actividades, que se integran alrededor de los núcleos de formación para el logro del perfil. Dentro de las estrategias de capacitación es posible distinguir dos grandes grupos. Por un lado, las que toman como punto de partida la información y el conocimiento para luego transferirlos a la práctica. Por otro, las que parten de la práctica en sí misma para inferir y construir los conceptos y principios, que de ella surgen.

A continuación, se presentan **lineamientos generales** que orientan la formulación de estrategias.

- Asegurar una fuerte formación práctica
- Promover la participación de profesionales de planta
- Promover la supervisión al interior de la residencia
- Promover el autocuidado y el cuidado de los equipos de salud¹⁷.
- Estimular la integración asistencia-docencia-investigación
- Integrar la formación teórica con la práctica
- Fomentar la interdisciplina

Dispositivos de enseñanza-aprendizaje

Los dispositivos de reflexión y producción de conocimiento a partir de la práctica se presentan bajo la forma de:

- Supervisión capacitante.
 - Aprendizaje basado en problemas (estudio de casos, historias clínicas y pases de sala).
 - Problematización de situaciones reales.
 - Grupo de discusión sobre implicación de la práctica.
 - Talleres sobre temas transversales y estrategias para autoconocimiento.
 - Rotaciones.
 - Ateneos clínicos.
 - Elaboración de proyectos.
 - Seminarios bibliográficos.
 - Trabajos de Investigación.
- Reuniones de información y debate: constituyen encuentros educativos con la presencia de especialistas del servicio y/o de invitados especiales.
 - Clases
 - Conferencias
 - Paneles
 - Mesas redondas, entre otras.
 - Discusión interdisciplinaria e interservicios de casos no resueltos

¹⁷ La invisibilización de la dimensión del cuidado de los equipos puede deberse a diversas cuestiones como: esquemas de formación fragmentarios, objetivantes y centrados en lo cognitivo, defensas colectivas para soportar el dolor, entre otros.

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

- Consultorios externos.
- Salas de internación de distintas especialidades clínico-quirúrgicas.
- Unidad de gestión central.

7.1 Organización general de las actividades por áreas de formación

7.1.1 Actividad formativa Asistencial/ Técnica supervisada.

Se dedicará a estas actividades el 50 % del tiempo destinado a la formación e incluye:

- **En consultorios externos:** realiza la historia clínica, diagnósticos diferenciales y un plan de estudios para el paciente. Se indica plan de alimentación y terapéutica farmacológica.
- **En internación:** se realiza la impresión diagnóstica, la atención y seguimiento nutricional de los pacientes internados en las salas de clínicas y quirúrgicas de los que se requiere interconsulta. Se participa en la recorrida de sala, en conjunto con los médicos de planta y el jefe de Servicio. Se registra la consulta en la historia clínica y las indicaciones a todo paciente internado. Se dejan indicaciones de la especialidad en los registros de cada área de internación. El nutricionista indica estudios complementarios y tratamientos.
- **En Unidad de gestión central:** participa en la planificación y programación de proyectos destinados a la comunidad a través de dispositivos interdisciplinarios de promoción de la salud alimentaria y nutricional, y de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en el área metabólica y de factores de riesgo cardiovascular. Se evalúa y realiza el seguimiento alimentario y nutricional de la comunidad.

Rotaciones por año y ámbito de desempeño:

Ámbito	Carga Horaria
Segundo año	
Servicio de Trastornos alimenticios	2 meses
Tercer año	
Unidad de Gestión Central	2 meses
Rotación optativa	Hasta 3 meses

7.1.2. Actividad de articulación formativa-docente

Se dedicará a estas actividades el 30 % del tiempo destinado a la formación e incluye:

Actividad sistematizada:

Se desarrollarán clases, cursos institucionales e interinstitucionales, conferencias de actualización, ateneos clínicos y ateneos bibliográficos. Además, se incluye el dictado de cursos donde se desarrollarán los contenidos definidos en el programa.

Actividad no sistematizada:

Es complementaria a la actividad asistencial diaria, se revisan y se discuten las bases teóricas del manejo del paciente internado entre los médicos 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 tratamientos a aplicarse al paciente individual.

Incluyen actividades con técnicas participativas, las cuales se implementarán a fin de fortalecer la reflexión y aprendizaje sobre los casos de la práctica, incluyendo diferentes modalidades tales como: talleres, juego de roles, grupo de reflexión, entre otras.

7.1.3. Actividad de investigación

Se dedicará a esta actividad el 20 % del tiempo destinado a la formación e incluye:

Los residentes efectuarán una revisión crítica de la bibliografía sobre temas de la especialidad colaborando y promoviendo el crecimiento científico de los profesionales del área.

El 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 trabajo científico a la luz de la normativa vigente.

Las actividades de investigación son de carácter obligatorio para la aprobación del año en curso y consisten en un trabajo en colaboración en primer año, un diseño de investigación en segundo y su implementación en tercero.

7.1.4. Formación complementaria

La Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional organiza e implementa cada año, los siguientes cursos, según la disponibilidad de vacantes ofrecidas:

- **Curso de inglés técnico** de “Capacitación para la lectura de textos científico-médicos en inglés” al que pueden acceder los residentes, según disponibilidad, que les permitirá interpretar un texto referido a temas en el área de la salud.
- **Curso virtual de “Formación Docente Tutorial para el Sistema de Residencias. Estrategias y Herramientas Pedagógicas”.** OPS/GCBA. La propuesta es brindar un espacio sistemático de formación pedagógica para los formadores de los sistemas de residencias de salud, valorizando su práctica docente y facilitando el desarrollo de propuestas de formación y estrategias de enseñanza, en el marco de los procesos de trabajo al interior de los servicios de Salud.
- **Curso virtual “Metodología de la investigación en salud: elaboración de un proyecto de investigación”.** GCBA. Curso que provee una formación en metodología en investigación que concluye con la presentación de un proyecto de trabajo factible de ser desarrollado en cada contexto de trabajo.
- **Curso de comunicación “Qué ves cuando no me ves”.** Prácticas cotidianas de comunicación y salud. Versa sobre las dimensiones interpersonal institucional comunitaria y masiva de la comunicación en salud. Distingue una dimensión instrumental de una vincular relacional. Toma eje vertebradores, tales como derecho a la salud, violencia a las mujeres, evaluación. Se brindan herramientas básicas de diseño gráfico.

Además, se sugiere:

- Participación en jornadas y congresos de la especialidad, universidades públicas o privadas, o sociedades científicas representativas.
- Informática: adquisición de herramientas de acceso informático para lograr que los residentes sean capaces de utilizar el procesador de textos, base de datos y acceder a bibliografía por este medio.

7.2. Objetivos, actividades, por año y por rotación

Objetivos generales de la residencia

Al finalizar los 3 años de formación, el residente será capaz de:

- Asumir los principios éticos del médico frente al paciente, su entorno y la sociedad.
- Conocer y actuar de acuerdo al marco normativo y organizacional de la Constitución, la Ley Básica de Salud y del Sistema de Salud del GCBA.
- Adquirir una visión integral del paciente en sus distintas dimensiones.
- Comprender la ciencia de la Nutrición y valorar su importancia para el mantenimiento de la salud del individuo, la familia y la comunidad.
- Desempeñar un rol activo y protagónico en su ámbito de desempeño.
- Conocer los aspectos bromatológicos, sanitarios y de tecnología de los alimentos.
- Conocer y definir estrategias de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la nutrición, utilizando los métodos de la medicina basada en la evidencia.
- Analizar y valorar el estado nutricional del paciente.
- Identificar problemas de salud que promuevan la investigación clínica.
- Promover la actividad académica y docente.
- Generar, integrar y coordinar equipos interdisciplinarios.
- Diseñar y desarrollar estrategias de promoción de la alimentación saludable, atendiendo a la demanda de la comunidad.

PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA

OBJETIVOS:

- Conocer la alimentación normal en las diferentes etapas de la vida.
- Conocer las patologías abordadas desde la especialidad.
- Aplicar criterios de razonamiento clínico para realizar aproximaciones diagnósticas de patologías nutricionales.
- Aplicar la entrevista clínica atendiendo a las particularidades de la especialidad.
- Evaluar al paciente a través del examen físico.
- Participar de los procesos de interconsultas.
- Conocer y diseñar acciones de prevención para el cuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.
- Analizar críticamente bibliografía y trabajos científicos de la especialidad.
- Conocer las características de los alimentos y su aplicación en los distintos cuadros de la patología clínica y quirúrgica.
- Participar en un trabajo de investigación como colaborador.

ACTIVIDADES:

- Realización de la entrevista dirigida.
- Confección de la Historia Clínica.
- Realización de evaluaciones nutricionales antropométricas.
- Valoración y seguimiento del paciente.
- Derivación oportuna y protegida, según corresponda.
- Solicitud e interpretación de estudios complementarios pertinentes a la especialidad.
- Indicación del plan de alimentación, actividad física, farmacoterapia y automonitoreo glucémico, según corresponda.
- Observación, planificación y coordinación de talleres para personas con obesidad, diabetes sus familiares y/o cuidadores.
- Asistencia a cursos de la especialidad y presentación de ateneos bibliográficos.
- Realización de búsquedas bibliográficas.
- Desarrollo de la evaluación crítica en el análisis de las publicaciones científicas.
- Participación Curso de “Metodología de la Investigación”.

Las actividades se realizarán bajo supervisión capacitante completa y proactiva del médico responsable presente en el consultorio¹⁸.

SEGUNDO AÑO DE LA RESIDENCIA

OBJETIVOS:

- Aplicar criterios de razonamiento clínico para definir diagnósticos de patologías nutricionales.
- Analizar estudios complementarios según criterios nutricionales.
- Delinear diagnósticos diferenciales.
- Aplicar los conocimientos adquiridos sobre alimentos y productos alimenticios a los fines de poder realizar y/u orientar hacia una selección adecuada a la terapéutica nutricional prescrita
- Definir un plan de tratamiento teniendo en cuenta los aspectos farmacológicos vinculados al área.
- Realizar el seguimiento, controlando la evolución de la patología y los resultados del tratamiento.
- Implementar acciones de prevención para el cuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.
- Diseñar y coordinar estrategias de capacitación.
- Aplicar los criterios para el diseño de una investigación clínica.
- Aplicar nuevas técnicas de apoyo nutricional (alimentación enteral y parenteral).

ACTIVIDADES:

- Realización de la entrevista dirigida.
- Confección de la historia clínica.
- Realización de evaluaciones nutricionales antropométricas.

¹⁸ Esta modalidad de supervisión supone la coactividad con el supervisor, que está dispuesto a intervenir si es necesario.

- Valoración y seguimiento del paciente.
- Derivación oportuna y protegida, según corresponda.
- Solicitud e interpretación de estudios complementarios pertinentes a la especialidad.
- Indicación del plan de alimentación, actividad física, farmacoterapia y automonitoreo glucémico, según corresponda.
- Observación, planificación y coordinación de talleres para personas con obesidad, diabetes sus familiares y/o cuidadores.
- Asistencia a cursos de la especialidad y presentación de ateneos bibliográficos.
- Desarrollo de la evaluación crítica en el análisis de las publicaciones científicas.
- Elaboración de un proyecto de investigación.
- Realización de rotación en Servicio de Trastornos alimenticios

Las actividades se realizarán bajo supervisión capacitante reactiva del médico responsable¹⁹

TERCER AÑO DE LA RESIDENCIA

OBJETIVOS:

- Aplicar criterios de razonamiento clínico para diagnosticar y tratar patologías nutricionales.
- Indicar tratamientos en pacientes complejos.
- Solicitar y analizar estudios complementarios según criterios nutricionales.
- Definir diagnósticos diferenciales.
- Implementar planes de tratamiento teniendo en cuenta los aspectos farmacológicos vinculados al área.
- Realizar el seguimiento, controlando la evolución de la patología y los resultados del tratamiento.
- Coordinar y evaluar acciones de prevención para el cuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.
- Diseñar y coordinar dispositivos de capacitación.
- Desarrollar trabajos de investigación clínica.
- Desempeñarse en actividades docentes

ACTIVIDADES:

- Realización de la entrevista dirigida.
- Realización de evaluaciones nutricionales antropométrica.
- Realización de diagnósticos diferenciales en patologías crónicas.
- Atención y seguimiento integral del paciente.
- Interpretación de estudios complementarios pertinentes a la especialidad para la toma de decisiones.
- Indicación del plan de alimentación, actividad física, farmacoterapia y automonitoreo glucémico, según corresponda.

¹⁹ Esta modalidad de supervisión supone un supervisor disponible de forma inmediata para la comprobación de hallazgos y decisiones.

- Observación, planificación y coordinación de talleres para personas con obesidad, diabetes sus familiares y/o cuidadores.
- Asistencia a cursos de la especialidad y presentación de ateneos bibliográficos.
- Desarrollo de la evaluación crítica en el análisis de las publicaciones científicas.
- Desarrollo de un proyecto de investigación.
- Supervisar las actividades de residentes de años anteriores.
- Realización de rotación en Unidad de Gestión Central

Las actividades se realizarán bajo supervisión con monitorización remota²⁰

ROTACIONES OBLIGATORIAS

1. Trastornos Alimentarios

OBJETIVOS:

- Identificar los trastornos psicológicos de la alimentación más comunes.
- Valorizar el tratamiento nutricional en el abordaje de los trastornos de la alimentación.
- Integrar la perspectiva interdisciplinaria al abordaje de las personas con trastornos alimentarios.

ACTIVIDADES:

- Participación como observador en las consultas e interconsultas.
- Participación en las actividades interdisciplinarias.
- Observación de talleres.
- Observación de las consultas y actividades desarrolladas en el Hospital de Día y del dispositivo de comensalidad.
- Asistencia a clases y encuentros bibliográficos.
- Participación en ateneos.

2. Nivel central GCBA

Unidad de promoción de la salud y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

OBJETIVOS:

- Participar de las estrategias de mejoramiento de los servicios del sistema de salud para favorecer la inclusión de la Atención Primaria de la Salud en los distintos niveles.

²⁰ Esta modalidad de supervisión supone un supervisor a distancia para la comprobación de hallazgos y decisiones.

- Integrar equipos que planifiquen la capacitación, la comunicación y la evaluación de programas, a partir de la identificación de problemas de salud de ECNT metabólicas y de FDR cv crónicos.
- Participar de las acciones de promoción de la salud vinculadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

ACTIVIDADES:

- Participación en reuniones intra e intersectoriales.
- Participación en el diseño, desarrollo y evaluación de propuestas vinculadas a la promoción de una alimentación saludable.
- Asesoramiento en la producción de materiales de prevención y promoción de la salud alimentaria.
- Elaboración de informes (diagnóstico de situación del estado sanitario del área, programas actuales vinculados a la especialidad y propuestas de mejora).

8. CONTENIDOS

8.1. Contenidos transversales

1. El profesional como sujeto activo en el sistema de salud.

Concepciones y paradigmas relacionados a la salud. Determinantes y condicionantes de salud en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

El reconocimiento de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud diferenciada del primer nivel de atención como estrategia que reorganiza el sistema. Reconocimiento de la articulación de la prevención de enfermedades, educación para salud y asistencia.

Gestión. Recursos, tiempo y oportunidad en la atención de calidad. Utilización de manuales de procedimientos, protocolos y guías. 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. La responsabilidad y la acción profesional de especialista en la generación y participación en redes de servicios, redes de atención y de cuidado.

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

2. Dimensión ética y de cuidados 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.

Perspectivas de derecho/género/interculturalidad. Responsabilidad en la resolución de problemas.

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. Aplicación y control de las normas de bioseguridad en el ejercicio cotidiano. 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 investigación como fuente de aprendizaje y conocimiento. Lógicas de investigación científica y sistematización de prácticas.

El profesional en la construcción de información epidemiológica y de gestión de procesos salud-enfermedad-atención-cuidado. Sistemas y registros de información sanitaria y epidemiológica. Búsqueda y análisis de información científico-tecnológica. 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, institucional, comunitaria, medios masivos.

La comunicación como vínculo para las actividades de prevención, tratamiento de enfermedades y promoción de salud. Comunicación de noticias difíciles.

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

8.2. Contenidos específicos

5. Diagnóstico y Tratamiento en Nutrición Médica

Diabetes tipo 1 y 2, Obesidad y Dislipemias: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento.

Examen físico: semiología y aparatología adecuada a la patología específica. Estudio y manejo sobre indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos en el tratamiento de la diabetes, obesidad y dislipemia.

Valoración Nutricional, antropometría, laboratorio y valoración global subjetiva. Inanición e injuria.

Formulación de los requerimientos de energía y Nitrógeno. Macro-Micronutrientes. Formulaciones enterales y parenterales.

Apoyo Nutricional. Seguimiento clínico, antropométrico y de laboratorio. Alimentación normal. Pirámide de los alimentos. Prescripción y confección de planes de alimentación dietas.

Cirugía. Aspectos anatómicos y funcionales. Adaptación en la Nutrición. Vías de Nutrición. Indicaciones. Contraindicaciones. Cuidados. Complicaciones. Apoyo Nutricional prequirúrgico y postquirúrgico. Seguimiento.

Variaciones metabólicas bajo alimentación enteral y parenteral. Indicaciones y formulación de la bolsa de alimentación 3:1. Prescripción y seguimiento de la Insulinoterapia e hipoglucemiantes orales.

Inmuno-Nutrición. Valoración y Apoyo Nutricional en el paciente trasplantado y en plan de trasplante.

6. Prevención y Promoción de la Salud en Nutrición Médica.

Coordinación de grupos. Dispositivos. Talleres educativos destinadas a personas con diabetes en técnicas de insulinoterapia y en automonitoreo glucémico. Taller de obesidad.

Consultorio de prevención de pie diabético para evaluar pie en riesgo de ulceración

Comunidad en salud. Redacción de materiales sobre diabetes, obesidad y metabolismo.

7. Planificación y gestión

ECNT (diabetes, obesidad, dislipemias). Factores de riesgo cardiovascular.

Epidemiología y Salud Pública. Epidemiología y diabetes. Epidemiología y obesidad. Epidemiología y dislipemias.

9. SISTEMA DE EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso de retroalimentación para un sistema de formación y capacitación. 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, basada en los objetivos determinados por la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, ha planificado estratégicamente su trabajo para evaluar y actualizar el programa de formación docente de residentes a través de diferentes metodologías y herramientas.

Evaluación del desempeño del 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 y actitudes necesarias 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 jefe de residentes y el coordinador local del programa de 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 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 residentes deberán adquirir. El residente promocionará con valoración satisfactoria o muy 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.

La rotación en el extranjero se realizará de acuerdo a las normas vigentes, donde se especifican los requerimientos y los pasos a seguir para su tramitación. Cabe destacar, que el rotante deberá entregar, en un plazo no mayor de dos meses, 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 coordinador 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 adquirida²¹.

En el Apéndice se encuentran los instrumentos de evaluación.

10. 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 residente estará a cargo de:

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

La Autoridad de aplicación designará a la **Coordinación General de la Residencia** por Resolución Ministerial. 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.

²¹ Disposición-2003-08-DCYD y Disposición-2015-41-DGDOIN

Funciones de la Coordinación General de Residencia:

Disposición N° 96-2018- DGDIYDP

- Coordinar la elaboración del Programa Docente General de la Residencia y/o Concurrencia.
- Coordinar la actualización periódica del Programa Docente General de la Residencia y/o Concurrencia.
- Evaluar y monitorear la implementación del Programa Docente General de la Residencia y/o Concurrencia.
- Colaborar en el desarrollo de los procesos formativos y la capacitación en servicio.
- Elaborar informes sobre las sedes de la Residencia y/o Concurrencia; 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.
- Organizar, coordinar y desarrollar acciones de capacitación y supervisión en el marco de la Dirección General y de las Residencias y/o Concurrencias.
- Propiciar la articulación académica entre la Dirección General (DGDIYDP), Comités de Docencia e Investigación, Jefes de Servicios Hospitalarios, Áreas Programáticas y Centros de Salud, Coordinadores de Programas locales, Jefes y/o Instructores de Residentes, Residentes y/o Concurrentes.
- Participar en el proceso de selección para el ingreso a la Residencia y/o Concurrencia acorde a la normativa vigente a través de: definición de la bibliografía, elaboración del examen, orientación a aspirantes, toma, resolución de apelaciones y análisis de los resultados del examen.
- Coordinar el diseño, elaborar y gestionar la puesta en marcha y el análisis de los sistemas de evaluación del desempeño de los Residentes y/o Concurrentes.
- Favorecer el desarrollo de experiencias de formación entre las diversas Residencias y/o Concurrencias según corresponda; y/o con otras instituciones que intervienen en la formación de recursos humanos en Salud.
- Participar en las actividades formativas o de intercambio y actualización que la Dirección General u otros organismos pertinentes organicen.
- Asesorar en la determinación de sedes y vacantes de residencias y concurrencias según corresponda.
- Participar en los procesos de evaluación o acreditación de las sedes formativas.
- Planificar, desarrollar y/o supervisar investigaciones en el marco de la Dirección General y/o de las Residencias y Concurrencias.

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

Según la Ordenanza-1986-40.997-CDMCBA.

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 Jefe 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 ecuanímes.
- Evaluar periódicamente a los residentes desde el punto de vista profesional, personal y ético.

Funciones del Instructor 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

1. BIBLIOGRAFÍA

Especialidad

1. Belanger C, Speizer FE, Hennekens CH, Rosner B, Willett W, Bain C. Am J Nurs. 1980 Jul; 80(7):1333.
2. Braguinsky, J. Prevalencia de obesidad en América Latina. 2002. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5493/4534>.
3. Coronary heart disease in middle-aged Frenchmen. Comparisons between Paris Prospective Study, Seven Countries Study, and Pooling Project. Lancet. 1980 Jun 21;1(8182):1346-50.
4. Correia MI, MD, PhD prevalencia en Latinoamérica de Malnutrición Hospitalaria. Estudio Multicéntrico: ELAN Study Nutrition 2003; Volmen 19 Number 10.
5. Cotier, JP, Morón C. Capítulo V: Hojas de balance de alimentos en “Producción y manejo de datos de composición química de alimentos en nutrición”. 1997.
6. Declaración de Cancún por presidentes de todas las Sociedades de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional de Latinoamérica y el Caribe en el marco del IX Congreso de la FELANPE. Nut Hosp. 2008; 23(5): 413 – 417.
7. Guangwei Li, Ping Zhang, Jinping Wang, Edward W Gregg, Wenying Yang, Qihong Gong, Hui Li, Hongliang Li, Yayun Jiang, Yali An, Ying Shuai, Bo Zhang, Jingling Zhang, Theodore J Thompson, Robert B Gerzoff, Gojka Roglic, Yinghua Hu, Peter H Bennett The long-term effect of lifestyle.
8. Johnston IDA Nutrición en el Paciente Quirúrgico Graham L. Hill. 63; 1985.
9. Luquez H, De Loredó L, Madoery R, Luquez H (h), Senestrari D. Síndrome metabólico. Prevalencia en dos comunidades de la provincia de Córdoba. Argentina, de acuerdo a las definiciones de ATPIII y de la OMS- Rev Fed Arg Cardiol 34: 80 – 95 2005.
10. Marmot MG, Davey Smith G, Stansfeld S, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. Lancet. 1991; 337:1387-1393.
11. Pan XR, Li GW, Hu YH et al Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance: The Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Care 20; 537 – 544 1997.
12. Perman M, Crivelli A, Khoury M, Alomar F, Bellone M, Fain H y col. Pronóstico Nutricional Estudio AANEP 99 RNC volumen X N° 4: 121 – 134; octubre – diciembre 2001.
13. The Multiple Risk Factor Intervention Trial JAMA, 1982; 248:1465-77.
14. Tuomilehto J, Lindstrom J, Ericsson JE, Valle TT, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 344; 1343 – 1350 2001.
15. Waitzberg DL, MD, Caiaffa WT, MD y Correia ITD, MD. Hospital Malnutrition: The Brazilian National Survey (IBRANUTRI): A Study of 4000 Patients Nutrition 2001; 17: 573 – 580.
16. Wyszynski DF, Perman M, Crivelli A: Prevalence of Hospital Malnutrition in Argentina: Preliminary Results of a Population-Based Study. Nutrition 2003; 19:115-119.
17. Alimentos Consumidos en Argentina Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNyS 2005. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/site/ennys/pdf/documento_resultados_2007.pdf

18. Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Primera Edición. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2015. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf

Formación

1. Alves de Lima, Cees Van der Vieuten. Mini-CEX: una herramienta que integra la observación directa y la devolución constructiva para la evaluación del desempeño profesional. Revista Argentina de Cardiología. Suplemento de educación médica, 2010.
2. Artaza Barrios, Osvaldo (coord.). "Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina". Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 Publicaciones Argentina OPS, 2014. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/2858?locale-attribute=es>
3. BA desde adentro. Plan de Salud CABA 2016-2019. Foro 2018. Encuentros con los desafíos de la Ciudad.
4. Brailovsky, Carlos A. Educación Médica, evaluación de las competencias. En Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina Secretaría de Asuntos Académicos. OPS/OMS.
5. 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.
6. Prados Castillejo, J.A. Preguntas sobre la evaluación de competencias y alguna respuesta: el portfolio. Rev. Atención Primaria, Vol. 36 (1), 2005.
7. 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/salud/docenciaeinvestigacion/residenciasyconurrencias/normativas>
8. Tejada de Rivero, D. Lo que es la Atención Primaria de la Salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. En Rev. Perú Med. Exp. Salud Publica, 2013; 30(2):283-87. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n2/a20v30n2.pdf>

Normativas:

1. Resolución N° 2392 MSGC - 17. Creación de la Residencia Posbásica de Nutrición.
2. Ley Nacional N° 26742/2012 sobre los derechos de los pacientes. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>
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. Ley N° 153/99. Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 28-05-99. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
 6. Ley N° 601, Modificación de Régimen de Residencias. Argentina, Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Junio de 2001. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
 7. Ley N° 4.702. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. 2013. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
 8. Ley N° 5.462. Modificatoria Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (153/99). Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. 03/12/2015. Disponible en: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley5462.html>
 9. Ordenanza N° 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
 10. Ordenanza N° 51.475/97 (G.C.B.A.) Modificación al Sistema de Residencias. Buenos Aires, 3 de abril de 1997. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165

Guías:

1. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Guía para la elaboración de programas docentes de residencias, 2017. disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeinvestigacion/residenciasyconurrencias/normativas>
2. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Guía para la elaboración de programas de residencia. selección del documento. año 2015. disponible en: <http://www.msal.gov.ar/residencias>

Documentos:

1. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Residencias del Equipo de Salud. Documento Marco. 2012. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/residencias>
2. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. Marco de Referencia para la Formación en Residencias Médicas. Especialidad Clínica Médica. 2013. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/clinica_med_mr.pdf
3. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; Resolución. Nueva York. Nueva York: ONU; 2015. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>

4. OMS/OPS. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 29. a conferencia sanitaria panamericana. 69. a sesión del comité regional de la OMS para las américas. 2015. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34413/CSP29.R15-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y&ua=1>
5. OMS/OPS. La Acreditación de Programas de Formación en Medicina y la orientación hacia la APS. Washington, DC: OPS; 2010 (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HSS-Series-APS-3-Acreditacion.pdf>.
6. OPS/OMS. Plan Estratégico 2014-2019. En Pro de la Salud: Desarrollo Sostenible y Equidad. Documento Oficial No. 345. Modificado 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/paho-strategic-plan-spa-2014-2019.pdf>

12. APÉNDICE

12.2. Instrumentos de evaluación



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL**

RESIDENCIA POSBÁSICA DE NUTRICIÓN

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

Nombre del profesional:

Evaluador

Año:

Evaluación N°:

Fecha:

INSTRUCCIONES

Marque con una cruz en la columna que corresponda en cada caso.

Escriba en el espacio de Comentarios aspectos en los que se destaca el profesional y en los que puede mejorar; y si no corresponde evaluar

Luego de evaluar cada ítem, deberá señalar si el Residente:

Domina 10-9	Alcanza 8-7	próximo a alcanzar 6-5-4	No alcanza 3-2-1
-----------------------	-----------------------	------------------------------------	----------------------------

Esta grilla debe contener todas las firmas correspondientes, de lo contrario carecerá de validez.

Competencias evaluadas	Desempeño				Comentarios
	D	A	PA	NO A	
Cuidado de la salud de las personas en las distintas etapas del proceso de salud-enfermedad- atención					
Realiza la Historia Clínica					
Valora el estado nutricional					
Elabora diagnósticos de situación presuntivos.					
Implementa planes de alimentación					

Aplica guías de diagnóstico y tratamiento acordes a cada situación clínica.					
Realiza acciones de prevención cuaternaria, con especial énfasis en el tratamiento de la desnutrición hospitalaria.					
Realiza el seguimiento vinculado a las necesidades de cada patología específica					
Realiza interconsultas					
Participación en estrategias de prevención, promoción y educación para la salud					
Realiza acciones de prevención de enfermedades prevalentes vinculadas con la nutrición.					
Diagnostica y trata la situación alimentaria y nutricional de individuos, población y grupos de riesgo.					
Programa e implementa dispositivos de promoción de la alimentación saludable atendiendo a las necesidades de salud de la comunidad.					
Evalúa las condiciones de alimentación de la comunidad.					
Asesora en políticas alimentarias que aseguren la disponibilidad de alimentos.					
Participa en la articulación entre los efectores y especialidades de los diferentes niveles de atención.					
Actividades de gestión en el proceso de trabajo					
Registra las historias clínicas.					
Integra equipos interdisciplinarios.					
Evalúa la propia práctica de acuerdo a parámetros de calidad y realiza las modificaciones pertinentes.					
Realiza acciones de promoción de la salud.					

Lidera procesos y equipos de trabajo.					
Actividades de educación permanente, docencia e investigación					
Participa en acciones de educación permanente.					
Desarrolla tareas docentes en su ámbito de desempeño.					
Diseña e implementa trabajos de investigación					
Analiza críticamente y comunica los resultados de la práctica profesional.					
Actividades de autocuidado y cuidado del equipo de salud					
Ejercita el autocuidado, siendo consciente de las propias fortalezas y debilidades personales.					
Implementa el cuidado de los profesionales y no profesionales que asisten a los pacientes.					
Aplica estrategias comunicacionales					
Desempeño actitudinal					
Demuestra compromiso y un comportamiento ético responsable que responde a su rol en la sociedad					
Asume sus responsabilidades					
Reconoce sus límites					
Administra su tiempo de manera eficaz					
Respeto el código deontológico					

¿El profesional se ausentó durante este período?

SI

NO

En caso afirmativo

SI

NO

¿Fue justificado?

CONCLUSIONES GENERALES Y SUGERENCIAS AL RESIDENTE

a) Condiciones personales que merecen destacarse

.....

b) Aspectos a mejorar

.....

.....

c) Opinión y/o consideraciones del residente

.....
.....
.....

.....

Firma del Evaluador

.....

Firma del Residente

.....

Firma del Jefe de Servicio o
del Coordinador de Residencia

.....

Firma del Secretario del Comité
de Docencia e Investigación



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

RESIDENCIA POSBÁSICA DE NUTRICIÓN

Instrumento de evaluación del desempeño en competencias generales

Nombre del profesional:

Evaluador/a

Año:

Evaluación N°:

Fecha:

INSTRUCCIONES

Marque con una cruz en la columna que corresponda en cada caso.

Escriba en el espacio de Comentarios aspectos en los que se destaca el profesional y en los que puede mejorar.

Luego de evaluar los ítems deberá señalar si el Residente:

<i>Muy Satisfactorio</i> 10-9	<i>Satisfactorio</i> 8-7	<i>Poco Satisfactorio</i> 6-5-4	<i>Insatisfactorio</i> 3-2-1
----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Esta grilla debe contener todas las firmas correspondientes, de lo contrario carecerá de validez.

Competencias evaluadas	Desempeño				Comentarios
	D	A	PA	NO A	
Como experto en Nutrición					
Define estrategias de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades de la nutrición					
Como colaborador					
Interactúa en equipos interdisciplinarios, promueve un ambiente favorable para el trabajo y contribuye a la resolución de las tensiones/conflictos					
Como profesional					
Demuestra compromiso y un comportamiento ético de acuerdo a su rol en la sociedad. Respeto los principios de bioética y deontología médica					
Como gestor					
Gestiona el proceso del trabajo teniendo en cuenta la					

organización y estructura sanitaria en la que participa					
Como aprendiz autónomo					
Reconoce la necesidad de la formación permanente para la mejora de su actividad profesional					
Como docente y como investigador					
Participa en actividades de educación permanente, docencia e investigación para contribuir a la producción de conocimientos					
Como Promotor de la salud.					
Promueve la salud integral de las personas mediante intervenciones destinadas a la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud.					
Como cuidador					
Genera y participa en actividades de autocuidado y cuidado del equipo de salud.					
Como comunicador					
Aborda las diversas situaciones comunicacionales (interpersonales, institucionales) teniendo en cuenta las creencias, preocupaciones y expectativas de los actores involucrados					



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

RESIDENCIA POSBÁSICA DE NUTRICIÓN

Ejercicio de Examen Clínico Reducido (ECCR)

Evaluador: _____ Fecha: _____

Residente: _____

R-1 R-2 R-3

Problema del Paciente/diagnóstico.: _____

Ámbito: Ambulatorio Internación Gral.

Paciente: Edad: _____ Sexo: _____ Primera Vez Seguimiento

Complejidad: Baja Moderada Alta

Énfasis: Recopilación de Datos Diagnóstico Terapéutico Asesoramiento

1. Habilidades para la Conducción de la Entrevista Médica No se observan

Estructurada y exhaustiva: facilita las explicaciones, hace preguntas adecuadas y responde a expresiones claves verbales y no verbales del paciente.

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

2. Habilidades para la Conducción del Examen Físico No se observan

Explicación al paciente del proceso de exploración. Exploración apropiada a la clínica. Sigue una secuencia lógica y es sistemática. Sensible a la comodidad y privacidad del paciente.

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

3. Cualidades Humanísticas/profesionalismo No se observan

Presentación del médico. Muestra respeto y crea un clima de confianza. Empático. Se comporta de forma ética y considera los aspectos legales relevantes al caso. Atento a las necesidades del paciente en términos de confort, confidencialidad y respeto por sus creencias, preocupaciones y expectativas.

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

4. Criterio Clínico No se observan

Realiza una orientación diagnóstica adecuada, con un diagnóstico diferencial. Formula un plan de manejo coherente con el diagnóstico. Hace/indica los estudios diagnósticos considerando riesgos, beneficios y costes

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

5. Habilidades Comunicativas No se observan

Utiliza un lenguaje comprensible y empático con el paciente. Es franco y honesto. Explora las perspectivas del paciente y la familia. Informa y consensua el plan de tratamiento con el paciente.

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

6. Organización /eficiencia No se observan

Prioriza los problemas. Buena gestión del tiempo y los recursos. Derivaciones adecuadas. Es concreto. Recapitula y hace un resumen final. Capacidad de trabajo en equipo.

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

7. Competencia Clínica Global como Especialista de Consulta No se observan

Demuestra satisfactoriamente juicio clínico, capacidad de síntesis y de resolución, tiene en cuenta los aspectos de eficiencia valorando riesgos y beneficios en el plan de diagnóstico y tratamiento.

1 2 3 Insatisfactorio	4 5 6 Satisfactorio	7 8 9 Sobresaliente
--------------------------	------------------------	------------------------

Fortalezas:.....
.....
.....

Recomendaciones:
.....
.....
.....

Satisfacción del Residente con la evaluación:

BAJA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ALTA

Firma del Residente

Firma del Evaluador



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

RESIDENCIA POSBÁSICA DE NUTRICIÓN

EVALUACIÓN GLOBAL DEL DESEMPEÑO

Nombre del residente:

Evaluador:

Año:

Fecha:

Muy Satisfactorio ()	Satisfactorio ()	Poco Satisfactorio ()	Insatisfactorio ()
10-9	8-7	6-5-4	3-2-1

CONCLUSIONES GENERALES Y SUGERENCIAS:

Firma y aclaración
Evaluador

Firma y aclaración del Residente

Firma y aclaración
Secretario del Comité
de Docencia e Investigación

Firma y aclaración
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. Laura Antonietti

Coordinador General de la Residencia

Dr. Federico Pikas

Coordinadora de U.G.P. (Unidad de Gestión Pedagógica):

Lic. Patricia Rodríguez

Coordinadora Área Desarrollo Programas Docentes

Lic. Cecilia Acosta

Asesoras pedagógicas

Lic. Karina Frieria

Lic. Ximena S. Varela

Autor del programa

Dr. Julio César Bragagnolo

El programa fue aprobado por Resolución N° 1238/MSGC/2019 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 29 de mayo de 2019.