



MAR DEL PLATA, 2 de julio de 2020

VISTO la Nota Dirección ESM N° 46/2020, obrante en el expediente 13-0276/2018, mediante la cual el señor Director Interino de la Escuela Superior de Medicina eleva a consideración la propuesta de modificación de la Ordenanza de Consejo Superior N° 600/19 mediante la cual se creó la carrera de posgrado de Especialización en Medicina General y Familiar, y

CONSIDERANDO

Lo dispuesto por el Reglamento de las Carreras de Posgrado Presenciales de esta Universidad, aprobado por Ordenanza de Consejo Superior N° 600/14 y su modificatoria N° 529/18.

Que, de fojas 91 a 124, obra el Informe de Evaluación remitido por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), con recomendación de dar vista a la institución para responder a las observaciones formuladas

Que, mediante Nota N° 046/2020, el Director de la Escuela Superior de medicina eleva la propuesta de derogación de la resolución de Rectorado N° 34967/20 y solicita la modificación de los anexos I, II, III y IV de la Ordenanza de Consejo Superior N° 600/19.

La intervención de la Subsecretaría de Posgrado y Acreditación, que informa que la propuesta se ajusta a la normativa vigente.

Que la Secretaría Académica de la Universidad, toma conocimiento de lo actuado y eleva las actuaciones a consideración.

Que corresponde al Consejo Superior aprobar la modificación de la Ordenanza de Consejo Superior pero, por razones de oportunidad, mérito y conveniencia atinentes la contexto actual de pandemia, el señor Rector eleva las presentes actuaciones para el dictado de Resolución de Rectorado - ad referendum del Consejo Superior.

Que la presente Resolución ha sido proyectada bajo la modalidad de teletrabajo, en el marco del distanciamiento social, preventivo y obligatorio, establecido del 08 al 28 de junio de 2020 por el Poder Ejecutivo Nacional mediante los artículos 2º y 3º del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 520/20, a los cuales ha adherido esta Universidad por medio de la Resolución de Rectorado N° 3429/20.

Las atribuciones conferidas por el Estatuto vigente de esta Universidad.

Por ello,

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

(ad referendum del Consejo Superior)

RESUELVE :

ARTÍCULO 1º: Derogar la Resolución de Rectorado N° 3487 de fecha 23 de junio de 2020.

ARTÍCULO 2º: Reemplazar los anexos I, II y III de la Ordenanza de Consejo Superior N° 600 de fecha 07 de marzo de 2019, mediante la cual se crea la carrera de posgrado de ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR, propuesta por la Escuela Superior

de Medicina; que forman parte integrante de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3º: Aprobar el Anexo IV, que establece el Sistema de Evaluación de Competencias de la carrera de posgrado de ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR, que forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO 4º: Solicitar al Honorable Consejo Superior la ratificación de la presente Resolución.

ARTÍCULO 5º: Regístrese. Publíquese en el Boletín Oficial de la Universidad. Comuníquese a quienes corresponda. Cumplido, archívese.

RESOLUCIÓN DE RECTORADO N° 3515

Firmado digitalmente por GONZALEZ Fernando Roman
Nombre de reconocimiento (DN): serialNumber=CUIL
20167790675, c=AR, cn=GONZALEZ Fernando Roman
Fecha: 2020.07.02 13:20:45 -03'00'

Firmado digitalmente por LAZZERETTI Alfredo Remo
Nombre de reconocimiento (DN):
serialNumber=CUIL 20149295721, c=AR,
cn=LAZZERETTI Alfredo Remo
Fecha: 2020.07.02 13:47:00 -03'00'

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR

ÍNDICE:

1.- INTRODUCCIÓN

- 1.- 1. El desarrollo de la Medicina General y/o Medicina de Familia
- 1.- 2. La Medicina General y/o Medicina de Familiar en el mundo

2.- PLAN DE ESTUDIOS

- 2.- 1. Identificación Curricular de la Carrera
 - 2.- 1.1. Fundamentación
 - 2.- 1.2. Denominación de la Carrera
 - 2.- 1.3. Denominación del Título a otorgar
- 2.- 2. Objetivos de la Carrera
- 2.- 3. Características Curriculares de la Carrera
 - 2.- 3.1. Requisitos de ingreso
 - 2.- 3.2. Requisitos específicos de permanencia y promoción, académicos y administrativos.
 - 2.- 3.3. Localización de la Carrera
 - 2.- 3.4. Plan de estudio estructurado
 - 2.- 3.5. Asignaturas y modalidad de cursada.
 - 2.- 3.6. Contenidos mínimos de las Asignaturas
 - 2.- 3.7. Propuesta de seguimiento curricular

3.- CARGA HORARIA TOTAL

4.- CUERPO ACADÉMICO

5.- ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA, VINCULADAS A LA CARRERA

6.- INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

7.- SUSTENTABILIDAD DE LA CARRERA

- 7.1- Presupuesto estimado y financiación propuesta.

8.- CONVENIO

ANEXO II: REGLAMENTO DE LA CARRERA

ANEXO III: CUERPO DOCENTE

ANEXO IV: SISTEMA DE COMPETENCIAS

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR

1.- INTRODUCCIÓN:

1.- 1. El desarrollo de la Medicina General y/o Medicina de Familia¹

En 1978, representantes de casi todas las naciones del mundo reunidos en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud en Alma Ata, auspiciada por OMS y UNICEF, hicieron un llamado a los gobiernos, al sector privado y al público para que asuman el compromiso de mejorar el estado de salud y reducir las disparidades en el acceso a los servicios de salud. Para ello, se reconoció la necesidad de proveer servicios de salud esenciales a toda la población y de "tener una fuerza de trabajo apropiada, incluyendo médicos entrenados social y tecnológicamente en forma adecuada, para desempeñarse como un equipo de salud y responder a las necesidades expresadas por la comunidad". Por lo tanto, es preciso disponer de *personal médico calificado en cantidad suficiente para atender las necesidades que pueden ser resueltas en el primer nivel, en cada barrio*. El médico GENERAL y/o médico DE FAMILIA (en adelante MGF, o generalista, o de familia), en su verdadera concepción, por su competencia específica para lo que su formación lo habilita, es el recurso humano médico óptimo para implementar exitosamente la estrategia de atención primaria de la salud. Se estima que por lo menos el 50% de los médicos deben ser formados para ejercer la Medicina General, distribuyéndose el otro 50% entre todas las demás especialidades.

Sobre la base de las propuestas de Alma Ata, en 1981 la OMS propone la meta de "Salud para todos en el año 2000", pero una revisión realizada en Riga en 1988 mostró el lento avance mundial en pos de la meta. En 1993, la OMS encontró que "la inadecuada y desigual distribución del personal de salud de distintas categorías ha dificultado frecuentemente la provisión de una apropiada variedad de actividades de atención de salud". El Banco Mundial en su Informe de 1993 sobre el Desarrollo Mundial "Invertir en Salud", llega a similares conclusiones: que la incorrecta asignación de recursos, las desigualdades en el acceso a los cuidados médicos y los ineficientes sistemas de servicios de salud impiden a países ricos y pobres por igual mejorar la salud y la productividad. En muchos países en desarrollo el dinero público se gasta en servicios hospitalarios de alto costo que son muchas veces utilizados por sectores pudientes, mientras los pobres no tienen acceso a servicios clínicos esenciales. Los altos costos de la atención médica hospitalaria dejan poco capital para los servicios de salud esenciales y de atención primaria, dado que la demanda de recursos de los hospitales terciarios es casi inagotable. Por otra parte, los gastos crecientes están además relacionados al aumento de los médicos especialistas hospitalarios, la disponibilidad de tecnología médica innovadora y la expansión de seguros privados subsidiados con fondos públicos que son reembolsados en base a honorarios por servicio. En base a estos hallazgos, el Banco Mundial sugirió que la inversión en un paquete de servicios clínicos y de salud pública esenciales para toda la población puede brindar más beneficios sanitarios. Esta propuesta del Banco Mundial ha sido el principal impulso a los procesos de reforma sectorial en la mayoría de los países, aunque las formas de interpretación e implementación de las reformas son muy variadas y presentan aspectos controversiales. De todos modos, más allá de la discusión específica sobre esta propuesta, no existe duda de la necesidad de producir reformas en los sistemas de salud para mejorar la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios que se brindan a la población.

En general, la reforma sectorial tiende a cambiar los modelos de atención vigentes, enfatizando la atención ambulatoria y el cuidado continuo y preventivo de la salud. El desarrollo tecnológico en salud hace posible cada vez más la transferencia de la atención del ámbito de los hospitales al de los centros de

¹ NOTA: la denominación Medicina General y/o Medicina de Familia será utilizada a lo largo del texto como sinónima de Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Generalista, y como sigla alusiva "MGF".

salud ambulatorios y desde éstos hacia los hogares, con el fin de reducir el costo de los servicios y mejorar la calidez de la atención y la comodidad de los usuarios.

La crisis del sistema de salud, tal como se ha planteado en otros países del mundo, requiere de la transición de un modelo médico asistencialista basado en la reparación de la enfermedad, hacia un modelo integral que incorpore y enfatice *la promoción y protección de la salud, estructurado en base a la estrategia de atención primaria*. La vigencia del actual modelo pone de manifiesto la innecesaria intervención de personal especializado en alta complejidad, atendiendo problemas de salud que pueden ser adecuadamente resueltos con mayor eficiencia y con aplicación de tecnología apropiada en el primer nivel de atención. La estrategia de atención primaria requiere privilegiar el rol del MGF, del consultorio médico privado o institucional del sector público (Centros de Salud), prepagos u otras organizaciones, como base de un sistema orientado a una atención integral de salud, personalizada y accesible al nivel de atención que en cada caso se requiera.

Sin embargo, lamentablemente en la mayoría de los países la reforma ha sido iniciada por razones fundamentalmente económicas, y los asuntos de salud han ocupado un lugar secundario en la discusión correspondiente. Este aspecto tiene especial importancia en la forma en que se está considerando el rol del médico general y médicos de familia en la reforma de los sistemas de salud. En muchos casos, con el rótulo de "médico de familia" se pretende imponer un profesional que tiene por objetivo esencial la contención de gastos, lo que se demuestra mediante una actitud restrictiva inequívoca basada en el incentivo económico. El auténtico MGF optimiza el uso de los recursos evitando las prácticas y gastos innecesarios, pero lo hace en base al compromiso en la defensa de los intereses del paciente, y no en virtud de una limitación administrativa que puede generar mala calidad de atención por subprestación.

En la reunión internacional realizada en Buenos Aires sobre "La Medicina Familiar en la Reforma de los Sistemas de Salud", se presentó un documento conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional de Médicos de Familia (WONCA), en el cual se expresa que "en la mayoría de los países, la cantidad, distribución y mezcla de especialidades de la fuerza laboral médica, no están basados en un análisis de las necesidades del sistema de servicios de salud. Con fondos públicos, generalmente se entrenan muchos especialistas hospitalarios, lo cual limita los esfuerzos para ampliar el acceso y controlar los costos. Si los fondos públicos destinados a la formación de médicos no tienen en cuenta la necesaria proporción de generalistas y especialistas, ni una adecuada distribución geográfica, no parecen asociados al mejoramiento del nivel de salud". Por otra parte, dicho informe agrega que "la más alta calidad de atención primaria de la salud depende fundamentalmente de la disponibilidad de médicos de familia correctamente entrenados como miembros esenciales de equipos de salud comunitarios. Así también, las inversiones gubernamentales en la formación de médicos deben adoptar políticas específicas que incrementen la cantidad y mejoren la calidad del entrenamiento de los médicos de familia".

Por otra parte, el informe señala la todavía importante carencia de planes de estudio de posgrado para el entrenamiento de médicos de familia, y advierte sobre el error de considerarla una educación de pregrado, aunque incorpore elementos de medicina familiar, como un bagaje suficiente por sí mismo para que los médicos entren en la práctica de la medicina general familiar. Al respecto, establece que "Las escuelas de medicina, las Universidades, y otras instituciones con responsabilidad de proveer atención en la comunidad, deben establecer y sustentar fuertes programas de postgrado para el entrenamiento en medicina familiar".

En la Cumbre Mundial sobre Educación Médica de 1993 se concluyó que forma parte de la función de los médicos promover la salud, prevenir la enfermedad y transformarse en asesores de las comunidades y proveedores de atención primaria. En esa misma dirección avanza la propuesta de la Organización Mundial de la Salud en la cual se impulsa a las Facultades de Medicina a que organicen programas de estudios que comprometan a los docentes y a los estudiantes con una educación médica centrada en la comunidad.

En síntesis, las reformas en marcha en los sistemas de salud y todas las recomendaciones surgidas desde diversos ámbitos profesionales, científicos, sanitarios y educativos nacionales e internacionales, han definido en los últimos años la necesidad de fortalecer la formación de posgrado en Medicina General Familiar, para la instrumentación adecuada de la estrategia de atención primaria de la salud y para proveer mejor atención a las necesidades de salud de la población.

En nuestro país, las políticas de salud nacionales y provinciales, y los requerimientos actuales de los sistemas de atención de salud públicos y de la seguridad social, sugieren la necesidad de contar con un número creciente de profesionales de esta especialidad en los próximos años. En particular en el área de la seguridad social se ha definido en los últimos meses el rol central del "médico de familia" en los modelos prestacionales, y el Ministerio de Salud ha lanzado programas de apoyo a los municipios que contemplan un rol fundamental a este modelo profesional.

En base a lo expuesto, también la Universidad debe asumir el desafío de responder en forma adecuada a esta demanda social, y sin perjuicio de la orientación predominante del grado que la Escuela Superior de Medicina ha definido a partir del actual perfil profesional del egresado, es necesario iniciar la formación de posgrado en Medicina General, reconocida a nivel internacional en los ámbitos académicos como una nueva especialidad de la Medicina, y a nivel nacional y provincial por los organismos sanitarios y entidades profesionales competentes.

1.- 2. La Medicina General y Familiar en el mundo

El énfasis de una educación médica volcada hacia la comunidad se incluye en un movimiento que comenzó en 1969, año en que la MGF se instituye como especialidad en los Estados Unidos. En 1992, la Asociación de Colegios Médicos Americanos (AAMC) recomendó revertir la tendencia de alejamiento del generalismo y defendió una meta nacional de que una mayoría de estudiantes de medicina sean orientados a las ramas generalistas (medicina familiar, medicina interna general o pediatría general). Existen hoy aproximadamente 410 programas de residencia en Medicina Familiar en los Estados Unidos, que ofrecen 2.774 vacantes de primer año. El número de vacantes está solo superado por Medicina Interna, y este número está incrementando.

Con anterioridad a 1969, la Medicina Familiar era conocida en Canadá, donde en 1954 se funda el Colegio de Médicos de Familia de Canadá (CFPC), pero es recién a principios de los años 70 que se crean los Departamentos de Medicina Familiar en las Escuelas de Medicina y los postgrados de dicha especialidad. En la actualidad hay 1600 residentes inscriptos en estos posgrados y se está prestando mayor atención a la investigación en Medicina Familiar.

Posteriormente en el año 1971 se incorpora México como el primer país Latinoamericano que establece el sistema de Medicina Familiar para atender a la población; este se crea en el seno del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) y es, en el año 1974, el momento en que la enseñanza de la Medicina Familiar se incorpora a la Universidad Nacional Autónoma de México. Este país junto a Bolivia y Panamá son los únicos tres países que tienen programas de entrenamiento de posgrado en Medicina Familiar anteriores al año 1981.

Otro país de la región de las Américas en el que encontramos un vertiginoso desarrollo de la Medicina Familiar es Venezuela, dado que recién en el año 1981 se crean dos Centros de Medicina Familiar, en 1982 se encuentran en funcionamiento 3 residencias y en el año 1987 contaba con 50 centros. En 1984 la Federación Médica Venezolana reconoce como especialidad a la Medicina Familiar, vemos de esa forma que sólo cuatro años fueron necesarios para instalarla como una especialidad dentro del campo médico. Igualmente el programa "Barrios Adentro" del gobierno de Venezuela ha requerido en el 2006 de 3000

especialistas en medicina general cubanos para poder dar respuesta a las necesidades que el modelo de capacitación aún imperante no logra proveer.

Un caso muy especial es el de Cuba, país que desde la revolución de 1959 desarrolla un modelo de Atención Primaria a cargo de especialistas lineales, y en 1985 comienza con un modelo de atención basado en el Médico de Familia y la Enfermera de Familia, creándose la especialidad de Medicina General Integral con formación a través de residencias que en la actualidad significa el 50 % del total de médicos del sistema.

También encontramos programas de residencias en Medicina General/Familiar en Brasil, que desde 1981 son llamadas Residencias de Medicina General Comunitaria. En Panamá, la Declaración de Punta Chame estableció como prioridad fundamental a la Medicina Familiar, como factor indispensable para una Atención Primaria de calidad, y en Santo Domingo se encuentra implementada desde 1981.

Fuera de la región de las Américas los programas de posgrado en Medicina Familiar se encuentran bien establecidos en Dinamarca, Escandinavia, España, Portugal y el Reino Unido, pero presentan un menor desarrollo en los países del sur de Europa. Quizás el caso más conocido es el del Sistema Nacional de Salud inglés, que está estructurado sobre una amplia base de médicos generalistas que constituyen la puerta de entrada de la población al servicio de salud. En 1973, en Dinamarca se estableció un sistema de salud en donde 98% de la población está registrada en una lista que los identifica con un médico General/Familiar y en la actualidad el 20% de los médicos daneses funcionan como médicos de Familia. En Portugal se creó, en 1982, una carrera médica en la práctica general con el Servicio Nacional de Salud, así como se desarrolló un programa de entrenamiento en medicina general/familiar, que desde 1987 es obligatorio para entrar en la práctica general.

En el Medio Oriente la capacitación en Atención Primaria se encuentra bien desarrollada; esto queda demostrado en el hecho de que cada una de las escuelas de medicina tiene un departamento de Medicina Familiar. En lo que respecta a los países árabes la Universidad Americana de Beirut fue, en el año 1979, la que inició el primer programa de Medicina Familiar.

En el sudeste asiático la medicina general/familiar tiene una extensa historia. En Filipinas podemos situar el comienzo de este desarrollo en los años 60 con la formación de la Asociación Filipina de Medicina Familiar, que tenía como fin promover el rol del médico de familia en el sistema de asistencia sanitaria; posteriormente en 1974 se comenzó el entrenamiento en residencias de medicina familiar y en 1976 se introduce la especialidad en las escuelas de medicina como un curso que se integraba a la medicina comunitaria. Actualmente existen 28 programas de residencias de tres años de duración. Singapur es otro país de la región asiática que tiene un gran desarrollo en la medicina general/familiar: el Colegio de Médicos Generales fue formado en 1971 (año en que se inicia la enseñanza de pregrado) y en 1987 se acepta a la Medicina Familiar como una disciplina académica en la Universidad Nacional de Singapur.

En conclusión, puede afirmarse que existen por lo menos 56 países con programas de formación de posgrado en Medicina General o Familiar, y si resaltamos que la mayoría se establece con posterioridad a 1970, se observa el rápido crecimiento de la especialidad, que más allá de sus distintas denominaciones, ha adquirido ya la suficiente madurez en cuanto a cuerpo de conocimientos, práctica profesional y reconocimiento académico.

2.- PLAN DE ESTUDIOS

2.1. Identificación Curricular de la Carrera

2.1.1. Fundamentación:

La carrera de Posgrado de **Especialización en Medicina General y Familiar** está concebida como un espacio de capacitación de posgrado referente a una práctica médica con énfasis en el Primer Nivel de Atención, que potencie el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria de la Salud desde su concepción ampliada. Eventualmente y según las necesidades de la realidad local puede desarrollar su trabajo en otros niveles del sistema de atención de salud.

Está fundamentada en la necesidad de garantizar la formación de Especialistas de Medicina General Familiar con una sólida preparación y acorde a las necesidades de la población de Argentina y en especial del partido de General Pueyrredon y la región; ya que este especialista tiene una visión holística y posee un elevado grado de capacidad resolutoria de los principales problemas por los que consultan en la actualidad las personas en los centros de salud y hospitales; necesitan de herramientas que les posibiliten ofrecer una atención integral (promoción de salud, prevención de las enfermedades curación y rehabilitación) pues su perfil es ancho, ampliado y acorde a las necesidades reales que la ciencia plantea.

Resulta pertinente reconocer que en el siglo XXI se impone el desarrollo de posgrados que respondan a las necesidades reales de la sociedad actual y cuyos egresados puedan contribuir a mejorar el estado de salud de la población del país y de la región en dónde está ubicada la universidad, ya que ese es su encargo social; si, por otra parte, se conoce que en los últimos años han cambiado o han sido modificadas varias concepciones relacionadas con el “proceso salud – enfermedad - atención - cuidado” y, además, la “Estrategia de Atención Primaria de Salud”, resulta pertinente en este momento, la Especialización en Medicina General y Familiar pues, formará profesionales con una visión integral y holística que sea capaz de desarrollar su labor como profesional de la salud con un pensamiento crítico, tanto a nivel colectivo como individual, y explicar la determinación social de la enfermedad, con verdaderos cambios hacia nuevos paradigmas. De este modo se da continuidad al perfil que desarrolla la Escuela Superior de Medicina en la actualidad.

El contexto institucional en que se inserta constituye un ámbito con múltiples potencialidades, considerando que la propuesta curricular de la unidad académica, el diseño de la estructura sanitaria y la política sanitaria llevada adelante por la Municipalidad de General Pueyrredon y el Ministerio de Salud de la Provincia Buenos Aires, generan óptimas condiciones para el funcionamiento de un posgrado de éstas características. Los ámbitos de práctica se establecen mediante convenios de práctica específicos. Actualmente se registran convenios con la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredon y el Ministerio de Salud de la Provincia Buenos Aires.

Esta fundamentación se asienta en ciertos pilares sobre los cuales cabe profundizar:

- a) Las tendencias actuales en los modelos de atención
- b) La necesidad de reorientación de los Servicios de Salud
- c) El rol del Estado en la formación de recursos humanos.
- d) Las nuevas formas de educación médica.
- e) La realidad epidemiológica regional.
- f) El desarrollo de la Medicina General Familiar en Argentina

a. Las tendencias actuales en los modelos de atención

La atención primaria

En 1978 la OMS estableció la meta de "Salud para todos en el año 2000", y determinó la estrategia para alcanzarla, la Atención Primaria de la Salud (APS). Conceptualmente, "la Atención Primaria de la Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente probados y socialmente aceptables, hechos universalmente accesibles a los individuos y sus familias en la comunidad

a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. La Atención Primaria de la Salud debe ser el eje de los sistemas nacionales de salud.”

La implementación de la APS enfatiza varias nociones:

- Servicios esenciales de salud accesibles y para todos los segmentos de la comunidad;
- Maximización del compromiso individual y comunitario en la planificación y operación de los servicios de atención de salud para asegurar que los mismos sean apropiados y aceptables para los participantes;
- Énfasis tanto en los servicios preventivos y promocionales como en los curativos;
- Uso de tecnología apropiada con fondos locales y apoyada por estructuras gubernamentales;
- Integración del desarrollo en salud dentro del desarrollo social y económico global de la comunidad;
- Servicios y programas de salud culturalmente aceptables, aplicables y equitativos;
- Enfoque en asuntos de salud identificados y priorizados por los miembros de la comunidad; y,
- Uso de estrategias que maximicen el auto-aprendizaje, la auto-determinación, y la auto-confianza de parte de la gente.

El concepto de APS ha evolucionado con los años hacia dos perspectivas no excluyentes, que podríamos denominar "holística" y "restringida". Dentro de la primera, la APS se caracteriza como "un abordaje participativo de la producción de servicios de atención de salud que fomenta la asociación entre los miembros de una comunidad y los profesionales de la salud para lograr el objetivo compartido de mejorar la salud". Este abordaje es consistente con la tradición de la OMS iniciada en 1978 y con su agenda actual. Ejemplo de la segunda, en algunos sistemas la atención primaria es percibida también como la entrada a los niveles secundario y terciario de atención.

Ambas pueden ser incorporadas en las direcciones estratégicas actuales de la OMS:

- Para reducir el exceso de mortalidad de poblaciones pobres y marginadas.
- Para responder efectivamente a los principales factores de riesgo.
- Para fortalecer sistemas de salud sustentables.
- Para colocar a la salud en el centro de la agenda más amplia del desarrollo.

En cualquier caso, existe evidencia internacional que permite avalar los beneficios para la salud de la población de la atención primaria:

- El estado de salud de la comunidad es directamente proporcional a la relación entre la oferta de especialistas de APS y la de especialistas, y a la relación entre atención primaria y población.
- Los países con sistemas de APS fuertes, en general tienen poblaciones más sanas y más bajos costos en salud.
- Las co-morbilidades son tan altas, especialmente con el envejecimiento de las poblaciones, que el acceso a los generalistas que pueden ofrecer cuidado comprehensivo para muchas enfermedades y necesidades de los pacientes se convierte cada vez más en un abordaje costo-efectivo de los servicios de atención.
- Una mayor disponibilidad de especialistas de APS, y entre ellos los Especialistas en MGF, reduce los efectos adversos de la inequidad social sobre la salud.

A pesar de ello, la meta de "Salud para todos en el año 2000" a través de la aplicación de la estrategia de "Atención Primaria de la Salud" como la forma de alcanzar la cobertura universal de salud, no se cumplió en la totalidad de nuestra región. La Atención Primaria de la Salud ha sido en muchos casos interpretada y más veces ejecutada, como la respuesta de los servicios de salud del primer nivel de atención a la demanda de poblaciones carenciadas sobre problemas de salud prevalentes. Al mismo tiempo, la APS

priorizó sus esfuerzos, en primera instancia, sobre los determinantes biológicos del proceso de salud-enfermedad y el rol de los servicios en el mantenimiento y la mejora de la salud. Pero no incorporó conceptualmente a la educación en salud, la participación social y la intersectorialidad como estrategias para la atención de los problemas de salud.

En muy pocos casos la estrategia se ha expresado en acciones intersectoriales con participación comunitaria, y lo que es más grave, en actividades preventivas de promoción de salud y protección específica desde los servicios de salud definidos como de "atención primaria". En la mayoría de los casos, la demanda asistencial suele desbordar la capacidad operativa de los mismos, y en muchos otros, los profesionales no están preparados y por lo tanto no asumen una actitud proactiva en favor de la promoción y protección de la salud. Por otra parte, con demasiada frecuencia el primer nivel de atención no garantiza la continuidad de atención, elemento fundamental de la estrategia preventiva.

La estrategia de APS, desde su versión original ha recibido aportes de otras formulaciones, particularmente de la corriente de promoción de la salud, que relativiza la función de los servicios de salud en el contexto de los otros determinantes del proceso de salud enfermedad.

La promoción de la salud

En el año 1986, se realizó la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. En ella se definió que "la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" y se estableció que "una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud".

La participación activa en la promoción de la salud implica:

- la elaboración de una política pública sana,
- la creación de ambientes favorables,
- el reforzamiento de la acción comunitaria,
- el desarrollo de aptitudes personales, y
- la reorientación de los servicios sanitarios.

Desde esta visión, el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud. Los servicios de salud son sólo uno de los múltiples factores determinantes de la situación sanitaria, pero no el más importante. No obstante, dichos servicios constituyen un campo fundamental de la política social. La promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, el sector sanitario y otros sectores sociales y económicos.

La reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud y bajo la estrategia de APS, mejorará la calidad de la atención y el efecto de los servicios en la salud de la población. Este proceso deberá tomar como prioridades:

- Capacitación interdisciplinaria epistemológica, metodológica, e histórico/crítica para profesionales de la salud, de modo que puedan conceptualizar su práctica, la que a su turno mejorará los servicios de atención de la salud.
- Establecimiento de intervenciones que construyan resiliencia.
- Desarrollo de equipos multisectoriales interdisciplinarios más amplios.

- Incorporación de factores asociados con intervenciones exitosas, utilizando los abordajes de ciclo de vida, ciclo familiar y género.
- Desarrollo de la promoción de la salud y la educación para la salud dentro del sistema de atención de la salud.
- Adopción de estrategias consistentes con las premisas del modelo de APS y promoción de la salud: educación, atención comprehensiva y personalizada, participación de los usuarios y estrategias ambientales.
- Incremento de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la comunidad, para que la distribución y disponibilidad de los servicios sea equitativa y accesible a todos los miembros de la comunidad.
- Desplazamiento de los resultados en salud como fines en sí mismos hacia cuestiones de calidad de vida definidas por los individuos y comunidades.
- Desarrollo de modelos de atención de la salud que expresen un balance entre la atención de la enfermedad y de la salud, entre los servicios de salud personal y salud pública, y entre los temas del cuidado curativo y preventivo en costo, acceso, y calidad.
- Implementación de instrucción para el personal de atención de la salud para involucrarlos más activamente en la prevención de la enfermedad, la educación para la salud y el uso más racional y equitativo de la tecnología de atención.

La reforma del sector salud

En los últimos veinte años se ha realizado un esfuerzo generalizado para introducir cambios en la organización y el financiamiento de los sistemas de salud. Estos cambios, conocidos como reformas del Sector Salud son, por definición, sumamente diversos y han sido motivados, hasta ahora, por factores predominantemente económicos (cambios financieros, estructurales e institucionales de los sistemas y reajustes de la organización y la administración de la atención de salud). La reducción de la inequidad en la salud y en la atención, el aumento de la eficacia de las intervenciones sanitarias, la promoción de la calidad de la atención y la mejora de la salud pública han recibido menos atención. El modelo de atención ha sido un tema marginal en los debates sobre las reformas en la mayoría de los países.

Estas reformas se realizan en un momento de profunda crisis económica, con alto grado de exclusión social, en el cual el Estado debe garantizar la cobertura básica universal en materia de salud. Sin embargo, esto por sí sólo no basta. Las reformas deben estar acompañadas por una reorientación de sistemas y servicios de salud con criterios de promoción. Las poblaciones de menores recursos tienden a recibir servicios de calidad inferior, y constituyen el grupo que más necesita de la prevención. Por lo tanto, sin una transformación del modelo de atención, seguirá habiendo inequidad en la calidad de los servicios de salud.

En conclusión, esta coyuntura histórica de las reformas del sector de la salud ofrece una oportunidad importante para las iniciativas de promoción. Puesto que las reformas actuales han omitido la salud pública como responsabilidad social, la segunda ola de reformas deberá incluir objetivos nuevos: fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias, y desarrollar estrategias para la reorientación de sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud.

b. La necesidad de reorientación de los Servicios de Salud

La reorientación de los servicios de salud para realizar una tarea eficaz de promoción de la salud a nivel tanto individual como comunitario requiere un modelo de atención expresamente definido que señale la promoción de la salud como prioridad. Este modelo debería abarcar el modelo de apoyo estructural (organización de la red de atención y flujogramas), el modelo normativo (directrices para el manejo de la

salud) y el modelo de comunicación entre servicios, pacientes, y comunidades. El cambio en la prestación de servicios de salud con criterio promocional incluye:

- Modificar la composición y el equilibrio de los perfiles médicos en el modelo de prestación de servicios de salud.
- Incorporar el fomento de los principios de la promoción de la salud en los modelos de ejercicio profesional.
- Prestar atención a las necesidades y expectativas de determinados subgrupos de la sociedad, teniendo en cuenta las diferencias de género y edad, así como otros factores determinantes de índole religiosa, étnica y cultural.
- Fomentar la participación individual en la adopción de decisiones bien fundadas sobre la propia salud y la salud de los integrantes de la familia.

Esto supone la instrumentación de las siguientes acciones:

- Mejorar la capacidad de respuesta y la tecnología de la atención de salud como condición para afianzar la legitimidad social de los servicios desde el punto de vista de la población.
- Fortalecer el componente de promoción de la salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza como en la capacitación de posgrado de los profesionales de la salud.
- Promover el consenso entre expertos sobre pautas clínicas para la prevención, y capacitar, supervisar y evaluar la aplicación de las pautas.
- Cerciorarse de que las condiciones institucionales faciliten la aplicación de directrices, incluidas las estrategias para modificar las prácticas médicas de los servicios.
- Mejorar la comunicación entre médicos, pacientes y comunidades, a fin de aumentar la eficacia y la utilidad de la acción.
- Crear mecanismos que promuevan un compromiso formal y la responsabilidad compartida entre los servicios, por una parte, y los particulares y las comunidades, por la otra, incluidos los mecanismos de retroalimentación comunitaria.

Antes de entrar en los componentes del cambio del modelo de atención médica bajo la estrategia de APS, es necesaria una referencia a los niveles de prevención y el rol de los servicios en este continuo.

Los niveles de prevención y el rol médico y de los servicios de salud

Queda claro que cuando en septiembre de 2006 el Profesor Nahomar Almeida Filho difunde mundialmente su nueva teoría del proceso salud enfermedad, y acuña inspiradamente la palabra “holopatogénesis” para ilustrar con claridad su significado, los clásicos niveles de prevención así como el enfoque de riesgo han entrado, para el generalismo, en claro debate epistemológico. De todos modos, existen dos razones por las cuales sigue siendo útil trabajar sus conceptos con los graduados: a) el reforzamiento de las intervenciones preventivas y b) ilustrar con ejemplos sus limitaciones desde una visión de la salud desde la complejidad.

De acuerdo con el enfoque preventivo propuesto por Leavell y Clark en la década del 50, se acepta que el proceso salud-enfermedad en el individuo transcurre por tres etapas:

1. un período pre-patogénico, anterior a la enfermedad, pero donde pueden identificarse todos los factores condicionantes y de riesgo que pueden contribuir a la producción del daño;
2. un período patogénico, con la presencia de la enfermedad, primero subclínica y luego clínica, con sus manifestaciones y complicaciones;

3. un período pos-patogénico, correspondiente al estado crónico producto de las secuelas de la enfermedad.

Frente a este proceso, denominado “historia natural del proceso salud-enfermedad”, dichos autores propusieron un modelo de intervención aplicable tanto a nivel individual como poblacional, denominado “niveles de prevención”, basado en el criterio que toda intervención resulta “preventiva” desde el momento que evita la progresión del proceso hacia una situación de mayor riesgo o daño.

Desde esta perspectiva, se definen tres niveles de prevención:

- Prevención Primaria, que incluye la acción sobre los factores condicionantes o de riesgo, evitando el desarrollo de la enfermedad antes de que ocurra.
- Prevención Secundaria, que contempla la detección precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad, para la limitación del daño.
- Prevención Terciaria, que consiste en la rehabilitación o recuperación del funcionamiento adecuado, limitando las secuelas.

Los objetivos de la prevención primaria consisten en mejorar el nivel general de salud (promoción) y procurar medidas de protección específicas, a través de la acción médica e intersectorial, la afirmación de la función activa de la población para hacer elecciones saludables y para obtener mayor control sobre su propia salud y su ambiente y la acción comunitaria por los ciudadanos en el nivel local.

Las estrategias de intervención en promoción pueden clasificarse en:

- estrategias de acción inespecífica poblacional: espectro de las políticas públicas de desarrollo económico y social, que apuntan a mejorar las condiciones de vida de la población (políticas de empleo, la vivienda, la educación, la nutrición, la seguridad social y la seguridad personal) y
- estrategias de acción inespecífica ambiental: creación de ambientes y entornos saludables a nivel de la familia, la escuela, el trabajo y la ciudad, que favorecen el desarrollo de la salud individual y colectiva. Incluyen los cambios legislativos y a todas las acciones médicas, institucionales y comunitarias que puedan colaborar en ese sentido (“ciudades saludables”).

Por su parte, la protección de la salud está orientada a la modificación favorable de factores de riesgo específicos, que afectan a la comunidad, a los grupos y a cada individuo en particular. Un "factor de riesgo" es una circunstancia detectable en los individuos, los grupos o el ambiente, que aumenta la probabilidad de padecer un daño a la salud, o de producir una evolución más desfavorable de dicho daño (condición biológica de cada persona, condiciones y estilos de vida y ciertos elementos del sistema sociocultural, entre los cuales se cuenta el propio sistema de atención de salud).

Las estrategias de intervención en protección de la salud, pueden clasificarse en:

- estrategias de acción específica poblacional: operan sobre factores de riesgo específicos, que afectan a la comunidad entera, relacionados con las condiciones de vida o con comportamientos o estilos de vida colectivos. Incluyen las inmunizaciones, saneamiento ambiental y las intervenciones sobre modos nocivos de vida relacionados con riesgos específicos para la salud, en particular enfermedades no transmisibles (ENT).
- estrategias de acción específica grupal e individual: son aquellas dirigidas a la modificación de riesgos en el ámbito laboral, familiar e individual. Clásicamente, corresponde al enfoque de "alto riesgo" (o "clínico" o "enfocado"), que intenta identificar a las personas con altos niveles de factores de riesgo.

Las acciones de prevención secundaria ocupan el mayor tiempo médico en los servicios de salud, pero la mayor parte están referidas a acciones de recuperación o limitación del daño, y mucho menos a

actividades de detección precoz y tratamiento oportuno. Los servicios de salud de atención primaria deben incorporar las acciones de detección selectiva en todas las personas y grupos de riesgo según las normas específicas que corresponden en cada caso.

Cuando la enfermedad se manifestó, en el período post-patogénico, las intervenciones de prevención terciaria procuran evitar la discapacidad, una vez estabilizadas las modificaciones anatómicas y fisiológicas.

La implementación de un modelo basado en la Atención Primaria, requiere colocar el énfasis en las acciones de promoción y protección de la salud, considerando que toda intervención racional sobre la población a cargo debe estar orientada a evitar la aparición de enfermedad, operando con ella sobre los riesgos que afectan su salud.

Componentes del cambio de los servicios hacia la APS

Se fundamentan en el fortalecimiento de la integralidad y la integridad de la atención. El fortalecimiento de la integralidad de la Atención de la Salud implica considerar al ser humano con todas sus potencialidades y relaciones con el sistema social, poniendo el énfasis en los aspectos preventivos sobre los de recuperación de la salud. Se refiere al cuidado primordial de la salud, la determinación de la población bajo responsabilidad y el trabajo en equipo.

El cuidado primordial de la salud

La tarea fundamental, que define mejor el rol médico y del equipo de salud en la atención primaria, es el "cuidado primordial de la salud", que incluye todas aquellas acciones destinadas a evitar o mitigar el efecto de los riesgos para la salud en los individuos, las familias y las comunidades, a través de la prevención. La efectiva instrumentación de la estrategia de atención primaria requiere que los médicos, los servicios de salud, y en particular los del primer nivel de atención, asuman la promoción de la salud y la prevención específica como funciones esenciales y no sólo como actividades marginales.

El Grupo de Trabajo de los Estados Unidos sobre Servicios Preventivos afirma que "los servicios clínicos tradicionales son menos importantes que la educación sanitaria dirigida a fomentar unos hábitos de vida saludables. Los médicos de atención primaria, y todos los profesionales sanitarios, deben volver a examinar y definir de nuevo sus funciones dirigidas a curar y aceptar su papel de defensores de la salud". Sin embargo, se sabe que no se ofrece atención preventiva si no tiene prioridad en la organización. Por lo tanto, cada servicio de salud debe establecer metas con respecto a la promoción de la salud convenida, de forma participativa y explícita por el médico, personal administrativo y técnico. Sin la participación y el compromiso de todos los que intervienen en la prestación de servicios de salud, es improbable que se logre reorientar los mismos. El cambio de comportamiento profesional desde la atención de la enfermedad, al cuidado preventivo de la salud, continúa siendo el principal desafío.

Este modelo de atención integral debe incorporar además el abordaje familiar como estrategia indispensable de intervención en un nivel intermedio entre el nivel individual y comunitario, tanto para comprender los factores del entorno inmediato en la génesis de los problemas de salud, como para asegurar la eficacia de las intervenciones individuales. Esta es una materia realmente pendiente en la medicina actual.

Finalmente, es necesario contar con una adecuada normatización de las intervenciones, basada en información científica probada, a fin de garantizar recomendaciones con suficiente evidencia de su eficacia, así como continuidad en su aplicación y elementos para su monitoreo y evaluación. En los últimos años se ha dado tal importancia al tema de la evidencia científica, que ha dado lugar a la "Medicina basada en la evidencia", cuyo mayor desarrollo ha sido precisamente en el área de la medicina

general familiar y la atención primaria y la medicina preventiva clínica. En este sentido, el Grupo de Trabajo de los Estados Unidos, entre sus principales recomendaciones, indica que para el desarrollo de medidas preventivas se necesita más selectividad, basada en evidencia y evaluación de costo-beneficio de las mismas. Valen mencionarse algunas aclaraciones vinculadas a los fenomenales sesgos que muchas investigaciones tienen por contar como principal fuente de financiamiento a las empresas fabricantes de medicamentos y a que existen otros conflictos de intereses quizás menos evidentes. Pues bien, el médico general familiar debe conocer la metodología cuantitativa y cualitativa de construcción de conocimientos, debe saber interpretar un trabajo de investigación y poder criticarlo metodológicamente, y debe entender de saberes que no han atravesado el tamiz de la biomedicina occidental e igualmente hacen a la integralidad formativa de un verdadero generalista.

La población bajo responsabilidad y la sectorización

Para el cumplimiento eficaz de la función asignada a los servicios de salud en APS, es esencial la determinación de la población bajo la responsabilidad de cada servicio, centro de salud o equipo de atención primaria, y en última instancia, del municipio o sistema local de salud. Sólo así será posible la correcta identificación de los grupos e individuos de riesgo, la búsqueda y detección de casos iniciales o avanzados de enfermedad, el acceso oportuno a la atención en el nivel de prevención que corresponda, y la continuidad de la misma a través del seguimiento programado de los pacientes.

La población a cargo constituye una cohorte nominalizada, con la que es posible desarrollar estrategias de promoción y protección, ya que cada nómina puede considerarse como un recorte de la población en la que habrán de implementarse medidas de promoción, de protección para individuos y familias con "bajo riesgo" (enfoque específico poblacional), detectándose aquellas con mayor riesgo para incorporarlas a un proceso de control del "alto riesgo" (protección específica grupal o individual).

De todos modos, la nominalidad ha demostrado en la Argentina sobradamente que no alcanza sus objetivos andando por sí sola (PAMI, Seguro Público de la Provincia de Buenos Aires, Plan Nacer, etc.).

El equipo de salud

En las dos últimas décadas, los equipos proliferaron en las organizaciones de servicio. Como forma eficiente de estructuración organizacional y de aprovechamiento de las habilidades humanas, avanzaron en el sentido de la pluralidad funcional. Esta pluralidad significa una visión más global y colectiva del trabajo, en que las funciones y habilidades individuales adquieren un determinado grado de superposición, reforzando el compartir las tareas y la necesidad de cooperación para la obtención de resultados comunes. El equipo incentiva el perfeccionamiento individual en habilidades múltiples y una visión interdisciplinaria e interdependiente de las tareas según un consenso estratégico de objetivos. La mayor ventaja de estructurarse por equipo es la obtención de la cooperación funcional entre personas semejantes. La visión de equipo es una forma de valorizar y usufructuar ese espacio cultural, donde se codifican, interpretan, evalúan, aceptan, o rechazan colectivamente nuevas informaciones y conocimientos. Al articular y reunir talentos y habilidades, los equipos desarrollan el potencial creativo y de valor agregado ya existente en el servicio.

El desarrollo de modelos de APS, requiere necesariamente un abordaje interdisciplinario. Los programas de capacitación de los profesionales y los técnicos deberán desplazarse desde un modelo de atención compartimentalizado hacia un modelo más comprehensivo que involucre los diversos actores (enfermeros, médicos, agentes comunitarios, odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales, y otro personal de salud) con una variedad de competencias igualmente valiosas.

El fortalecimiento de la integridad de la Atención de la Salud significa que el desarrollo prioritario y la jerarquización del Primer Nivel de Atención, resulta sustantivo en la configuración y la organización de

los otros niveles que conforman la Red de Atención de salud, y es indispensable para la implementación de la estrategia de APS. La relación que implica la responsabilidad nominal debe establecerse en este nivel, de modo de favorecer la atención integral de los individuos que integran la población a cargo.

Ahora bien, la integridad de la Atención de la Salud permite asegurar la resolución de los problemas en el nivel correspondiente de un sistema de complejidad creciente orientado según las prioridades de un segmento geográfico-poblacional definido. Esto requiere de una organización y administración adecuada para garantizar el acceso, la continuidad, la referencia, la contrarreferencia y la integridad de la respuesta asistencial en el nivel de atención y con la estrategia de intervención que requiera la resolución de cada caso individual. En tal sentido, la Referencia y Contrarreferencia de los Centros de Salud del Área del Hospital puede contribuir a consolidar un sistema de trabajo que permite un mejor flujo de las personas que requieren consultar al segundo nivel, disfrutando del confort de recibir trato personalizado desde el primer nivel.

Con tal propósito, la aplicación de esta concepción de la atención primaria debe adoptar un sistema de información y registro diferente a los métodos usuales, generalmente preparados por un informe rutinario de demandas episódicas, discontinuas y con rotulaciones diagnósticas únicas basadas en la consulta ocasional, que no toman en cuenta los factores de riesgo ni la presencia de estados crónicos. Un instrumento fundamental para estos sistemas de información, útil para las necesidades preventivas, asistenciales y de investigación, es la "historia clínica familiar orientada a problemas", con un sistema de registro para el control y seguimiento permanente.

c. El rol del Estado en la formación de recursos humanos.

Evidentemente nuestro país no ha contado con una política integral sostenida de formación de recursos humanos en salud. Los problemas existen en muchas disciplinas como en enfermería, psicología, trabajo social, todos integrantes potenciales de equipos de trabajo en Atención Primaria. Esto no es ajeno al campo de la medicina y encontramos hoy un escenario regional con una plétora de profesionales capacitados según su propia vocación y muchas veces desatentos al mapa de necesidades de nuestra comunidad.

La cuestión sigue preocupante si se analiza cualitativamente el perfil para el cual han sido formados los mismos. Para estándares de deseabilidad de un 50% de profesionales preparados para el primer nivel y un 50% para el segundo y tercer nivel encontramos porcentajes ínfimos de médicos especializados en medicina general según la certificación de las instituciones de ley.

Desde hace tiempo aparecen gestos de diferente intensidad que coinciden en intentar revertir esta situación, y esto debe articularse y fortalecerse. Desde la base de la pirámide organizacional del sistema de capacitación hoy nos toca contribuir al éxito de estas políticas, redoblando nuestro esfuerzo y dedicación en pos de demostrar que el sistema de especialización de posgrado es una forma concreta y efectiva de aporte al mejoramiento del sistema nacional de salud.

d. Las nuevas formas de educación médica.

Tendencias actuales en la formación de médicos generalistas

Para que el futuro especialista en Medicina General desarrolle su capacidad, debe garantizarse el proceso de aprendizaje en los entornos sociales y profesionales adecuados para su correcta realización, pero además deben ponerse en marcha modalidades pedagógicas acordes a las modernas teorías cognitivas.

En consonancia con esto y para contribuir con el objetivo de Salud para Todos, la OMS en conjunto con la Federación Mundial de Medicina Familiar/General "WONCA", concluyeron que "deben ocurrir

cambios fundamentales en el sistema de salud, en la profesión médica y en las escuelas médicas y otras instituciones educativas".

Se estableció que los países que brindan un cuidado óptimo de la salud, la práctica y la educación médicas muestran las siguientes características:

- la educación médica responde a las necesidades de la comunidad,
- la educación y la práctica médicas están estrechamente unidas,
- los médicos generalistas son entrenados en un espectro de habilidades relevantes y las escuelas médicas enfatizan la investigación en cuidado primario, servicios de salud y comunidad.

Las principales tendencias actuales en la educación de los médicos generales son:

- Interacción permanente con la comunidad
- Auto-aprendizaje
- Aprendizaje basado en competencias

La educación médica orientada y basada en la comunidad

La educación médica orientada a la comunidad es aquella que toma simultáneamente las tres dimensiones del problema de salud: la historia natural de la enfermedad, el ciclo de vida y los recursos individuales, familiares y comunitarios formales e informales para encarar los problemas de salud. Es un abordaje “enfocado en los grupos de población y los individuos, que toma en consideración las necesidades de salud de la comunidad en que actúa”.

Las características de un abordaje educacional orientado a la comunidad son las siguientes:

- Exposición temprana a las redes de atención de la salud de la comunidad.
- Basada en la comunidad, es decir en la red de efectores específicos e inespecíficos, formales e informales que atienden la salud de la población.
- Historia natural de la enfermedad: aspectos preventivos, recuperativos y de rehabilitación, para su aplicación en la práctica real.
- Ciclo de vida, desde el crecimiento y desarrollo hasta la muerte.
- Contenidos: epidemiología, ciencias sociales y del comportamiento, estructura, organización y gerenciamiento de los sistemas de atención de la salud, comunicación en salud y organizacional.
- Investigación y procesos de evaluación adecuados.

Un aspecto central del modelo de educación del médico general/familiar basado en la historia natural de la enfermedad es la prevención. Es necesario entrenar a los médicos generales en la observación, monitoreo y manejo de los factores de riesgo para las enfermedades prevalentes, como parte de su formación tan importante como los aspectos curativos o de rehabilitación de la enfermedad.

El aprendizaje de la medicina basado en la comunidad exige a quienes coordinan la capacitación de especialistas en medicina general no perder de vista los grandes lineamientos de las modernas teorías cognitivas. Solo a modo de ejemplo lo que es denominada “contexto significativo” nos impulsa obligadamente a incrementar la presencia de los cursantes en el que ha de ser su escenario laboral futuro. Así, la “redundancia” de las tareas cotidianas en el barrio, en sus instituciones, con las familias en seguimiento, con los pacientes portadores de dolencias crónicas, ha de generar la acumulación de experiencia tanto en los aspectos biomédicos (semiología, farmacología, etc.) como en los aspectos sociomédicos (demografía, psicología, epidemiología, etc.) propios del ejercicio integral de nuestra profesión.

El aprendizaje autodirigido

El aprendizaje autodirigido constituye un giro pedagógico desde el abordaje tradicional basado en el maestro, en el cual el énfasis está puesto sobre los docentes y lo que enseñan, hacia un abordaje centrado en el estudiante, en el que el énfasis está en los alumnos y en lo que ellos aprenden. Paulo Freire menciona la ya clásica diferencia entre el modelo bancario, donde el alumno funciona como una caja vacía donde el docente “deposita” los conocimientos y el modelo participativo, en el cual el “coordinador docente” de la actividad de aprendizaje debe funcionar como garante de la existencia de los insumos para que en este caso los estudiantes lleven a cabo la adquisición de los nuevos saberes. Algunos autores como el Prof. Oscar Giacomantone, llegan a proponer que el docente signifique entonces, “a fly on the wall” o una mosca en la pared haciendo alusión a un posicionamiento secundario en lo referente a la intervención no participante en el espacio áulico, salvo que se descuiden o distraigan los objetivos de la actividad por una mala dinámica del grupo.

En el aprendizaje autodirigido los estudiantes toman la iniciativa para diagnosticar las necesidades de aprendizaje, formular objetivos, identificar recursos, implementar actividades adecuadas y evaluar resultados. Como se basa en los principios de aprendizaje en el adulto, prepara a los estudiantes para el aprendizaje durante toda la vida.

Formación basada en competencias

Las competencias parecen constituir, en la actualidad, una conceptualización y un modo de operar en la gestión de recursos humanos que permite una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación. La competencia es una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos.

El desarrollo o aprendizaje de la competencia se puede hacer a través de la experiencia o de un proceso llamado Formación Basada en Competencias (FBC), caracterizado principalmente porque el insumo ocupacional principal para su diseño es el referencial de competencias. Eso obliga a que su diseño curricular se ordene desde el comienzo en torno a un desempeño. No podría partir, como sucede a menudo con programas de corte academicista, de los contenidos de una disciplina, ni de lo que un grupo de profesores considera que las personas deberían aprender. Para poder demostrar esta o estas competencias: ¿qué conocimientos requiere?, ¿Qué habilidades debe dominar?, ¿Qué actitudes debe tener?

Una clara forma de expresarlo es que no basta que se haga lo correcto (énfasis en la enseñanza de contenidos), ni siquiera que se garantice que el alumno lo haga correctamente (énfasis en habilidades y destrezas), sino que quizás, más que en otros aprendizajes, nuestra especialidad requiere que esté la persona correcta (énfasis en lo actitudinal-valorativa) haciendo lo correcto correctamente.

e. La realidad epidemiológica regional

La imperiosa necesidad de capacitar profesionales de la salud para el primer nivel de atención tiene, como recorrimos más arriba, sólidos fundamentos en la teoría, pero en nuestra realidad se apoya especialmente en la información que la epidemiología ofrece al describir las situaciones de salud enfermedad y las respuestas que el primer nivel podría brindar hoy a los problemas planteados.

Aspectos demostrativos en las diferentes bandas de edad:

- A.- Los niños en riesgo
- B.- Las mujeres y gestantes en riesgo
- C.- Los adultos y ancianos en riesgo

A. Los niños en riesgo:

Aún se muestran elevados los porcentajes de bajo peso al nacer, niños con menos de 2500 grs. y con menos de 1500 grs., es decir bajo peso extremo. Los niños con bajo peso tienen 8 veces más

probabilidades de enfermar y de morir que un niño nacido con peso normal. También tiende a crecer el grupo con peso insuficiente (de 2500 a 2999 grs.). La mortalidad neonatal significa el 60% de las muertes infantiles. El bajo peso es de los principales factores condicionantes de mortalidad neonatal. Según el Centro Latinoamericano de Perinatología (Organización Panamericana de la Salud) las medidas que con mayor impacto podrían contribuir a bajar la mortalidad neonatal, son el control de bajo riesgo obstétrico (36%) y la detección temprana de patologías asociadas con el embarazo (12%), ambas factibles de instrumentar desde una correcta práctica de la Atención Primaria. En total el 55% de las muertes es reductible mediante la correcta práctica de la medicina general.

Aproximadamente el 20% de las madres han tenido 4 o más embarazos y la mayoría de los mismos sin haberlo planificado. Ningún escenario más accesible a las mujeres en edad fértil que su Centro de Salud barrial para recibir asesoramiento y atención.

La tasa de mortalidad infantil fluctuando el 10 por mil, pero perdura una fuerte dispersión entre partidos, lo que hace imprescindible estudiar diferentes formas de abordaje atento a las realidades locales. La mortalidad post-neonatal también tiene una gran posibilidad de reducción, medida hoy en un 56% a través de medidas simples como el diagnóstico y la corrección temprana de la desnutrición, infecciones respiratorias bajas y diarreas agudas.

Las madres menores de 15 años, muestra una mortalidad infantil 6 veces mayor que las de la banda de edad de 30 a 34. Esta situación solo es reversible mediante acciones de promoción que apunten a la pubertad y adolescencia. La mortalidad infantil en madres sin instrucción o con primaria incompleta es entre 15 y 20 veces mayor que la de las madres con nivel terciario o universitario, lo cual exige del sistema de atención una discriminación positiva dispensando el cuidado con criterio de equidad y personalización.

B. Las mujeres y gestantes en riesgo:

Las muertes maternas acontecidas, colocan a nuestro medio por sobre los estándares de deseabilidad. El 86% de las causas de mortalidad materna corresponden al aborto o causas obstétricas directas, situación nuevamente abordable solo desde una práctica educativa continua y la implementación de un programa sostenido de planificación familiar.

Analizando la historia clínica de las púerperas dadas de alta en los hospitales, resulta muy insatisfactorio el nivel de control de bajo riesgo del embarazo, componente principal del aporte sanitario a la salud perinatal. Esto guarda relación con las barreras de accesibilidad que separan a las pacientes de una correcta puerta de entrada al sistema de salud.

C. Los adultos y ancianos en riesgo:

Las cinco principales causas de muerte para el total de edades en la provincia de Buenos Aires son: enfermedades del corazón, tumores, enfermedades infecciosas, patologías cerebrovasculares y causas externas. Estas defunciones presentan en conjunto el 70% del total de las muertes. Todas ellas involucran fuertemente a los factores de riesgo determinados por los estilos y condiciones de vida, cuestiones abordables desde la estrategia de Atención Primaria.

Con respecto a la respuesta que el sistema de salud ofrece a la problemática descrita, no es la adecuada según los parámetros epidemiológicos mencionados. La mayor debilidad se encuentra en los primeros niveles de atención, en términos de modelos de atención y de gestión, así como en la fractura o poca organización de un sistema integrado de referencias en red.

Los factores arriba citados demuestran claramente la necesidad de intervenciones preventivas en la problemática reproductiva, especialmente en adolescentes, los controles sistemáticos en las embarazadas

de bajo riesgo y en los niños, y la planificación de estrategias poblacionales, grupales e individuales promocionales y protectivas para el mejoramiento de los estilos y condiciones de vida. Estos procesos solo pueden ser abordados desde la Atención Primaria, mediante el trabajo de personal capacitado, implementando intervenciones con probada efectividad a nivel local, y no solo a través de la supuesta efectividad de la evidencia construida en otras comunidades con características sociales, económicas o culturales muchas veces muy diferentes.

Particularmente las experiencias internacionales demuestran el rápido y alto impacto epidemiológico de las intervenciones de Atención Primaria sobre todo en el grupo materno infantil, e igualmente contundentes, aunque a más largo plazo, resultan las intervenciones preventivas en las otras bandas de edad. Pero hace falta construir evidencia de lo que la bibliografía internacional ilustra, así como definir modalidades de implementación atentas a la comprobación de la efectividad a nivel local.

f. El desarrollo de la Medicina General en la Argentina.

Los primeros antecedentes de capacitación de post-grado en medicina general fueron las residencias médicas de la provincia de Neuquén y de Olavarría en la provincia de Buenos Aires. La primera se remonta a comienzos de los años 70, se mantiene en la actualidad y se llamó sucesivamente "medicina rural" y "medicina familiar". El programa de la misma es similar a los de la mayoría de las residencias de medicina general del país con acento en la práctica rural como la atención del parto normal y prácticas quirúrgicas que se pueden resolver en hospitales de segundo nivel. En Olavarría, en cambio, como en las demás residencias actuales de la Provincia de Buenos Aires, si bien se capacitan los residentes en prácticas quirúrgicas de segundo nivel, la actividad abarca las especialidades clínicas y prácticas quirúrgicas en el primer nivel. Esta experiencia de Olavarría ha de tenerse en cuenta especialmente a partir de los destacados logros presentados por las autoridades sanitarias en el Primer Seminario de Promoción de la Salud realizado en la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata en diciembre de 2004, los cuales fueron atribuidos especialmente a la captación de los egresados del sistema de residencias por el primer nivel de salud municipal.

En 1984, muchos de los nuevos gobiernos democráticos de las provincias, crean las Residencias de Medicina General. Entre ellos, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires constituye más de 20 residencias en distintos lugares del conurbano e interior, muchas de las cuales se mantienen en la actualidad. En este mismo año surgen las dos asociaciones que nuclean a quienes eligieron la especialidad de Medicina General y de Medicina Familiar: la Asociación Argentina de Medicina General (AAMG), entidad hoy de alcance nacional, con entidades miembros en varias provincias, y la Asociación Argentina de Medicina Familiar (AAMF), en Capital Federal y varias provincias. A partir de la creación de estas entidades, y siguiendo las experiencias de otros países, se fue desarrollando el cuerpo teórico de formación que sustenta la especialidad, la cual fue aprobada por el Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires en 1987. Esta actitud fue seguida posteriormente por muchas otras provincias, hasta que finalmente en 1994 se logró el reconocimiento nacional de la especialidad por parte del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Uno de los motivos que llevaron a la aparición de las residencias de medicina general fue el reconocimiento de la insuficiente práctica que tenían los egresados universitarios, ya que desde hacía años tanto la opinión pública como los ámbitos universitarios criticaban la práctica médica, fragmentada, que no daba respuesta a las necesidades de salud de la población. Los comienzos de esta residencia fueron muy difíciles, ya que, si bien estaba la necesidad de cambio, no estaban claros los objetivos de formación. Los especialistas lineales criticaron duramente la residencia de medicina general, calificándola con términos tales como "todología" o "derivología". Fueron los residentes mismos los que comenzaron a buscar la esencia de esta especialidad: enmarcaron los objetivos de la práctica médica dentro de los contenidos de la salud pública, al definir un

concepto de salud consustanciado con la atención primaria de la salud, definieron como campo de trabajo del médico generalista el primer nivel de atención de la salud, y sobre todo fue determinante la búsqueda de formación en los lugares de ejercicio profesional al egreso. Al comenzar a concurrir a los Centros de Salud, resultó fundamental el conocimiento y la participación de la comunidad en la definición de los problemas de salud, de modo que el diagnóstico de salud comunitario y el trabajo del equipo interdisciplinario enriquecieron su formación.

Esta síntesis entre la teorización y la práctica profesional correspondiente dio origen en 1987-1988 al programa de la residencia de medicina general producido por la Regional Buenos Aires de la Asociación Argentina de Medicina General, del que participaron gran cantidad de instituciones públicas y universitarias, y que delimita el cuerpo teórico que sustenta la especialidad. Este camino llevó a consensuar en 1994 lineamientos generales para un programa nacional de residencias y a conformar una comisión permanente de revisión del programa. Desde entonces la práctica de los egresados, la especialidad, los programas de capacitación permanente, la continuidad de las residencias, consolidan cada vez más esta especialidad. En el mismo año, el Ministerio de Salud de la Nación, con el apoyo del BIRF Y PNUD, produce un documento promoviendo la capacitación en Medicina General como una estrategia para la reconversión de residencias y los recursos humanos del sector salud.

Por su parte, la Asociación Argentina de Medicina Familiar, ligada desde su origen al CIMF, ha organizado Congresos nacionales e internacionales de la especialidad: precisamente el segundo Congreso Argentino de Medicina Familiar, en 1986, fue organizado y realizado en la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata. Esta Asociación estimuló y facilitó el desarrollo de servicios de Medicina Familiar y programas de Residencia de esta especialidad en los siguientes Hospitales Asociados a la Facultad de Medicina de Buenos Aires: CEMIC (1984), Hospital Francés (1988), Hospital Italiano (1989), Hospital de la Comunidad de Mar del Plata (1993), y Hospital Naval de Buenos Aires (1997). Además de las residencias del Hospital Alvarez (Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires) en 1995, y en OSPeCon en Rosario, Córdoba y Mendoza (1997). El perfil de estos residentes es diferente, con más énfasis en la clínica, la dinámica familiar y la epidemiología clínica en su formación.

En cuanto a la educación médica en Medicina General y Familiar, la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires decidió la incorporación de la materia en el pregrado médico, primero como materia optativa en el Plan B de la Facultad de Medicina (1992), luego como un Departamento de Medicina Familiar (1995), y este año, por Resolución 4685/96 del Rectorado, se decide reemplazar todas las horas del programa curricular obligatorio denominado MAP (Módulo de Atención Primaria), por las asignaturas Medicina Familiar 1 y 2. En la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, desde 1985 la Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad desarrolla una experiencia curricular orientada hacia la formación del médico general para la atención primaria de la salud, aunque faltan completar en el resto de la carrera los aspectos clínicos de esta orientación. Es importante destacar que, si bien ya existen algunos programas de formación de posgrado en la especialidad, no existen todavía suficientes Universidades argentinas dando respuesta de posgrado con título universitario en la especialidad.

La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, que desde 1985 viene produciendo cambios curriculares de pregrado orientados a la formación de un perfil profesional con mayor aptitud para la atención primaria, en 1996 decidió iniciar la formación de posgrado en Medicina General Familiar, Para ello, por Resolución 1094/96 del Decano de la Facultad, se constituyó una Comisión de Trabajo para elaborar el Anteproyecto de Creación de la Carrera de Especialización en Medicina General Familiar, integrada por Profesores de varias Cátedras y Departamentos de la Facultad y por representantes del Colegio de Médicos

de la Provincia de Buenos Aires y de las dos asociaciones científicas de la especialidad: la Asociación Argentina de Medicina Familiar y la Asociación Argentina de Medicina General (Regional Buenos Aires).

La Escuela Superior de Medicina de la UNMDP se encuentra hoy en un momento óptimo y estratégico, ajustado cronológicamente a las perspectivas, para iniciar esta especialización de posgrado. Una plétora de docentes, con vocación de promover profesionales con orientación en atención primaria, se encuentran trabajando en la formación de grado, y al momento de la concreción de los primeros egresos se debe disponer de una carrera propia que permita profundizar el perfil generalista de los egresados de manera sistemática. Para entonces, gran parte del actual cuerpo docente con enorme recorrido en Medicina General Familiar será atinado hayan ya terminado sus carreras de especialización y así constituirse en cuerpo docente de la entonces carrera de especialización dictada y dirigida por el propio equipo que participa de la carrera de grado.

2.1.2. Denominación de la Carrera: Especialización en MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR

2.1.3. Denominación del Título a otorgar: Especialista en MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR

2.2. Objetivos de la carrera:

Especializar médicos en Medicina General y Familiar como profesionales con alta calidad científica y humana, capaces de realizar cuidado y atención médica integral y continua de individuos, familias, comunidades y el ambiente, con bases conceptuales acordes a la Estrategia de APS y que puedan aportar al desarrollo de un campo de saberes y prácticas puestos al servicio de las necesidades de salud de la comunidad. Debe poseer conocimientos sólidos de la epidemiología nacional y regional, y con habilidades para la resolución inmediata de las urgencias más frecuentes y las condiciones de traslado de aquellas que no puedan darle solución; todo ello unido a una excelente comunicación que permita establecer una buena relación médico paciente y una conducta ético moral de excelencia.

El egresado de la carrera tendrá el perfil médico propio de la Especialidad, y por lo tanto habrá adquirido las competencias profesionales que le permitan abordar los problemas de salud desde el punto de vista individual, familiar y colectivo-comunitario. Ha de tener un enfoque integral, o sea biopsicosocial ante la situación abordada en un sujeto; dispondrá de las herramientas derivadas del estudio de la estructura y dinámica de la familia y de bases conceptuales de epidemiología y salud pública para asumir la situación desde lo colectivo. Estará imbuido de un fuerte énfasis en lo promo-preventivo, pero también en los aspectos que hacen a la detección temprana, el tratamiento oportuno y cuando quepa, asesorar para la rehabilitación.

Constituye asimismo un propósito central el contribuir a mejorar el Sistema de Salud mediante el desarrollo y fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Por otro lado, esta carrera a desarrollarse en la Escuela Superior de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata, permitirá capacitar y/o profundizar las competencias y saberes de los docentes médicos de la ESM de acuerdo al perfil del Plan de Estudio de la carrera de grado.

2.3. Características Curriculares de la carrera:

En las Especializaciones Médicas se reconocen dos tipos de carreras: a) Asistenciales (aquellas que impliquen una práctica directa sobre las personas) y b) No Asistenciales.

Esta Especialización sería del tipo Asistencial. Para poder garantizar una formación práctica y suficiente del especialista de la Salud, este tipo de carrera debe estar asociada a una instancia de participación activa y supervisada.

2.3.1.: Requisitos de ingreso:

- a) Será indispensable poseer el título habilitante de Médico (o denominación equivalente) expedido por universidad argentina, reconocida por el Ministerio de Educación de la Nación, o extranjera, de países que tengan convenios con la República Argentina. En caso contrario se requerirá la reválida del título.
- b) Matrícula habilitante
- c) Seguro de mala praxis y accidentes de trabajo, certificado de vacunas y certificado de buena salud
- d) No tener sanciones éticas.

El procedimiento de selección consta de evaluación de antecedentes y una entrevista personal a cargo del Comité Académico de la carrera.

2.3.2.: Requisitos específicos de permanencia y promoción, académicos y administrativos:

Permanencia y promoción:

Se prevé la cursada en 3 (tres) años, por lo que la regularidad y permanencia se desprenderán académicamente del cumplimiento de las correlatividades previstas en el Plan de Estudio.

Las asignaturas son anuales y se promocionan a través de:

- 1.- Evaluación continua: de parte del tutor docente **en servicio** en cada una de las rotaciones;
- 2.- Evaluación periódica parcial **teórico-práctica** en cada una de las asignaturas.

Para presentarse a las evaluaciones el estudiante deberá acreditar un presentismo mayor o igual al 70 % en las actividades académicas propuestas.

3.- La construcción de conocimientos en el desarrollo de la práctica asistencial, será a través de la adquisición de competencias. Esto implica un proceso de construcción gradual y sistematizado, donde el profesional comienza por conocer las bases teóricas de cada competencia, para luego asistir como ayudante al desarrollo de ellas y consecutivamente erigirse como ejecutor asistido y sin asistencia, completando así la adquisición fehaciente de cada una de ellas. La construcción óptima se emplaza en la instancia en la que el profesional cursante puede enseñar esas competencias a sus pares, logrando como docente de competencias el máximo nivel de desarrollo como profesional especialista. El marco teórico y la construcción de lo expresado se detallan en el Anexo IV.

Del Trabajo Final: La carrera de Especialización culmina con la presentación y aprobación de un trabajo final individual de carácter integrador con defensa oral del mismo de acuerdo a lo normado en el artículo 12 del Reglamento de la Carrera. El formato de este trabajo podrá ser un proyecto, estudio de caso, ensayo, informe de trabajo de campo u otro que permita evidenciar la integración de aprendizajes realizados en el proceso formativo. El trabajo final será elaborado bajo la supervisión de un tutor docente.

2.3.3.: Localización de la carrera: la carrera tendrá sede administrativa en la Escuela Superior de Medicina. El centro formador donde se desarrollará la práctica profesional supervisada será el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar E. Alende".

2.3.4: El Plan de Estudio será estructurado.

2.3.5: Asignaturas y modalidad de cursada:

Las asignaturas serán anuales y presenciales. Se establecen 48 (cuarenta y ocho) semanas de clase.

Las asignaturas tendrán actividades de integración teórico-prácticas y actividades de formación práctica en servicio.

a) Las *actividades de integración teórico-prácticas*, se llevarán a cabo en espacios áulicos del Centro Formador (HIGA Dr. Oscar E. Alende), de la sede de la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP y del Ámbito Complementario de Formación Práctica (Servicio de Pediatría del Hospital Interzonal especializado Materno Infantil Dr. Victorio Tetamanti).

Se considera, a priori, esencial explicitar el posicionamiento en torno a la importancia de orientar las actividades hacia modalidades participativas de construcción de conocimientos y a la riqueza del espacio interdisciplinario. Serán estrategias didácticas y metodológicas: la problematización, aprendizaje basado en problemas, conversatorios, talleres, presentación de casos, descubrimiento guiado, videos debate, foros de planificación local de trabajos de campo, seminarios de investigación, ateneos médicos, descubrimientos guiados, entre otras.

Los estudiantes recibirán formación e información por parte de docentes con trayectoria en la disciplina.

b) Las **actividades de formación práctica** en servicio se componen de actividades asistenciales, rotaciones y actividades intensivas.

Las actividades asistenciales, deberán asegurar la adquisición de las competencias en todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, preventivos o de rehabilitación propios de la especialidad.

Las rotaciones por servicios de atención médica constituyen una oferta formativa que profundiza el aprendizaje en un conjunto de prácticas con cierto nivel de especificidad y que complementan la oferta del servicio responsable de la formación.

Las actividades intensivas, implica el seguimiento de pacientes, actividades comunitarias, recepción y resolución de situaciones críticas como, por ejemplo, guardias médicas.

Por tratarse de una especialidad con contenido asistencial, el escenario de aprendizaje en servicio será el espacio de atención de todas las bandas de edad en el Centro Formador HIGA Dr. Oscar E. Alende, los consultorios de Medicina General del propio establecimiento y el **Ámbito Complementario de Formación Práctica**.

Los servicios en los cuales se desarrollarán las actividades prácticas en el Centro Formador son Clínica Médica, Tocoginecología y Emergencias.

Cabe aclarar que algunas prácticas que se realizan en el marco de la emergencia, pueden ser consideradas intervenciones quirúrgicas de baja complejidad y, sería en esos casos, donde el Servicio de Cirugía puede constituirse en escenario de aprendizaje

En el **Ámbito Complementario de Formación Práctica**, las actividades se desarrollarán en el servicio de Pediatría.

Cronograma anual de las actividades de formación práctica:

Las prácticas que a continuación se detallan, por año y complejidad creciente de adquisición, se corresponden a las asignaturas dictadas en cada año lectivo.

Primer año de Especialización

En el primer año tendrá planificadas actividades asistenciales, comunitarias y de gestión de un equipo de salud interdisciplinario y será capaz de desarrollar sus actividades en los consultorios externos del Centro Formador y del **Ámbito Complementario de Formación Práctica**, en una comunidad definida territorialmente. Todas las actividades serán supervisadas por un docente tutor.

Desarrollará las siguientes actividades: compartirá la actividad de consultorio con el docente tutor; junto al mismo elaborará historias clínicas familiares y demás registros del sistema de información en salud; realizará visitas domiciliarias; se integrará a reuniones de equipo, análisis socio – epidemiológicos, actividades comunitarias y prácticas en educación popular en salud.

Realizará una guardia semanal (práctica intensiva) en un servicio de urgencias y emergencias del Centro Formador. Participará en talleres coordinados por el docente tutor para analizar la práctica cotidiana desde las perspectivas clínicas y comunitarias. Deberá confeccionar un ASIS (Análisis de la Situación de Salud) de la Comunidad y presentar la propuesta de proyecto final de Carrera.

Segundo año de Especialización

En el segundo año se realizarán prácticas en el Centro Formador y en sus consultorios de Medicina General Familiar, con grados de responsabilidad y autonomía crecientes respecto de su población a cargo. Participará de las actividades del equipo de salud y de las actividades comunitarias programadas en el área programática de responsabilidad.

Realizará una guardia semanal (práctica intensiva) en un servicio de urgencias y emergencias del Centro Formador y del Ámbito Complementario de Formación Práctica (para adultos, gestantes y pediátricos). Participará en talleres coordinados por el docente tutor para analizar la práctica cotidiana desde las perspectivas clínicas y comunitarias. Deberá elaborar un informe de avance del proyecto de trabajo final de la Carrera.

Tercer año de Especialización

En el tercer año realizará prácticas de consultorio de medicina general familiar y comunitaria con mayor autonomía, seguimiento de familias o de un sector de la comunidad y participará de las reuniones de equipo, de la planificación comunitaria local y compartirá tareas de gestión con el docente tutor.

Realizará una guardia semanal (práctica intensiva) en un servicio de urgencias y emergencias del Centro Formador (para adultos, gestantes y pediátricos). Participará en los talleres en el análisis de los problemas derivados de la práctica cotidiana y en el proceso de planificación local de la comunidad del área programática. Se garantizará la elaboración y presentación del trabajo final de la Carrera.

A partir de la formación integral, considerada un atributo central de la carrera, el desarrollo de las asignaturas se programa de manera simultánea. Por ello se dispondrá de un desarrollo de profundidad y complejidad creciente a lo largo de toda la carrera, propiciando la integración de los saberes provenientes de cada campo del conocimiento.

Esto permite que se produzca una experiencia acumulativa de los aspectos biopsicosociales, tanto al momento de la práctica clínica individual del cursante como en los espacios en que participa de actividades dirigidas a los colectivos.

Áreas Temáticas

Las asignaturas serán agrupadas en dos Áreas Temáticas: Salud de Colectivos (SC), resulta del abordaje integral de la familia y la comunidad, y Salud de la Persona (SP), resulta del abordaje integral de la salud de la persona en las diferentes etapas del ciclo vital individual.

Se contemplan veinticuatro (24) asignaturas distribuidas en dos áreas, a saber:

Salud de colectivos (SC): Asignaturas

- a) Marco conceptual de la Medicina General y Familiar y de la Ética y Deontología Profesional I, II y III;
- b) Salud Pública y Medicina Comunitaria I, II y III;
- c) Salud mental y familia I, II y III;
- d) Modelos organizacionales para la implementación de la Medicina General y Familiar I, II y III.

Salud de la persona (SP): Asignaturas

- a) Cuidado de la salud de la mujer y la gestante I, II y III;
- b) Cuidado de la salud del niño y el adolescente I, II y III;
- c) Cuidado de la salud del adulto y el adulto mayor I, II y III;
- d) Registros, informática e investigación sobre la práctica diaria I, II y III.

El siguiente cuadro representa detalle del plan de estudio de la carrera:

PRIMER AÑO

<i>Cód.</i>	<i>Área</i>	<i>Asignatura</i>	<i>Periodo de cursada</i>	<i>Integración T-P Carga Horaria Semanal</i>	<i>Formación Práctica Carga Horaria Semanal</i>	<i>Carga Horaria Total Anual</i>	<i>Correlatividades</i>
SC11	SC	Marco Conceptual de la Medicina General y Familiar I	Anual	1	5	288	-
SC12	SC	Salud Pública y Medicina Comunitaria I	Anual	1	5	288	-
SC13	SC	Salud Mental y Familia I	Anual	1	3	192	-
SC14	SP	Modelos Organizacionales para la implementación de la Medicina General y Familiar I	Anual	1	-	48	-
SP15	SP	Atención y Cuidado de la Salud de la Mujer y la Gestante I	Anual	1	5	288	-
SP16	SP	Atención y Cuidado de la Salud del Niño y el Adolescente I	Anual	1	5	288	-
SP17	SP	Atención y Cuidado de la Salud del Adulto y el Adulto Mayor I	Anual	1	5	288	-
SP18	SP	Registros, Informática e Investigación sobre la Práctica Diaria I	Anual	1	-	48	-
Total horas semanales del Plan según Tipo de Actividad				8	28		
Total horas anuales del Plan según Tipo de Actividad				384	1344	1728	

SEGUNDO AÑO

<i>Cód.</i>	<i>Área</i>	<i>Asignatura</i>	<i>Periodo de cursada</i>	<i>Integración T-P Carga Horaria Semanal</i>	<i>Formación Práctica Carga Horaria Semanal</i>	<i>Carga Horaria Total Anual</i>	<i>Correlatividades</i>
SC21	SC	Marco Conceptual de la Medicina General y Familiar II	Anual	1	5	288	SC11
SC22	SC	Salud Pública y Medicina Comunitaria II	Anual	1	5	288	SC12
SC23	SC	Salud Mental y Familia II	Anual	1	3	192	SC13
SC24	SP	Modelos Organizacionales para la implementación de la Medicina General y Familiar II	Anual	1	-	48	SC14
SP25	SP	Atención y Cuidado de la Salud de la Mujer y la Gestante II	Anual	1	5	288	SP15
SP26	SP	Atención y Cuidado de la Salud del Niño y el Adolescente II	Anual	1	5	288	SP16
SP27	SP	Atención y Cuidado de la Salud del Adulto y el Adulto Mayor II	Anual	1	5	288	SP17
SP28	SP	Registros, Informática e Investigación sobre la Práctica Diaria II	Anual	1	-	48	SP18
Total horas semanales del Plan según Tipo de Actividad				8	28		
Total horas anuales del Plan según Tipo de Actividad				384	1344	1728	

TERCER AÑO

<i>Cód.</i>	<i>Área</i>	<i>Asignatura</i>	<i>Periodo de cursada</i>	<i>Integración T-P Carga Horaria Semanal</i>	<i>Formación Práctica Carga Horaria Semanal</i>	<i>Carga Horaria Total Anual</i>	<i>Correlatividades</i>
SC31	SC	Marco Conceptual de la Medicina General y Familiar III	Anual	1	5	288	SC21
SC32	SC	Salud Pública y Medicina Comunitaria III	Anual	1	5	288	SC22
SC33	SC	Salud Mental y Familia III	Anual	1	3	192	SC23
SC34	SP	Modelos Organizacionales para la implementación de la Medicina General y Familiar	Anual	1	-	48	SC24
SP35	SP	Atención y Cuidado de la Salud de la Mujer y la Gestante III	Anual	1	5	288	SP25
SP36	SP	Atención y Cuidado de la Salud del Niño y el Adolescente	Anual	1	5	288	SP26
SP37	SP	Atención y Cuidado de la Salud del Adulto y el Adulto Mayor III	Anual	1	5	288	SP27
SP38	SP	Registros, Informática e Investigación sobre la Práctica Diaria III	Anual	1	-	48	SP28
Total horas semanales del Plan según Tipo de Actividad				8	28		
Total horas anuales del Plan según Tipo de Actividad				384	1344	1728	

REQUISITOS CURRICULARES OBLIGATORIOS

<i>Cód.</i>	<i>Área</i>	<i>Asignatura</i>	<i>Periodo de cursada</i>	<i>Integración T-P Carga Horaria Semanal</i>	<i>Formación Práctica Carga Horaria Semanal</i>	<i>Carga Horaria Total Anual</i>	<i>Correlatividades</i>
PI01	SP	Práctica Intensiva I	Anual	-	12	576	-
PI02	SP	Práctica Intensiva II	Anual	-	12	576	PI01
PI03	SP	Práctica Intensiva III	Anual	-	12	576	PI02
Total horas semanales del Plan según Tipo de Actividad						36	
Total horas anuales del Plan según Tipo de Actividad						576	
Carga horaria total trianual según Tipo de Actividad						1728	

CARGA HORARIA PLAN DE ESTUDIOS

Año	Integración T-P	Formación Práctica	Requisitos curriculares	Total
Primero	384	1344	576	2304
Segundo	384	1344	576	2304

Tercero	384	1344	576	2304
Carga horaria total del Plan de Estudio (3 años)	1152	4032	1728	6912

2.3.6. Contenidos Mínimos de las Asignaturas:

Cód.	ASIGNATURA	CONTENIDOS MINIMOS
SC11	Marco conceptual de la Medicina General y Familiar I	Desarrollo histórico de la Medicina General y Familiar (MGF). Perfil profesional del médico generalista. Ética y deontología profesional. Proyecto de Tesis: etapas y elaboración.
SC12	Salud Pública y Medicina Comunitaria I	La nueva Salud Pública. La Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Análisis ASIS.
SC13	Salud mental y familia I	Definiciones de familia y estructuras familiares actuales. Dinámica familiar y el rol del MGF en las crisis vitales.
SC14	Modelos organizacionales para la implementación de la Medicina General y Familiar I	La inserción del MGF en los servicios de salud. La producción social de salud y la participación comunitaria.
SP15	Cuidado de la salud de la mujer y la gestante I	Educación sexual y procreación responsable. Cuidados pre concepcionales. Análisis de prácticas cotidianas. Buenas prácticas. Ética
SP16	Cuidado de la salud del niño y el adolescente I	Abordaje integral del recién nacido. El cuidado del niño lactante. Análisis de prácticas cotidianas. Buenas prácticas. Ética
SP17	Cuidado de la salud del adulto y el adulto mayor I	Controles periódicos de salud. Las enfermedades crónicas no transmisibles. Análisis de prácticas cotidianas. Buenas prácticas. Ética
SP18	Registros, informática e investigación sobre la práctica diaria I	Sistemas de registro en MGF e Historia clínica familiar orientada a problemas.
SC21	Marco conceptual de la Medicina General y Familiar II	La MGF y su contribución como garante del Derecho a la Salud. Valores éticos del MGF. Avance en la elaboración de proyectos.
SC22	Salud Pública y Medicina Comunitaria II	La APS- Territorial y la APS-renovada. Bases de Epidemiología en salud y enfoque poblacional
SC23	Salud mental y familia II	Semiología familiar. Semiología individual en Salud Mental.
SC24	Modelos organizacionales para la implementación de la Medicina General y Familiar II	El MGF como puerta de entrada a la red de servicios. El médico rural.
SP25	Cuidado de la salud de la mujer y la gestante II	Cuidado de la mujer gestante. Abordaje integral de los problemas de salud en la mujer.
SP26	Cuidado de la salud del niño y el	Seguimiento de la etapa preescolar. El desafío de la

	adolescente II	edad escolar.
SP27	Cuidado de la salud del adulto y el adulto mayor II	Tabaquismo y otras adicciones frecuentes. Abordaje integral del adulto
SP28	Registros, informática e investigación sobre la práctica diaria II	Bases de datos en Atención Primaria. Herramientas básicas de programas bioestadísticos.
SC31	Marco conceptual de la Medicina General y Familiar III	Sectorización y la escala local como escenario. La Deontología y el compromiso social del profesional. Trabajo final.
SC32	Salud Pública y Medicina Comunitaria III	Bases de Demografía y Estratificación social en salud. Estadísticas poblacionales: Morbilidad y Mortalidad poblacional general y específica
SC33	Salud mental y familia III	Problemas habituales en Salud Mental y en enfoque familiar
SC34	Modelos organizacionales para la implementación de la Medicina General y Familiar III	La medicina interna general y los servicios de guardia. Experiencias exitosas en la Argentina y el mundo
SP35	Cuidado de la salud de la mujer y la gestante III	Abordaje de enfermedades en la mujer. Niveles de prevención del cáncer génito mamario
SP36	Cuidado de la salud del niño y el adolescente III	Seguimiento y abordaje integral del adolescente. La problemática de la adolescencia
SP37	Cuidado de la salud del adulto y el adulto mayor III	Abordaje integral del adulto mayor. Depresión y demencias.
SP38	Registros, informática e investigación sobre la práctica diaria III	Soporte para seguimiento de nuestros pacientes y el cuidado de nuestra comunidad. Investigación en servicio.
PI01	Práctica Intensiva I	Práctica Intensiva en servicios de urgencia y emergencia. Observación y análisis. Atención y cuidado.
PI02	Práctica Intensiva II	Práctica intensiva en un servicio de urgencias y emergencias del Centro Formador (para adultos, gestantes y pediátricos). Atención y cuidado.
PI02	Práctica Intensiva III	Práctica intensiva en un servicio de urgencias y emergencias del Centro Formador (para adultos, gestantes y pediátricos). Tareas de supervisión y atención.

2.3.7. Propuesta de seguimiento curricular: se prevé la realización posterior a cada evaluación de promoción anual de una encuesta autoadministrada para ser respondida por los participantes estudiantes y el equipo docente y tutores. La misma está destinada a evaluar la calidad y pertinencia de las actividades, el desempeño del equipo docente en los aspectos de contenidos, la didáctica y los materiales en general, incluidos la bibliografía.

3. CARGA HORARIA TOTAL

La carga horaria total de la carrera es de 6912 horas reloj. De esa carga horaria, 5760 (el 83,33%) corresponden a las 40 horas semanales - para cada uno de los tres años - de actividades de formación

práctica y 1152 (16,67%) corresponden a las 8 horas semanales – para cada uno de los tres años - de actividades de integración teórico-práctica.

4.- CUERPO ACADÉMICO

Para el desarrollo de la Carrera se prevé:

Director/a de Carrera: uno (1)

Vicedirector/a de Carrera: uno (1)

Comité Académico: conformado por tres (3) miembros.

Cuerpo Docente: conformado por docentes de la especialidad o especialidades afines.

Para cada cohorte, el cuerpo docente estará integrado mayoritariamente por docentes e investigadores de la UNMDP con título igual o superior al de Especialista, que estarán a cargo de las asignaturas según su especialidad, asegurando el nivel académico que reviste esta carrera.

5.- ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA VINCULADAS A LA CARRERA

La Escuela Superior de Medicina ha sido creada recientemente y se encuentra dictando el segundo año de la carrera, estando en proceso de construcción y regularización.

Sin embargo, teniendo en cuenta el interés y compromiso puesto de manifiesto por los miembros de la escuela en involucrarse y desarrollar líneas y proyectos de investigación, es que se ha impulsado la creación de dos Grupos de Investigación aprobados por el Consejo Superior en sesión ordinaria N° 9 del día 22 de noviembre de 2018:

- “*Estudios epidemiológicos en enfermedades crónicas no transmisibles*”, (RR N° 812/18) bajo la dirección del doctor Guillermo MACÍAS. Este grupo tiene como propósito contribuir al avance del conocimiento epidemiológico mediante la realización de investigaciones de alta calidad en el ámbito de las ECNT, dirigidas especialmente a mejorar el estado de salud de la población residente en el partido de General Pueyrredon. En el marco de la Convocatoria 2019 para Proyectos de Investigación de la Universidad, se acreditó el proyecto “*Análisis de la Mortalidad por Cáncer en el Partido de General Pueyrredon, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Epidemiología y tendencia temporal, período 1980 – 2016*”.
- “*Salud Socioambiental*”, (RR N° 818/18) bajo la dirección de la doctora Andreína CÉSARI. Este grupo tiene inicialmente como propósito desarrollar dos líneas principales de investigación: Estudios sobre el cáncer en el Partido de General Pueyrredon, Detección y protección de la Resistencia Antimicrobiana, Agro – pesticidas y salud medioambiental, Agro tóxicos y su relación con la fertilidad, Genotoxicidad de tóxicos ambientales y Biomarcadores bioquímicos.

6.- INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

- Infraestructura

Sede de calle Ayacucho 3537 de la Escuela Superior de Medicina:

- Espacios áulicos de formación.
- Laboratorio de Morfofisiología.
- Laboratorio de Microscopía.
- Laboratorio de Habilidades Clínicas.
- Sala de profesores.
- Oficinas administrativas.
- Anexo Biblioteca

Sede de calle La Rioja 2130 de la Escuela Superior de Medicina.

- Espacios áulicos de formación.

- Sala de Profesores
- Oficinas de atención al público.

Ámbito Complementario de Formación Práctica Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil HIEMI Dr Victorio Tetamanti

Calle Castelli N° 2450

- Consultorios externos y de guardia de Pediatría
- Espacios formativos equipados.
- Sectores diferenciados de atención.

Centro Formador Hospital Regional General de Agudos HIGA Oscar Allende

Calle Juan B. Justo N° 6701

- Consultorios
- Espacios formativos equipados.
- Sectores diferenciados de atención.

- Equipamiento:

Equipos de proyección multimedia en todas las sedes de la ESM, PC y pantallas interactivas en la sede de calle Ayacucho 3537

Equipamiento propio de cada Laboratorio.

Equipamiento propio del Centro Formador

Equipamiento propio del Ámbito Complementario de Formación Práctica

-Recursos bibliográficos:

Se dispone de los siguientes accesos a consulta bibliográfica:

Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata en su Edificio Central

Hemeroteca de la Universidad Nacional de Mar del Plata en su Edificio Central

Anexo ubicado en sede de la Escuela Superior de Medicina de calle Ayacucho 3537.

Convenio con Biblioteca del Hospital Privado de Comunidad (HPC)

Convenio con Biblioteca del Centro Médico

7.- SUSTENTABILIDAD DE LA CARRERA

7.1 Presupuesto estimado y financiación propuesta

PRESUPUESTO DE COSTOS

I-	DIRECTOS MONTOS TOTALES	MONTOS	TOTALES
1	Personal Docente		----
	1.1. Contratos de Servicios No Locales		
	1.2. Contratos de Servicios Locales		
	1.3. Tutorías de Tesis y taller		
2	Dirección y Vicedirección		----
	2.1. Dirección		
	2.2. Vicedirección		
3	Movilidad y viáticos (de docentes y tutores)		\$180.000
	3.1 Pasajes (costos aproximados por 3 años)	\$30.000 por año	\$90.000
	3.2 Viáticos (costos aproximados por 3 años)	\$30.000 por año	\$90.000
4	Insumos		\$310.000
	4.1 Material bibliográfico		\$150.000

	4.2 Servicios de fotocopias e impresión		\$20.000
	4.3 Insumos para administración		\$20.000
	4.4 Insumos médicos y sanitarios		\$120.000
	TOTAL COSTOS DIRECTOS		\$490.000,00
II	INDIRECTOS		\$0,00
	2.1 Estructura funcional de la Escuela Superior de Medicina	\$0	\$0
	2.2 Otros	\$0	\$0
	TOTAL DE COSTOS		\$490.000
III	RESUMEN DE INGRESOS		
	3.1 ARANCELES		
	Por año: \$1000 x 11 cuotas x 15 alumnos		\$165.000
	Por cohorte (3 años)		\$495.000
	TOTAL A RECAUDAR POR COHORTE		\$495.000

ANÁLISIS DE COSTOS

1	COSTO TOTAL POR ALUMNO	
	1.1 Costo total	\$490.000
	1.2 Cantidad total de estudiantes cursantes	15
	1.3 Costo total por estudiante	\$32.666
2	COSTO TOTAL	
	2.1 Costo mensual (\$490.000 / n° de meses: 33)	\$14.848,50
	2.2 Costo mensual por estudiante (\$32.666 / n° de meses: 33)	\$990
3	ARANCEL RESULTANTE	
	Objetivo de financiación parcial	\$1000

8.- CONVENIOS:

Se han establecido compromisos para la firma de convenios específicos entre la Universidad Nacional de Mar del Plata y el Ministerio de Salud de la Provincia para la realización de la práctica profesional en el Centro Formador Hospital Interzonal General de Agudos HIGA Oscar Alende y el Ámbito Complementario de Formación Práctica Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Dr. Victorio Tetamanti.

ANEXO II DE LA RESOLUCIÓN DE RECTORADO N° 3515
REGLAMENTO DE LA CARRERA

ARTÍCULO 1°: La Carrera de Posgrado de especialización estará organizada de acuerdo a las pautas establecidas en la Ordenanza de Consejo Superior N° 600/14, así como por las normas que establezca el presente Reglamento.

ARTÍCULO 2°: La Dirección de la Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina General y Familiar estará a cargo de un Director y un Vice-Director que serán designados por el Consejo Directivo de la Escuela Superior de Medicina, a propuesta del Director de la Escuela Superior de Medicina. El/la directora/a será responsable de la conducción, planificación, ejecución y avance del presente posgrado. Tanto Director/a como Vicedirector/a, deberán poseer título de posgrado, trayectoria y experticia en la Especialidad.

ARTÍCULO 3°: Funciones de la Dirección y la Vicedirección

Serán funciones del Director/a de la Carrera:

- a) Elaborar y elevar para su aprobación por el Consejo Directivo de la Escuela Superior de Medicina la propuesta del Plan de Estudios y demás cuestiones atinentes al régimen académico específico de la carrera.
- b) Proponer al Consejo Directivo de la Escuela las designaciones del cuerpo docente de la carrera.
- c) Evaluar y elevar para su aprobación por el Consejo Directivo de la Escuela las solicitudes de admisión de los aspirantes a cursar la carrera.
- d) Evaluar y elevar para su aprobación por el Consejo Directivo de la Escuela las solicitudes de equivalencias, otorgamiento de carga horaria y eventualmente de UVACs, así como excepciones a la normativa vigente en materia de admisión.
- e) Evaluar y elevar para su aprobación por el Consejo Directivo de la Escuela las propuestas de trabajo final integrador individual y de los respectivos tutores.
- f) Elevar para su aprobación por el Consejo Directivo de la Escuela la propuesta de los evaluadores para la defensa oral del trabajo final integrador.
- g) Elevar para su aprobación por el Consejo Directivo de la Escuela propuestas de convenio con otras instituciones en relación con el desarrollo de la carrera y/o las prácticas en servicio.
- h) Asesorar en todas las cuestiones relacionadas con la carrera, cuando le fuere solicitado por las autoridades de la Escuela Superior de Medicina.
- i) Proponer a la Dirección de la Escuela Superior de Medicina las fechas de llamado a inscripción y turnos de examen.

Serán funciones del Vicedirector/a de la Carrera:

- a) Asistir a la Dirección en sus funciones y colaborar desarrollando las gestiones que éste le asigne.
- b) Reemplazar al Director/a en caso de ausencia temporaria o permanente.

ARTÍCULO 4°: El Comité Académico de la Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina General y Familiar será designado por el Consejo Directivo a propuesta del Director de la Escuela Superior de Medicina, y estará compuesto por al menos tres (3) miembros. Los miembros del Comité deberán poseer título de posgrado en disciplinas y especialidades afines a la carrera. Durarán en sus funciones hasta cuatro (4) años, pudiendo ser redesignados por hasta dos períodos consecutivos de la misma duración.

ARTÍCULO 5°: Serán funciones del Comité Académico de la Carrera de Especialización:

- a) Colaborar con el Director/a en el diseño del Plan de Estudios y demás cuestiones atinentes al régimen académico específico de la carrera.
- b) Asistir al Director/a de la Carrera en la selección de los docentes responsables del dictado de las asignaturas y actividades.
- c) Intervenir en la admisión de los aspirantes a cursar la carrera, estableciendo un orden de prioridad, considerando los requisitos establecidos para el ingreso.
- d) Intervenir en el otorgamiento de equivalencias, carga horaria y excepciones a la normativa vigente en materia de admisión.
- e) Intervenir en la aprobación de los programas presentados por los docentes encargados del dictado de las asignaturas y realización de prácticas.
- f) Intervenir en la aprobación de las propuestas de trabajo final integrador individual y de los respectivos tutores.
- g) Intervenir en la selección y propuesta de integración del tribunal que evaluara los trabajos finales integradores.
- h) Asesorar sobre la gestión y formalización de convenios con otras instituciones en relación con el desarrollo de la carrera.
- i) Proponer al Director/a modificaciones reglamentarias o procedimentales sobre aspectos específicos de la carrera.

ARTÍCULO 6°: El número máximo de plazas anuales autorizadas será el que proponga para cada cohorte el Director/a de la Carrera, conjuntamente con el Comité Académico, de acuerdo a las disponibilidades institucionales.

ARTÍCULO 7°: El llamado a inscripción a la Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina General y Familiar se realizará cada año a propuesta del Director de la carrera.

ARTÍCULO 8°: Requisitos de Ingreso que deben cumplimentar los postulantes:

- a) Será indispensable poseer el título habilitante de Médico (o denominación equivalente) expedido por universidad argentina, reconocida por el Ministerio de Educación de la Nación, o extranjera, de países que tengan convenios con la República Argentina. En caso contrario se requerirá la reválida del título.
- b) Matrícula habilitante
- c) Seguro de mala praxis y accidentes de trabajo, certificado de vacunas y certificado de buena salud
- d) No tener sanciones éticas.

El procedimiento de selección consta de evaluación de antecedentes y una entrevista personal a cargo del Comité Académico de la carrera.

Los aspirantes deberán acreditar el conocimiento idóneo del español en los casos en que éste no sea su primera lengua.

ARTÍCULO 9°: Cada exigencia académica será aprobada en forma individual, respetándose el régimen de correlatividades establecidas en el plan de estudios.

ARTÍCULO 10°: Los turnos de exámenes serán fijados por el Director de la Carrera a propuesta del Comité Académico.

ARTÍCULO 11°: La escala de calificaciones y la confección de actas de exámenes se regirán por las reglamentaciones vigentes.

ARTÍCULO 12°: Del trabajo final

La carrera de Especialización culmina con la presentación y aprobación de un trabajo final individual de carácter integrador con defensa oral del mismo. El formato de este trabajo podrá ser un proyecto, estudio

de caso, ensayo, informe de trabajo de campo u otro que permita evidenciar la integración de aprendizajes realizados en el proceso formativo. El trabajo final será elaborado bajo la supervisión de un tutor docente. Se centrará en el tratamiento de una problemática acotada derivada del campo de la especialidad. El plazo para la presentación del trabajo final es de 12 (doce) meses, una vez finalizadas las actividades curriculares previstas. La presentación formal reunirá las condiciones de un trabajo académico, cumpliendo los siguientes requisitos:

- La máxima extensión del informe escrito es 40 páginas (incluyendo referencias bibliográficas, tablas y gráficos); letra Times New Roman 12; interlineado 1,5; márgenes izquierdo y derecho a 2 cm; márgenes superior e inferior a 2,5 cm, hoja tamaño A4.

La carátula contendrá Datos del alumno (nombre, apellido, cohorte a la que pertenece), título del trabajo, Datos del orientador, fecha de entrega (mes y año).

- Las referencias bibliográficas serán confeccionadas según el sistema de citación Vancouver.

- Deberán entregarse 4 copias escritas anilladas y un CD con copia del trabajo.

- A partir del momento de la entrega del Trabajo Final el Director de la Carrera definirá la conformación del tribunal, que estará compuesto por tres integrantes. Los mismos, en el plazo no mayor a 30 días corridos emitirán (si lo consideran necesario) la valoración inicial del trabajo y solicitarán revisiones o correcciones al autor. El tribunal le otorgará al autor un plazo determinado para presentar el trabajo corregido. Posteriormente se fijará la fecha de la presentación oral, última instancia de evaluación del trabajo final.

- Presentación Oral: para la misma, se otorgará al alumno 20 minutos para la exposición oral del Trabajo, pudiendo contar con recursos audiovisuales para la misma. Posteriormente se brindará tiempo para preguntas y cuestionamiento por parte del tribunal y el público.

- El tribunal que evaluará el trabajo final estará constituido por tres (3) docentes o investigadores que acrediten competencia suficiente en el tema a examinar y serán propuestos por el Comité Académico de la carrera.

- Los miembros del tribunal evaluarán el trabajo final escrito, mediante dictamen debidamente fundado, y su aprobación -previa exposición oral-, será por mayoría.

ARTÍCULO 13°: Régimen disciplinario: se regirá por las reglamentaciones vigentes en la Universidad.

ARTÍCULO 14°: La Carrera de Especialización en Medicina General y Familiar se financiará parcialmente mediante el cobro de aranceles estipulados por las normativas vigentes en la Universidad Nacional de Mar del Plata.

ARTÍCULO 15°: Toda circunstancia no prevista en el presente reglamento será resuelta, según corresponda, por el Comité Académico de la carrera, el Consejo Directivo o el Consejo Superior.

CLÁUSULA TRANSITORIA

Teniendo en cuenta la situación fundacional que se encuentra atravesando la Escuela Superior de Medicina, las atribuciones del Consejo Directivo serán asumidas transitoriamente por la Dirección de la Escuela, debiendo luego los actos administrativos ser ratificados por el Consejo Superior.

ANEXO III DE LA RESOLUCION DE RECTORADO N° 3515

CUERPO DOCENTE

Esp. Franco Emanuel ARZAMENDIA
Méd. Esp. Joaquín Alejandro AVERBACH
PhD Claudio Juan Esteban BERARDI
Esp. Sebastian BIENAIMÉ REBEC
PhD Omar Esteban CARRANZA
Mg. María Jesús Fernanda CASARINI
Mg. Elbio Mariano ESPERATTI
PhD Leonardo FEDERICO
Esp. Pablo Alberto GARCÍA
Esp. Edgardo Raúl MARAMBIO CATÁN
Esp. Rafael PASSARINI
PhD Josefina QUINTERO FLEITES
Mg Sergio Ricardo RODRÍGUEZ
Esp. Arturo Baltazar SERRANO
Esp. Luis Miguel SUREDA
Esp. Ana SEPÚLVEDA

ANEXO IV DE LA RESOLUCIÓN DE RECTORADO N° 3515

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS

a) Competencias profesionales.

Entendemos a las Competencias Profesionales en medicina como “el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión crítica en la práctica diaria, para el cuidado de la salud del sujeto y de la comunidad en la que desarrolla su práctica.”²

Un Especialista Universitario en Medicina General y Familiar debe ser capaz de construir las competencias profesionales que le permitan alcanzar una óptima capacidad en la gestión de la salud colectiva en el primer nivel de atención donde esté destinado a desempeñarse.

Para ello, es necesario definir competencias, habilidades y procedimientos que deberán adquirirse para concretar su formación.

b) Objetivos generales:

1. Adquirir competencias para abordar las problemáticas de salud prevalentes de la población a su cargo desde un punto de vista integral, basados en una planificación de estrategias de abordaje eficaces, resolutivas y realistas que incluyen la visión de las determinaciones del contexto y los aportes interdisciplinarios e intersectoriales para su resolución.
2. Ser capaces de contextualizar las prácticas, reflexionar críticamente, investigar sobre todas las alternativas de abordaje bajo supervisión docente, debatir distintos aspectos, alternativas y fortalezas y debilidades del sistema de salud, con capacidad autoevaluativa.

c) Construcción de competencias:

El estudiante comienza con una base de aprendizaje desde sus estudios de grado, que permitieron como mínimo conocer las bases teóricas de construcción de cada competencia. El programa busca completar la construcción de éstas con el mayor grado de desarrollo posible, teniendo como marco teórico para esa construcción los principios publicados por Miller³, que en resumen se presentan como:

1. Conoce las bases teóricas y observa cómo se hace. (“knows”, “knowledge”)
2. Sabe cómo hacer para ejecutar esa competencia. (“knows how”, “competence”)
3. Logra hacerla con asistencia. (“shows how”, “performance”)
4. Lo hace sin asistencia, por sí mismo. (“does”, “action”)
5. Puede enseñar a hacerla.

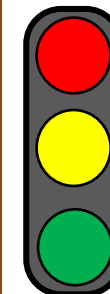
d) Escala de puntuación:

² Definición adaptada para la currícula, basada en: Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. JAMA. 2002;287(2):226–235. doi:10.1001/jama.287.2.226

³ Miller GE. The Assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine (Supplement) 1990; 65:S63-87.

Basados en la descripción detallada se establece un sistema de puntuación de cada competencia, habilidad y procedimiento de la carrera, que se describe de la siguiente manera:

Puntaje	Pauta evaluativa	Objetivo
1	No puede desarrollar la tarea satisfactoriamente.	No Alcanzado
2	Puede desarrollar la tarea pero necesita constante supervisión y asistencia.	
3	Puede desarrollar la tarea pero necesita alguna supervisión periódica y alguna asistencia.	Alcanzado
4	Puede desarrollar la tarea sin supervisión ni asistencia.	
5	Puede desarrollar la tarea a una velocidad y calidad más que aceptable.	Superado
6	Puede desarrollar la tarea con velocidad y calidad, con iniciativa y capacidad de conducir y enseñar a otros.	



El puntaje asignado en la tabla precedente no representa un sistema de calificación, sino el grado de desarrollo de cada competencia. Este puntaje otorga a simple vista la posibilidad de observar cuáles son las competencias alcanzadas/superadas y cuales son sobre las que se debe continuar trabajando para lograr el nivel de independencia laboral que un profesional de la Medicina General y Familiar debe tener para el más apto desarrollo de su actividad.

e) Competencias Generales para la formación de un Especialista Universitario en Medicina General y Familiar:

1. **Comunicarse eficazmente con los pacientes.** Escucha activa en relación con las entrevistas individuales y colectivas. Ser capaces de escuchar y obtener información integral en la entrevista, explicar y acordar los procedimientos, tratamientos y planes a seguir, como también empatizar con sus interlocutores para comunicar malas noticias.
2. **Lograr una relación médico paciente con perspectiva de derechos.** Una relación sujeto-sujeto tomando al paciente como protagonista de su vida y su estado de salud, tratándolo con respeto y cordialidad, creando un clima de confianza en la consulta, propicio para la comunicación adecuada, libre de prejuicios.
3. **Adquirir una mirada integral y respetuosa con relación a la diversidad cultural.** Estar preparado para desempeñarse en diferentes escenarios, con diferentes estratos sociales, etnias, y pautas culturales, libre de prejuicios de género y discriminación.
4. **Actuar con compromiso personal y responsabilidad en el seguimiento.** Ser capaces de dar continuidad y respuesta satisfactoria a cada paciente asistido arribando a un resultado final, con eventual resolución de la problemática realizando todas las articulaciones necesarias para tales fines en la parte del sistema de salud que compete.
5. **Adquirir una mirada integral en el diagnóstico de las problemáticas y planificar estrategias singulares para su abordaje.** Ser capaces de identificar todos los determinantes que influyen en la problemática de salud que motiva la consulta, los factores de riesgo y protectores y planificar las acciones individuales, interdisciplinarias e intersectoriales necesarias para su respuesta.

6. Incorporar la idea de población objetivo sujeto de acción Identificar que sus acciones no sólo están destinadas a lo individual, sino que suman a un impacto colectivo, para el cumplimiento de metas preplanificadas.

7. Adquirir las herramientas para trabajar en red Reconocer las redes individuales y familiares de cada paciente en cuestión y trabajar con ellas Identificar redes comunitarias, institucionales y de servicio y articular con ellas de ser necesario

8. Adquirir las herramientas para promover la salud Ser capaces de educar para la salud individual y colectivamente, identificar y fortalecer actores sociales preexistentes, contribuir a construir entornos saludables y estimular la participación comunitaria.

9. Proactividad y disposición Desarrollar todas las tareas encomendadas con habilidad y motivación, mostrando iniciativa personal y responsabilidad, consustanciándose con los objetivos a desarrollar.

10. Trabajo en equipo Ser capaces de trabajar con los pares, respetando la diversidad de opiniones, optimizando las aptitudes personales y de los otros, reconociendo los liderazgos cambiantes y dinámicos y postergando el éxito individual en pos del éxito colectivo.

11. Integrarse eficazmente al equipo de salud. Ser capaces de trabajar con todas las disciplinas y mostrar una actitud de colaboración con todos los integrantes profesionales y no profesionales.

f) Competencias específicas en sus dimensiones para la formación de un Especialista Universitario en Medicina General y Familiar:

1. Participación comunitaria

1.1. Planificar, desarrollar y evaluar acciones que impliquen participación comunitaria.

1.2. Elaborar un ASIS (Análisis de Situación de Salud), utilizar este ASIS como herramienta que permita planificar intervenciones.

1.3. Realizar una planificación local participativa.

1.4. Diseñar, implementar y evaluar acciones de promoción y protección de la salud. Por ejemplo: abordar integralmente el tabaquismo (incluye prevención primaria y tratamiento), prevenir incidentes traumáticos, prevenir ITS, prevenir consumo de sustancias tóxicas.

1.5. Trabajar en red articulando con los distintos actores sociales de la comunidad y con los diferentes niveles de la organización sanitaria. Reconocer redes familiares y trabajar con ellas. Identificar redes comunitarias, institucionales y de servicio y articular con ellas.

1.6. Realizar trabajos de investigación en su comunidad objetivo.

1.7. Participar activamente en reuniones de Red Barrial.

2. Gestión

2.1. Trabajar en referencia y contrarreferencia.

2.2. Ejecutar y evaluar programas.

2.3. Articular con diferentes sectores y organismos.

2.4. Planificar y ejecutar modelo de atención diseñados para su comunidad.

2.5. Generar estrategias para facilitar el acceso a la atención.

3. Confecionar Historia Clínica.

- 3.1. Realizar entrevista y examen físico. Incluye procedimientos de examen físico básico.
- 3.2. Elaborar y actualizar periódicamente el genograma.
- 3.3. Confeccionar libreta sanitaria.
- 3.4. Indicar/controlar Inmunizaciones.
- 3.5. Valorar el estado nutricional. Elaborar programa alimentario acorde al mismo.
- 3.6. Indicar pautas de alimentación saludable.
- 3.7. Implementar estrategias de prevención para: incidentes traumáticos, uso de sustancias tóxicas, tabaquismo, infecciones de transmisión sexual.
- 3.8. Abordar aspectos de la salud de los sujetos: educación, trabajo, recreación, actividad física, sexualidad, otros.
- 3.9. Abordar aspectos de la salud familiar: vínculos, crisis familiares, crisis vitales, etc.
- 3.10. Propiciar el cuidado de la salud bucal.
- 3.11. Realizar diagnóstico de los problemas de salud prevalentes (vincular con Anexo "Patología Prevalente" para cada grupo etario).
- 3.12. Indicar tratamiento de las enfermedades prevalentes.
- 3.13. Aplicar criterios adecuados de consulta oportuna o derivación de problemas de salud.
- 3.14. Realizar seguimiento de pacientes con patología aguda y crónica.
- 3.15. Realizar control de foco (TBC, meningitis, etc.).
- 3.16. Abordar la problemática de violencia en sus múltiples manifestaciones como Problemática de género, de la niñez, sexual y otras.

4. Prácticas específicas en salud integral de la niñez

- 4.1. Indagar antecedentes: perinatólogicos, personales, familiares.
- 4.2. Realizar genograma.
- 4.3. Realizar acompañamiento de la crianza.
- 4.4. Promover la estimulación temprana.

5. Prácticas específicas en adolescentes

- 5.1. Asesorar y acompañar en el proceso asistencial vinculado a salud sexual y Reproductiva.
- 5.2. Reconocer las características particulares de este grupo de edad en el área programática determinadas por su cultura.
- 5.3. Realizar el abordaje de la Salud mental: depresión, suicidio, trastornos alimentarios, consumo problemático.
- 5.4. Abordaje promo-preventivo de situaciones de violencia.
- 5.5. Abordaje promo-preventivo de situaciones de incidentes viales.

6. Prácticas específicas en adultos

- 6.1. Asesorar e intervenir en el proceso asistencial vinculado a la salud sexual y reproductiva.
- 6.2. Realizar rastreo, tratamiento y seguimiento de patología crónica prevalente.

6.3. Realizar el abordaje de la Salud mental: depresión, suicidio, consumo problemático.

7. Prácticas específicas en adultos mayores

- 7.1. Asesorar e intervenir en el proceso asistencial vinculado a salud sexual.
- 7.2. Abordar aspectos específicos de la salud: rehabilitación, salud mental, inserción en la comunidad, institucionalización, prevención de caídas.
- 7.3. Realizar evaluación funcional.
- 7.4. Detectar grandes síndromes.
- 7.5. Realizar un completo y minucioso examen físico.
- 7.6. Realizar evaluación funcional, emocional, nutricional y social.
- 7.7. Realizar rastreo de patología crónica prevalente.
- 7.8. Realizar rastreo de depresión.
- 7.9. Realizar rastreo de alcoholismo.
- 7.10. Realizar rastreo de demencia.
- 7.11. Realizar rastreo de cáncer de cuello uterino, mama, colon y próstata.

8. Prácticas específicas en salud integral de la mujer

- 8.1. Asistir a pacientes en diferentes etapas del ciclo vital: niñas, adolescentes, adultas, en edad fértil, perimenopáusicas, menopáusicas, posmenopáusicas.
- 8.2. Informar, asesorar y estimular la decisión autónoma de las pacientes en lo referente a salud sexual, reproductiva y no reproductiva: Consejería, colocación de DIU, colocación implante subdérmico, indicación de anticoncepción hormonal.
- 8.3. Informar, asesorar, acompañar, indicar y aplicar protocolo de Interrupción Legal del Embarazo. Prevención del aborto inseguro.
- 8.4. Efectuar atención integral de pacientes en diversidad de género y sexual.
- 8.5. Informar, asesorar, acompañar y aplicar protocolos en situaciones de violencia.
- 8.6. Realizar examen ginecológico, examen mamario, PAP.
- 8.7. Interpretar resultados de PAP/mamografía.
- 8.8. Realizar detección temprana de patologías prevalentes en la mujer.
- 8.9. Realizar y/o solicitar e interpretar adecuadamente estudios complementarios.
- 8.10. Indicar tratamiento de las enfermedades prevalentes.
- 8.11. Aplicar criterios adecuados de consulta oportuna o derivación de problemas de salud.
- 8.12. Realizar control y seguimiento de embarazo, considerando normas CLAP: (semiología completa, toma de altura uterina, uso del Pinard, Ultrasonido, Peso y Talla). Semiología obstétrica.
- 8.13. Planificar e implementar curso de psicoprofilaxis obstétrica.
- 8.14. Controlar el trabajo de parto.

- 8.15. Derivar mujer en trabajo de parto.
- 8.16. Resolver parto de bajo riesgo.
- 8.17. Realizar recepción del recién nacido, priorizando el binomio madre-hijo.
- 8.18. Efectuar control de salud durante el puerperio (altura uterina, loquios, examen mamario.)
- 8.19. Realizar topicaciones.
- 8.20. Efectuar toma de muestra para cultivo.
- 8.21. Realizar historia clínica obstétrica.
- 8.22. Indicación de inmunizaciones.

9. Prácticas específicas en urgencias

- 9.1. Manejo inicial, diagnóstico y terapéutico de las patologías de urgencia prevalente.
- 9.2. RCP básico y avanzado.
- 9.3. Manejo prehospitalario del paciente traumatizado. Triage, extricación y traslado.
- 9.4. Extracción de cuerpos extraños en vía aérea, conducto auditivo externo, ojo.
- 9.5. Elaboración e indicación y aplicación plan de hidratación.
- 9.6. Colocación de SNG, sonda vesical, vía endovenosa, intramuscular.
- 9.7. Drenaje de abscesos.
- 9.8. Suturas.
- 9.9. Lavado gástrico.
- 9.10. Toma de exudado: ótico, faríngeo, nasal, uretral, oftálmico, vaginal, anal.
- 9.11. Toma adecuada de muestras cutáneas, esputo, orina, heces.
- 9.12. DBT: técnicas de aplicación de insulina, automonitoreo de glucemia y glucosuria.
- 9.13. Taponamiento nasal.
- 9.14. Tinción con fluoresceína.
- 9.15. Curas planas de lesiones en general.
- 9.16. Drenaje de colección líquida pleural.
- 9.17. Incidentes laborales/kit de emergencias.

10. Docencia

- 10.1. Planificar y desarrollar una clase.
- 10.2. Planificar y desarrollar ateneos y pases de sala.
- 10.3. Supervisar residentes de años inferiores.

11. Investigación

- 11.1. Elaborar trabajos científicos.
- 11.2. Desarrollar actividades de investigación-acción.
- 11.3. Planificar y desarrollar una clase.
- 11.4. Planificar y desarrollar ateneos y pases de sala.
- 11.5. Supervisar residentes de años inferiores.
- 11.6. Analizar críticamente la información científica.

g) **Grilla de evaluación para los cursantes de la Carrera de Médico Especialista Universitario en Medicina General y Familiar.**

Se consignan datos según evaluación de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), teniendo en cuenta las variables sugeridas para ese fin, la escala de puntuación del punto d) de este documento y una construcción curricular ajena al año de cursada, asignatura/taller/práctica que se cursa, pues el fin último es crear un profesional médico formado en competencias, las cuales pueden ser adquiridas fuera de un esquema rígido de temporalidad e inclusive, ante la repetición de determinadas prácticas, generar una experticia de calidad creciente por repetición, evaluación crítica y perfeccionamiento de esas prácticas.

Queda pendiente en la grilla siguiente la identificación del estudiante. Se propone para ese fin integrar las grillas a una libreta de estudiante donde constarán:

- Nombre y Apellido del Médico Estudiante de la Carrera.
- Número de Matrícula Provincial.
- Foto personal (tipo carnet).
- Firma y sello del Médico Estudiante de la Carrera.
- Firma y sello del Responsable Académico de la Carrera.
- Sello de la Escuela Superior de Medicina de la UNMDP.

En las páginas siguientes, se encontrará la grilla que a continuación se detalla, en la que se verifica cada una de las competencias (generales y específicas) desagregadas, para su mejor identificación, evaluación y rúbrica de adquisición, siguiendo las pautas de construcción establecidas por Miller⁴ y ratificadas por numerosos autores en trabajos sucesivos (competencia trabajada como observador, como ayudante, como ejecutante asistido, como ejecutante no asistido y como ejecutante docente de pares). Se solicita que se carguen sitio de adquisición de cada nivel de cada competencia, el número de veces que esta fue ejecutada en cada instancia (columna única, registros sucesivos separados por barras (/) y finalmente la firma del responsable. En el punto (h) se describe la rúbrica de llenado de la grilla.

⁴ Miller GE. The Assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine (Supplement) 1990; 65:S63-87.

Competencias	Lugar de Ejecución	Número de veces	Participación como										Docente Responsable	
			Observador	Carga en Horas	Ayudante	Carga en Horas	Ejecución Asistida	Carga en Horas	Ejec. No Asistida	Carga en Horas	Docente	Carga en Horas		
b.9.10. Meningoencefalitis Agudas														
b.9.11. Síndrome hipertensión Endocraneana														
Conoce, diagnostica efectúa el manejo inicial en Urgencias de Síndromes Clínicos agudos														
b.9.12. Edema Agudo de Pulmón No Cardiogénico														
b.9.13. Neumonía Aguda de la Comunidad														
b.9.14. Identificación del Derrame Pleural														
b.9.15. Identificación del Neumotórax														
b.9.16. Crisis asmática y del paciente EPOC														
b.9.17. Manejo de IRAB según protocolos														
b.9.18. Aplica eficazmente Score de TAL														
b.9.19. Indica adecuadamente oxigenoterapia.														
b.9.20. Crisis/Coma Hipotiroideo														
b.9.21. Crisis Adrenérgica														
b.9.22. Shock Hipovolémico														
b.9.23. Shock Séptico/Distributivo														
b.9.24. Deshidratación aguda														
b.9.25. Conoce, indica, realiza y dirige RCP básico y avanzado														
Conoce, indica y efectúa eficazmente procedimientos de vía aérea segura en urgencia y emergencia														

Competencias	Lugar de Ejecución	Número de veces	Participación como										Docente Responsable	
			Observador	Carga en Horas	Ayudante	Carga en Horas	Ejecución Asistida	Carga en Horas	Ejec. No Asistida	Carga en Horas	Docente	Carga en Horas		
b.9.26. Intubación orotraqueal														
b.9.27. Intubación nasotraqueal														
b.9.28. Cricotiroidotomía														
b.9.29. Realiza adecuado manejo prehospitalario del paciente traumatizado														
b.9.30. Inmoviliza pacientes traumatizados (vendajes, férulas, extricación)														
b.9.31. Conoce, indica, realiza y dirige manejo inicial de pacientes traumatizados														
b.9.32. Referencia oportunamente al centro de complejidad indicado.														
b.9.33. Extrae cuerpos extraños de la vía aérea														
b.9.34. Extrae cuerpos extraños del conducto auditivo externo														
b.9.35. Extrae cuerpos extraños del ojo														
b.10. Otras prácticas específicas en urgencias.														

h) Rúbrica para llenado de las planillas de competencias:

La adquisición de competencias será avalada en una libreta individual para cada estudiante de la carrera, tal como se describió al inicio del punto (g). La presente rúbrica, detalla la confección de cada casillero, definiendo la uniformidad de criterios para cada aval.

- **Cuadro Competencias:** muestra el detalle de cada competencia que se deberá adquirir para el cumplimiento de los requisitos para la obtención del Título de Especialista Universitario de Medicina General y Familiar.
- **Lugar de Ejecución:** Será necesario escribir en qué ambiente del centro formador han sido desarrolladas cada una de las etapas de la construcción de cada competencia. Es necesario saber que se le asigna un número a cada locación, tanto del centro formador como a los lugares que pertenecen al área programática del centro formador y a la Escuela Superior de Medicina. La numeración se establece en la siguiente tabla:

Lugar de Ejecución	Número para la rúbrica
Consultorio Externo	1
Consultorio de Demanda Espontánea	2
Consultorio de Guardia	3
Shock Room	4
Sala de Internación	5
Sistema de Atención Prehospitalaria	6
Sala de Situación	7
Sala de Reuniones	8
Aula del Centro Formador	9
Aula de la ESM	10
Laboratorio Habilidades Clínicas ESM	11
Laboratorio Simulación Clínica ESM	12
Ronda Sanitaria	13
Escuela	14
Institución Barrial	15
CAPS del área del Centro Formador	16

Cada etapa (como Observador, como Ayudante, como Ejecutor con asistencia, como Ejecutor sin asistencia y como Docente) tendrá un sitio de realización que deberá ser consignado. Para ese fin, se indica que el número correspondiente a cada etapa se inscriba y se separe del contiguo con una barra (/), pudiendo figurar hasta 5 números separados por una barra en cada casillero (por ejemplo: 3/2/1/2/4).

- **Participación como:** Se consignará en cada casillero correspondiente a las etapas formativas (Observador, Ayudante, Ejecución con asistencia, Ejecución sin asistencia y Docente) solo la FECHA AA en la que se avala que esa etapa de la competencia se ha efectuado, en formato DD/MM/. A la derecha, casillas de la columna “Carga en horas” en las que se deberán consignar cantidad de horas invertidas por el estudiante para completar esa etapa.

- **Docente responsable:** El docente responsable de la etapa consignará en formato breve (firma tipo “*inicialada*”) su aval. Para finalizar el aval, el docente procederá a ir a las páginas posteriores a la grilla de la libreta, donde habrá páginas para completar cada una de las etapas de cada competencia con firma, sello y fecha de efectivización de ese aval, con el formato visible en la imagen de la página siguiente.

La libreta de Competencias será personal e intransferible.

Será mandatorio informar mensualmente a los responsables administrativos de la Carrera, acerca de las modificaciones en la misma. El objetivo de ello es el de resguardar la información (como “back up”) del desarrollo del proceso de adquisición de competencias. Será necesario para la actualización del registro de la ESM que el estudiante muestre la libreta al momento de la declaración de modificaciones del registro de avales de competencias.

Código de la Competencia que se avala.
Figura en la grilla al inicio de cada competencia

Etapas de la Competencia que se avala.
Disponible un casillero para cada etapa.

Aval de la etapa de la Competencia.
Firma y sello del docente y fecha del aval.

Competencia	Aval Docente	Competencia	Aval Docente
b.1.4.	Observador	b.1.5.	Observador
	Fecha: / /		Fecha: / /
	Ayudante		Ayudante
	Fecha: / /		Fecha: / /
	Ejecutor con asistencia		Ejecutor con asistencia
Fecha: / /	Fecha: / /		
Ejecutor sin asistencia	Ejecutor sin asistencia		
Fecha: / /	Fecha: / /		
Docente	Docente		
Fecha: / /	Fecha: / /		
b.1.6.	Observador	b.1.7.	Observador
	Fecha: / /		Fecha: / /
	Ayudante		Ayudante
	Fecha: / /		Fecha: / /
	Ejecutor con asistencia		Ejecutor con asistencia
Fecha: / /	Fecha: / /		
Ejecutor sin asistencia	Ejecutor sin asistencia		
Fecha: / /	Fecha: / /		
Docente	Docente		
Fecha: / /	Fecha: / /		

- i) Según establece la Resolución Ministerial (Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología) número 2643/19, se establecen las CANTIDADES MÍNIMAS a cumplimentar, para dar por adquiridas cada una de las competencias, habilidades y procedimientos. A continuación, la tabla con el detalle mencionado.

COMPETENCIAS, HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD MÍNIMA
COMPETENCIAS	
a.1. Se comunica eficazmente con los pacientes.	
a.1.1. Escucha activa en entrevistas individuales	20
a.1.2. Escucha activa en entrevistas colectivas	10
a.1.3. Obtiene información integral en las entrevistas	10
a.1.4. Logra comunicar efectivamente las ideas	10
a.1.5. Logra comunicar empática y efectivamente malas noticias.	10
a.1.6. Logra acordar procedimientos, tratamientos, etc.	10
a.2. Logra una relación médico paciente con perspectiva de derechos.	
a.2.1. Trata al paciente como sujeto de derechos	20
a.2.2. Trata al familiar como sujeto de derechos	10
a.2.3. Respeta valores y principios de sus interlocutores	20
a.2.4. Logra un clima de confianza con sus interlocutores	20
a.3. Adquiere una mirada integral y respetuosa con relación a la diversidad cultural.	
a.3.1. Se adapta con respeto a cualquier escenario cultural	10
a.3.2. Demuestra respeto por las pautas culturales	20
a.3.3. Demuestra respeto por las etnias	20
a.3.4. Se comporta libre de prejuicios de género	18
a.4. Muestra compromiso en el seguimiento.	

COMPETENCIAS, HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD MÍNIMA
a.4.1. Es capaz de dar continuidad a cada paciente asistido	20
a.4.2. Es capaz de dar respuesta satisfactoria a cada paciente asistido	15
a.4.3. No abandona la meta de arribar a un resultado final, con o sin resolución de la problemática	15
a.4.4. Realiza las articulaciones necesarias para esos fines con las redes del sistema de salud que competa	15
a.5. Logra una mirada integral en el diagnóstico de las problemáticas	
a.5.1. Identifica los determinantes que influyen en el problema que motiva la consulta	15
a.5.2. Identifica los factores de riesgo y los protectores	15
a.5.3. Planificar acciones individuales, interdisciplinarias e intersectoriales para su respuesta.	15
a.6. Incorpora la idea de población objetivo sujeto de acción	
a.6.1. Conoce los problemas de salud de su comunidad	10
a.6.2. Hace Análisis de Situación de Salud en su comunidad	2
a.6.3. Diseña metas para el cuidado de la salud comunitaria	6
a.6.4. Identifica que sus acciones suman a un impacto colectivo para cumplir las metas pre planificadas	10
a.7. Adquiere herramientas para trabajar en red	
a.7.1. Reconoce redes individuales y familiares de cada paciente	10
a.7.2. Trabaja eficazmente con las redes identificadas	8
a.7.3. Identifica redes comunitarias, institucionales y de servicio	8
a.7.4. Sabe articular con las redes de ser necesario	8
a.8. Adquiere herramientas para promover la salud	
a.8.1. Educa para la salud individual y colectiva	15
a.8.2. Identifica y fortalece actores sociales preexistentes	10
a.8.3. Contribuye a construir entornos saludables	10
a.8.4. Estimula la participación comunitaria	10

COMPETENCIAS, HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD MÍNIMA
a.9. Proactividad y disposición	
a.9.1. Desarrolla todas las tareas con habilidad y motivación	10
a.9.2. Muestra iniciativa personal y responsabilidad	10
a.9.3. Se consustancia con los objetivos a desarrollar	10
a.10. Trabajo en equipo	
a.10.1. Es capaz de trabajar con los pares	20
a.10.2. Respeta la diversidad de opiniones	15
a.10.3 Optimiza sus aptitudes personales y las de los otros	15
a.10.4. Reconoce liderazgos cambiantes y dinámicos	15
a.10.5. Posterga el éxito individual en pos del éxito colectivo	15
a.11. Se integra eficazmente al equipo de salud.	
a.11.1. Es capaz de trabajar con todas las disciplinas	15
Muestra una actitud de colaboración con el equipo	
a.11.2. Con los integrantes profesionales	15
a.11.3. Con los integrantes no profesionales	15
a.12. Otras competencias generales	15
HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS	
b.1. Participación comunitaria	
b.1.1. Planifica, desarrolla y evalúa acciones que implican participación comunitaria.	10
b.1.2. Elabora adecuadamente un ASIS.	2
b.1.3. Utiliza el ASIS para planificar intervenciones	10
b.1.4. Realiza una planificación local participativa.	5

COMPETENCIAS, HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD MÍNIMA
b.1.5. Diseña, implementa y evalúa acciones de promoción y de la salud.	10
b.1.6. Articula eficazmente actores sociales de la comunidad y del sistema sanitario.	10
b.1.7. Identifica redes comunitarias, institucionales y de servicio y articular con ellas.	10
b.1.8. Cumple objetivos asistenciales en atención de consultas de demanda espontánea.	20
b.1.9. Realiza trabajos de investigación en su comunidad objetivo.	1
b.1.10. Participa activamente en reuniones de Red Barrial.	4
b.2. Gestión	
b.2.1. Trabaja en referencia y contrarreferencia.	20
b.2.2. Ejecuta y evalúa programas de salud.	10
b.2.3. Articula con diferentes sectores y organismos.	10
b.2.4. Planifica y ejecuta modelo de atención diseñados para su comunidad.	10
b.2.5. Genera estrategias que facilitan el acceso a la atención.	20
b.3. Confecciona Historias Clínicas.	
b.3.1. Realiza entrevistas útiles y examen físico adecuado.	20
b.3.1.1. Realiza asertivamente la toma de temperatura corporal.	10
b.3.1.2. Realiza asertivamente la toma de presión arterial.	10
b.3.1.3. Realiza asertivamente la medición de la presión y frecuencia de pulsos periféricos.	10
b.3.1.4. Realiza asertivamente la toma de frecuencia respiratoria.	10
b.3.1.5. Realiza asertivamente la medición de pico flujo.	8
b.3.1.6. Realiza asertivamente la medición de glucemia capilar.	8
b.3.2. Elabora y actualiza periódicamente el genograma.	10
b.3.3. Confecciona adecuadamente la libreta sanitaria.	10
b.3.4. Indicar/aplica/controla Inmunizaciones.	15

COMPETENCIAS, HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD MÍNIMA
b.3.5. Valora eficazmente el estado nutricional.	10
b.3.6. Elabora programas alimentarios acordes.	10
b.3.7. Indica pautas de alimentación saludable.	15
Diseña, implementa y evalúa estrategias de prevención para:	
b.3.8. Incidentes traumáticos	10
b.3.9. Uso de sustancias tóxicas	10
b.3.10. Tabaquismo	10
b.3.11. Enfermedades de transmisión sexual	15
b.3.12 Aborda aspectos de la salud de los sujetos: educación, trabajo, recreación, actividad física, otros	15
b.3.13. Aborda aspectos de la salud familiar: vínculos, crisis familiares, crisis vitales, etc.	10
b.3.14. Propicia el cuidado de la salud bucal.	10
b.3.15. Realiza diagnóstico de los problemas de salud prevalentes.	20
b.3.16. Conoce, indica asertivamente y hace seguimiento de los tratamientos de las enfermedades prevalentes.	10
b.3.17. Aplica criterios adecuados de consulta oportuna y/o referenciamiento de problemas de salud.	10
b.3.18. Realizar seguimiento de pacientes con patología aguda y crónica.	20
b.3.19. Conoce y aplica los principios de vigilancia epidemiológica en su comunidad.	10
b.3.20. Realiza eficazmente control de foco (TBC, meningitis, etc.).	6
b.3.20. Realiza eficazmente abordaje individual, familiar y comunitario de TBC.	10
Aborda eficazmente la problemática de violencia	
b.3.21. En Niñez	10
b.3.22. En Adolescencia	10
b.3.23. De Género	10
b.3.24. Sexual	10

COMPETENCIAS, HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD MÍNIMA
b.3.25. En Adultos Mayores	10
b.4. Prácticas específicas en salud integral de la niñez	
b.4.1. Indaga antecedentes perinatológicos, personales, familiares.	10
b.4.2. Realiza y actualiza el genograma.	10
b.4.3. Realiza acompañamiento en la crianza.	10
b.4.4. Promueve la estimulación temprana.	10
b.5. Prácticas específicas en Adolescentes	
b.5.1. Asesora y acompaña en el proceso asistencial vinculado a salud sexual y reproductiva.	20
b.5.2. Reconoce en su comunidad las características particulares en este grupo, determinadas por su cultura	15
Realiza un abordaje adecuado de la Salud mental:	
b.5.3. Depresión en adolescentes	10
b.5.4. Suicidio en adolescentes	10
b.5.5. Trastornos alimentarios en adolescentes	10
b.5.6. Consumo problemático en adolescentes	15
b.5.7. Abordaje promo-preventivo de situaciones de violencia	15
b.5.8. Abordaje promo-preventivo de situaciones de incidentes viales	15
b.6. Prácticas específicas en adultos	
b.6.1. Asesora y acompaña en el proceso asistencial vinculado a salud sexual y reproductiva.	15
b.6.2. Realiza rastreo, tratamiento y seguimiento de patología crónica prevalente.	20
b.6.3. Diagnostica necesidad, indica y realiza insulinización de pacientes insulinoquirientes.	10
b.6.4. Realizar el abordaje de la Salud mental: depresión, suicidio, consumo problemático	15
b.7. Prácticas específicas en adultos mayores	
b.7.1. Asesora e interviene en el proceso asistencial vinculado a salud sexual.	10

COMPETENCIAS, HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD MÍNIMA
Aborda activamente aspectos específicos de la salud:	
b.7.2. Rehabilitación	10
b.7.3. Salud mental	10
b.7.4. Inserción en la comunidad	10
b.7.5. Institucionalización	10
b.7.6. Prevención de caídas	10
b.7.7. Realiza evaluación funcional, emocional, nutricional y social.	10
b.7.8. Detecta grandes síndromes prevalentes	15
b.7.9. Realiza rastreo de patología crónica prevalente.	15
b.7.10. Realiza rastreo de depresión.	10
b.7.11. Realiza rastreo de alcoholismo.	10
b.7.12. Realiza rastreo de demencia.	10
b.8. Prácticas específicas en salud integral de la mujer	
Asiste a pacientes en diferentes etapas del ciclo:	
b.8.1. Niñas	20
b.8.2. Adolescentes	20
b.8.3. Adultas	20
b.8.4. En edad Fértil	20
b.8.5. Perimenopáusicas	10
b.8.6. Menopáusicas	10
b.8.7. Posmenopáusicas	10
Informa, asesora y estimula la decisión autónoma de las pacientes en lo referente a salud sexual reproductiva y no reproductiva:	
b.8.8. Consejería	20

COMPETENCIAS, HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD MÍNIMA
b.8.9. Indica e inserta D.I.U.	10
b.8.9.1. Realiza adecuadamente extracción D.I.U.	10
b.8.10. Indica y aplica implantes subdérmicos	10
b.8.10.1. Realiza adecuadamente extracción de implantes subdérmicos	10
b.8.11. Indica adecuadamente anticoncepción hormonal	20
b.8.12. Informa, asesora, acompaña, indica y aplica protocolos de Interrupción Legal del Embarazo.	15
b.8.13. Ejecuta acciones dirigidas a prevención de aborto inseguro.	15
b.8.14. Efectúa atención integral de pacientes en diversidad de género y sexual.	15
b.8.15. Informa, asesora, acompaña y aplica protocolos en situaciones de violencia.	15
Realiza eficazmente un examen ginecológico:	
b.8.16. Examen mamario	10
b.8.17. Toma de muestra para PAP	15
b.8.18. Mamografía	10
b.8.19. Realiza detección temprana de patologías prevalentes en la mujer.	20
b.8.20. Realiza, solicita e interpreta adecuadamente estudios complementarios.	20
b.8.21. Indica tratamiento de las enfermedades prevalentes.	20
b.8.22. Aplica criterios adecuados de consulta oportuna o referenciamiento de problemas de salud.	20
b.8.23. Realiza control y seguimiento de embarazo, considerando normas CLAP:	20
b.8.24. Semiología completa de la mujer embarazada	10
b.8.25. Medición de peso y talla	10
b.8.26. Medición de altura uterina	20
b.8.27. Uso del Pinard	10
b.8.28. Uso del Ultrasonido	20

COMPETENCIAS, HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD MÍNIMA
b.8.29. Planifica e implementa cursos de psicoprofilaxis obstétrica	10
b.8.30. Controla trabajos de parto	10
b.8.31. Decide y referencia adecuadamente mujeres en trabajo de parto complicado	6
b.8.32. Resuelve partos de bajo riesgo	6
b.8.33. Realiza recepción del recién nacido, priorizando el binomio madre-hijo	6
Efectúa control de salud durante el puerperio:	
b.8.34. Altura uterina	10
b.8.35. Loquios	10
b.8.36. Examen mamario	10
b.8.37. Realiza topicaciones.	6
b.8.38. Efectúa toma de muestra para cultivo	6
b.8.39. Realizar eficazmente historia clínica obstétrica	10
b.8.40. Indicación de inmunizaciones	10
b.9. Prácticas específicas en urgencias.	
Conoce, diagnostica efectúa el manejo inicial en urgencias y emergencias cardiovasculares	
b.9.1. Crisis hipertensivas	10
b.9.2. Edema Agudo de Pulmón	6
b.9.3. Insuficiencia Cardíaca descompensada	10
b.9.4. Shock Cardiogénico	10
b.9.5. Síndromes Coronarios Agudos	10
b.9.6. Arritmias	10
Conoce, diagnostica efectúa el manejo inicial en Urgencias y Emergencias de Síndromes Neurológicos	
b.9.7. Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC)	10

COMPETENCIAS, HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD MÍNIMA
b.9.8. Accidente Cerebrovascular (ACV)	6
b.9.9. Crisis convulsivas	6
b.9.10. Meningoencefalitis Agudas	6
b.9.11. Síndrome hipertensión Endocraneana	4
Conoce, diagnostica y efectúa el manejo inicial en Urgencias de Síndromes Clínicos agudos	
b.9.12. Edema Agudo de Pulmón No Cardiogénico	6
b.9.13. Neumonía Aguda de la Comunidad	8
b.9.14. Identificación del Derrame Pleural	4
b.9.15. Identificación del Neumotórax	4
b.9.16. Crisis asmática y del paciente EPOC	10
b.9.17. Manejo de IRAB según protocolos	10
b.9.18. Aplica eficazmente Score de TAL	10
b.9.19. Indica adecuadamente oxigenoterapia.	10
b.9.20. Crisis/Coma Hipotiroideo	2
b.9.21. Crisis Adrenérgica	2
b.9.22. Shock Hipovolémico	4
b.9.23. Shock Séptico/Distributivo	4
b.9.24. Deshidratación aguda	4
b.9.25. Conoce, indica, realiza y dirige RCP básico y avanzado	4
b.9.26. Descompensación diabética	6
b.9.27. Heridas superficiales	10
b.9.27.1. Realiza adecuadamente suturas de heridas	15
b.9.27.2. Realiza adecuadamente síntesis de heridas sin suturas	15

COMPETENCIAS, HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD MÍNIMA
b.9.27.3. Realiza adecuadamente curaciones de heridas	15
b.9.28. Atención adecuada de paciente quemados	8
Conoce, indica y efectúa eficazmente procedimientos de vía aérea segura en urgencia y emergencia	
b.9.26. Intubación orotraqueal	4
b.9.27. Intubación nasotraqueal	2
b.9.28. Cricotiroidotomía	2
b.9.29. Realiza adecuado manejo prehospitalario del paciente traumatizado	6
b.9.30. Inmoviliza pacientes traumatizados (vendajes, férulas, extricación)	6
b.9.31. Conoce, indica, realiza y dirige manejo inicial de pacientes traumatizados	6
b.9.32. Referencia oportunamente al centro de complejidad indicado.	6
b.9.33. Extrae cuerpos extraños de la vía aérea	4
b.9.34. Extrae cuerpos extraños del conducto auditivo externo	4
b.9.35. Extrae cuerpos extraños del ojo	4
b.9.36. Interviene, diagnostica y trata eficazmente pacientes con cuadros de pérdida de conciencia.	8
b.9.37. Interviene, diagnostica y trata eficazmente pacientes con cuadros de intoxicación alcohólica.	4

Firmado digitalmente por GONZALEZ
Fernando Roman
Nombre de reconocimiento (DN):
serialNumber=CUIL 20167790675, c=AR,
cn=GONZALEZ Fernando Roman
Fecha: 2020.07.02 13:15:06 -03'00'

Firmado digitalmente por LAZZERETTI
Alfredo Remo
Nombre de reconocimiento (DN):
serialNumber=CUIL 20149295721, c=AR,
cn=LAZZERETTI Alfredo Remo
Fecha: 2020.07.02 13:40:17 -03'00'