

**Universidad Nacional del Litoral
Facultad de Humanidades y Ciencias
Maestría en Docencia Universitaria**

**Perfiles para la formación del pediatra en las
residencias médicas públicas de la ciudad de
Santa Fe**

**Tesis de Maestría
2022**

**Tesista: Nicolás Morello
Directora de Tesis: Dra. Victoria Baraldi**

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	4
------------------------------	---

CAPÍTULO 1. Puntos de partida

1.1.- Preguntas Iniciales	6
1.2.- Antecedentes de la Investigación	7
1.3.- Referencias Teóricas	14
1.4.-Diseño Metodológico.....	16
1.4.1 Tipo de Diseño	16
1.4.2 Unidad de Análisis	17
1.4.3 Universo de Estudio.....	17
1.4.4 Objeto de Estudio	17
1.4.5 Técnicas de Recolección de Información.....	17
1.5.-Organización del Trabajo	18

CAPÍTULO 2-Cambios en la concepción salud-enfermedad y su impacto en la formación médica.

2.1. Enfoque Flexneriano.....	20
2.2 Primeros cambios del paradigma biologicista: Introducción de la Ciencias Sociales en Medicina.....	21
2.3 La formación médica en la Universidad Nacional del Litoral.....	24
2.4 Formación de posgrado: El hospital escuela	29
2.5 Aproximación histórica de las residencias en general	31
2.6 Importancia del sistema de residencias para la formación de posgrado	33
2.7 Las Residencia Médica de Pediatría en Santa Fe: Memoria y Valoraciones de Formadores	
2.7.1 Orígenes de la residencia de Pediatría en Santa Fe.....	34
2.7.2 Estructura y Organización de las residencias.....	35
2.7.3 Formación del pediatra: ¿cómo se enseña?.....	36
2.7.4 Relación de la formación de grado con el posgrado.....	37
2.7.5 Perfil de formación de grado: ¿Continúa en el posgrado?.....	38

CAPÍTULO 3 - Normativas y programas de formación

3.1 Marco normativo de las residencias médicas.....	40
3.2 Ley Nacional 22.127.....	42
3.3 Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 450/06.....	44
3.4. Resolución Ministerio de Salud de la Nación N° 1342/2007.....	45
3..5 Ley Provincial 9529 (Santa Fe).....	47
3. 6 Documento importante respecto al perfil del pediatra.....	48
3.7 Los programas de formación en el ámbito del posgrado.....	51
3.7.1 Centro Formador A	51
3.7.2 Centro Formador B.....	55

CAPÍTULO 4 -Sujetos Curriculares

4.1 Tensiones entre Formación/Asistencia	60
4. 2 Modo de enseñanza en el posgrado de clínica pediátrica	65
4.3 Articulación Grado- Posgrado	71
4.4 Investigación	73

CAPÍTULO 5 - Reflexiones finales

5.1 Enfoque disciplinar y pedagógico en el posgrado de clínica pediátrica	77
5.2 Sobre las normativas y marco regulatorio.....	78
5.3 Líneas de continuidad en el grado-posgrado y puntos de tensión en el posgrado.....	79
5.4 Lineamientos para continuar pensando la articulación grado-posgrado.....	80
5.4.1 Curriculum basado en competencias.....	83
5.4.2 Actividades Profesionales confiables (APROC)	84
5.4.3 Educación médica basada en simulación.....	85

Referencias bibliográficas	87
---	----

ANEXOS

I-Programa de Formación Residencia Clínica Pediátrica, Hospital A.....	92
II-Programa de Formación Residencia Clínica Pediátrica, Hospital B.....	115
III- Entrevista Formadores Históricos.....	140
IV-Entrevista Jefe e Instructores de Residentes.....	141
V- Entrevista Médicos Residentes de Pediatría.....	142

AGRADECIMIENTOS

El principal agradecimiento es para mi directora de tesis, la Dra. Victoria Baraldi quien con su paciencia, humildad y dedicación pudo guiarme en este trabajo de investigación. No me caben dudas que no podría haber hecho este trabajo sin la constancia y el apoyo de su labor.

A mi esposa Milagros, mis hijas Sofía y Victoria, que les debo tiempo de vida, muchas gracias por prestármelo y apoyarme siempre.

A los referentes de la docencia y la pediatría que han marcado mi vida.

A mi padre Rubén, que lo he perdido durante el transcurso de la elaboración de este trabajo y a mi querida madre Marta quien me ha inculcado el amor por la docencia.

CAPÍTULO 1

Puntos de partida

1.1 Preguntas Iniciales

La génesis de este trabajo surge de mi recorrido durante el transcurso del cursado de la maestría en docencia universitaria desarrollada en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad Nacional del Litoral, sumado a mi desempeño laboral como médico pediatra, me ha permitido plantear ciertos interrogantes los cuales he podido responder gracias a esta tesis.

Realicé mi formación de grado en Medicina en la Universidad Nacional de Rosario, siendo alumno de la nueva currícula de medicina. A lo que me refiero con esto último, de nombrar la “nueva currícula”, es que en el año 2002 luego de un extenso período de formar profesionales médicos con un determinado perfil biologicista, se produce un cambio radical en el enfoque de la modalidad de enseñanza para formar médicos, en donde se advierte que la biología no puede ser la única referencia para el ejercicio de la medicina, cuestión que desglosaré en el capítulo siguiente. Esta modificación también se ve reflejada en la ciudad de Santa Fe, ya que la Universidad Nacional del Litoral abre nuevamente la carrera de medicina, inicialmente dependiente de Rosario mediante un programa de colaboración conjunta.

Luego de mi formación de grado como médico, hice la especialidad de Pediatría en el Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia de la ciudad de Santa Fe. En este ambiente de posgrado el lugar de formación fue puramente en el ámbito hospitalario, donde transcurrió la totalidad de la duración de la especialidad. En la experiencia propia vivida durante el transcurso de mi residencia en el hospital, pude observar ciertos aspectos en el modo de enseñanza en el ámbito del posgrado dentro de un nosocomio que llamaron mi atención al contraponerla con la modalidad de enseñanza en el grado del cual provenía.

Estas trayectorias relativas a mi propia formación tanto de grado y posgrado, derivaron en un conjunto de preguntas en torno a la formación del médico pediatra. Los diseños curriculares habían planteado un importante cambio en torno a la formación de grado, pero ¿se plantea una continuidad en el enfoque para el posgrado? ¿Cuál es el enfoque que se sostiene para la formación del pediatra en el posgrado? ¿Existe articulación entre el enfoque sostenido en el grado y el posgrado? ¿Quiénes son los sujetos de estructuración curricular del posgrado? ¿Cuál es el marco normativo que regula el funcionamiento del posgrado en Santa Fe? ¿Cómo se interrelaciona la legislación Nacional y Provincial con respecto a la formulación de los posgrados en clínica pediátrica? ¿El sistema de posgrado acompaña la formación de este nuevo profesional?

Para responder estas preguntas, realicé un trabajo descriptivo, donde pude analizar los aspectos estructurales-formales del curriculum de posgrado en pediatría que se desarrollan en la ciudad de Santa Fe, analizando la normativa vigente que regulan estos posgrados y sus programas de formación. Luego nos adentramos en los aspectos procesales prácticos, poniéndonos en comunicación con los sujetos de

estructuración y desarrollo curricular. El análisis de ambos aspectos me permitieron realizar un análisis reflexivo en torno a las preguntas iniciales, como así también responder a los objetivos que me había planteado y que detallo a continuación.

Objetivos generales

1. Describir los enfoques disciplinares y pedagógicos sobre los cuales se estructuran los diferentes centros de postgrado en clínica pediátrica en Santa Fe.
2. Investigar sobre las normativas y marco regulatorio del sistema de posgrado médico a fin de identificar perspectivas disciplinares y pedagógicas vigentes.
3. Identificar líneas de continuidad y puntos de tensión entre la perspectiva de formación del médico en general y del pediatra en particular
4. Esbozar lineamientos que propicien una mayor articulación entre la formación médica de grado y posgrado en la especialidad de pediatría.

1.2 Antecedentes

Con respecto a los antecedentes referidos a la temática propuesta de este trabajo, se realizó una búsqueda bibliográfica en los motores de búsqueda en internet como Pub Med, Google Scholar indagando también, en las principales revistas de educación médica como Elsevier, la Revista de Educación Médica de Argentina y de otros países como Chile, Colombia, Cuba, España. Los principales resultados reflejan trabajos que aportan datos sobre la formación médica de posgrado en pediatría focalizados principalmente en estrategias de enseñanza y de aprendizaje utilizadas con los médicos residentes, como por ejemplo uso de simuladores, diseños de evaluación. Los trabajos que abordan los perfiles de formación no están en gran cuantía y en su mayoría son descriptivos y cualitativos. A continuación, se mencionan algunos de ellos de especial interés, sobre todo aquellos que tienen directa relación con la temática de esta tesis. Se presentan aquí en dos apartados: Por un lado, aquellos que hacen referencia a la perspectiva de la formación y por el otro, los que abordan la articulación grado y posgrado.

Referentes a la perspectiva de formación

Con respecto al tema abordado, el trabajo realizado en Santiago de Chile en el año 2017 de la autora L. Schonhaut, que lo titula “Formación de especialistas en pediatría y su adecuación a la realidad epidemiológica y laboral”, sostiene que la orientación de la enseñanza y ejercicio de pediatría debe responder a las necesidades de salud de la población y políticas de su país. El objetivo general del trabajo fue determinar el nivel de adecuación del programa de formación de especialistas en pediatría (PFEP) de la Universidad de Chile a las necesidades de la situación epidemiológica y del sistema de atención de salud chileno. Mediante un estudio cualitativo, interpretativo, se realizaron entrevistas en profundidad a informantes claves: 6 residentes, 6 egresados y 8 formadores, sobre los principales énfasis y falencias del PFEP y su adecuación a la oferta laboral del pediatra. Los entrevistados consideraron fundamental readecuar el PFEP a la realidad epidemiológica actual y oferta laboral del pediatra. Coincidieron en que el mayor énfasis del PFEP está puesto en las competencias de medicina clínica intrahospitalaria de alta complejidad, en disociación con el campo laboral, relacionado con pediatría ambulatoria con enfoque integral o pediatría del desarrollo, clínicas de continuidad y urgencias pediátricas. Las barreras identificadas para ello fueron falta de tiempo, carencia de docentes entrenados en dichos aspectos, carga asistencial y resistencia al cambio. Concluye la autora en su trabajo que parece fundamental readecuar el PFEP de la Universidad de Chile a la realidad epidemiológica del Chile de hoy y a las oportunidades laborales de los pediatras en formación. Es interesante resaltar este antecedente, por el interés común compartido en el presente trabajo, ya que sugiere un enfoque integral de la formación médica haciendo hincapié en reforzar conceptos de atención primaria de la salud y además menciona las barreras con las que se enfrenta el espacio del posgrado, como ser la sobrecarga horaria referida a la asistencia del paciente.

Otro de los antecedentes y que resultó ser uno de lo más importante para este trabajo fue el de la autora María Rosa Borrel Benz, que en 2005, publicó “La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa”. Este trabajo fue de gran utilidad como base para estructurar esta tesis ya que el objeto de estudio de su trabajo fue la formación en las residencias médicas, estudiada a través de la visión que sobre el proceso de formación tienen los docentes de las residencias médicas, la forma como conciben la enseñanza y el aprendizaje en espacios de servicios de atención y cómo encaran, a través de la organización curricular, la búsqueda de un enfoque interdisciplinario en las actividades educativas. La autora seleccionó un enfoque de investigación que integró el tratamiento de tendencias globales sobre residencias de distintas especialidades y de distintos contextos institucionales y del país, obtenidas a través de autoevaluaciones realizadas en años recientemente pasados, con la profundización cualitativa de los fenómenos particulares de aspectos educacionales y de las representaciones de los

actores, en cuanto sujetos que construyen significados, que describen la rutina y las situaciones problemáticas y las complejas interrelaciones que se dan en la realidad de la práctica de la enseñanza de los futuros médicos especialistas.

Continuando con esta última autora resulta importante mencionar que hace referencia a que los hospitales docentes vienen enfrentando crisis en los últimos años por problemas diversos. Los más frecuentes motivos de orden académico, son entre otros, la orientación marcada hacia la asistencia médica y menos hacia la enseñanza médica, la super-especialización médica, la falta de sintonía con los demás servicios de salud pública. Esto último constituye un enfoque importante ya que es el espacio donde transcurren los posgrados es en la ciudad de Santa Fe.

Otro antecedente fue el trabajo realizado por Hamui-Sutton en el año 2013, cuyo objetivo fue analizar a través de testimonios de residentes, aspectos de la cultura institucional y el clima de la subcultura que posibilitan o limitan el aprendizaje. Se trató de un estudio cualitativo e interpretativo cuya muestra consideró los testimonios de incidentes críticos de 135 residentes inscritos en el Plan Único de Especialidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en el ciclo Marzo 2012-Febrero 2013, de las cuatro especialidades troncales: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia. Se realizó un trabajo interdisciplinario en el cual se analizaron el contexto organizacional en el que se desempeñan los médicos residentes como la estructura, la comunicación y la jerarquía que se relacionan con el liderazgo y los grados de autonomía en la toma de decisiones. Distingue dos ámbitos con respecto al contexto organizacional: la cultura y el clima. A lo que hace referencia con cultura expone que:

Puede expresarse en toda la organización y en subculturas asociadas con niveles específicos, como la de los médicos residentes, o incluso en contraculturas que están poco integradas a la institución. Una subcultura organizacional es un subconjunto de integrantes de la organización que interactúan con regularidad, se identifican a sí mismos como un grupo distinto de los demás al interior de la organización (Hamui-Sutton, 2014, pág. 77).

También hace referencia a una subcultura del residente la cual se caracteriza por la selección al ingreso, por ser trabajadores-estudiantes-educadores al mismo tiempo, por interactuar en un sistema estructurado con rígidas jerarquías que cambian conforme los años avanzan. El mayor número de años cursados determina la posición, jerarquía, enseñanza, toma de decisiones y responsabilidades médicas. Los de menor jerarquía comparten el rol temporal de ser aprendices, de buscar la realimentación y el apoyo de los de mayor grado

Dentro de su trabajo la autora hace referencia a dos tipos de aprendizajes: el situado y el experiencial. Con respecto al primero de ellos hace referencia a que el residente aprende esencialmente sin una instrucción pedagógica y a través de experiencias no dirigidas que son el hacer cotidiano de la atención hospitalaria. Este aprendizaje que refiere nos da un punto de vista que es de utilidad para contraponer con lo encontrado en la investigación en el posgrado en clínica pediátrica en la presente tesis.

El aprendizaje situado se orienta hacia la apropiación de conductas, actitudes, emociones, valores y códigos de ética (generalmente no escritos) propios de la comunidad de práctica o de la cultura del grupo médico, donde el residente se forma. Además, se basa en la práctica guiada y experiencias dirigidas. (Hamui-Sutton, 2014: pág. 77)

En cuanto al segundo menciona que el aprendizaje experiencial parte del principio de que se aprende mejor cuando se entra en contacto directo con las propias experiencias, es un “aprender haciendo” que reflexiona sobre el mismo “hacer”. La esencia de este tipo de aprendizaje es que los eventos están siempre operando en el quehacer de las personas y lo que importa es el significado que se les da a las experiencias, por lo tanto, el residente requiere realizar una reflexión de las experiencias de su práctica para integrarlas como un aprendizaje significativo.

En tanto otro de los aspectos que analiza la autora es el clima, y con ello se refiere al contexto organizacional y a las percepciones de las prácticas institucionales reportadas por las personas que trabajan en él. Los estudios del clima se centran en la interrelación de elementos como: la comunicación, el conflicto, el liderazgo y el sistema de reconocimientos.

Las principales conclusiones del trabajo de la autora fueron:

. Algunos de los aspectos de la cultura institucional que se manifestaron en los testimonios fueron el respeto a las jerarquías hospitalarias, la primacía de la atención médica, la seguridad del paciente, la relevancia del aprendizaje situado y los recursos materiales, entre otros. En cuanto al desempeño de los residentes en la organización nosocomial, tanto en su rol de médicos trabajadores como de estudiantes, fue claro que ocuparon un lugar destacado en los procesos de atención médica y actuaron como mediadores del sistema entre los médicos tratantes, los servicios hospitalarios y los pacientes. Los residentes, al cumplir con sus funciones, aprendieron de su experiencia y la vincularon con el programa educativo de su especialidad. Los procesos de cambio relativos a la cultura organizacional para mejorar la calidad educativa y la atención médica son posibles en el clima de las residencias médicas. Sin embargo, esto no sucede por decreto, implica el compromiso y el apego a las normas y valores de los involucrados en las decisiones cotidianas hasta que las pautas de comportamiento se conviertan en las disposiciones profesionales y académicas de los miembros de la organización. (Hamui-Sutton, 2014, pág.88).

Este antecedente en particular también representa un punto de partida para enmarcar y poder estudiar la cultura y el clima dentro de las residencias de pediatría en la ciudad de Santa Fe, lo cual desglosaremos en capítulos posteriores.

Siguiendo este análisis en cuanto a las perspectivas de formación en las residencias médicas, el autor Zenén Rodríguez Fernández, en 2017, expresa en su trabajo “Educación en el trabajo en la enseñanza médica superior”, que la formación de los profesionales de la salud se basa en el principio marxista de la vinculación estudio-trabajo, a lo que se denomina educación en el trabajo, como modalidad fundamental de organización del proceso docente educativo en el ciclo clínico de las diferentes carreras de la educación médica superior.

El autor hace referencia a que <<Se impone recalcar que la educación en el trabajo es la forma fundamental de organización del proceso docente-educativo en las carreras de la educación médica en general y del residente en su etapa de especialización>> (Zenen Rodriguez Fernandez, 2017). Entre los objetivos fundamentales se encuentran que los educandos sean capaces de:

- Lograr el dominio de los métodos y las técnicas de trabajo de las ciencias médicas, el método clínico e investigativo, lo cual les permitiría desarrollar la capacidad para aplicar los conocimientos adquiridos, las habilidades formadas y desarrollar nuevas cualidades.
- Adquirir el hábito de razonar científicamente los datos recogidos en las historias clínicas, las posibilidades diagnósticas, las indicaciones de investigaciones complementarias, la valoración de sus resultados y las acciones terapéuticas médicas, quirúrgicas o ambas, a emprender con los pacientes y sus consecuencias, así como la planificación de los cuidados de enfermería, según corresponda.
- Enriquecer su experiencia práctica relacionada con la promoción de salud, prevención y diagnóstico de las enfermedades, y con el tratamiento, rehabilitación y cuidado de los pacientes.
- Profundizar en el análisis semiológico de los datos obtenidos del interrogatorio, del examen físico y de los aspectos patogénicos y fisiopatológicos de la enfermedad; asimismo, razonar sobre las indicaciones y la interpretación de los resultados de los exámenes imagenológicos y de laboratorio, la confirmación del diagnóstico clínico o epidemiológico y de los fundamentos científicos del tratamiento aplicado y de la planificación científica de los cuidados de enfermería. (Zenen Rodríguez Fernández, 2017, pág. 916)

El autor nos aporta las bases en la que se estructura la educación en el trabajo, la cual se organiza en estancias y rotaciones durante la carrera y la residencia. La estancia se corresponde con las actividades docentes de una sola asignatura o de una asignatura principal que coordina o integra contenidos de otras asignaturas básicas, básico-específicas o especiales durante la carrera y en las rotaciones por diferentes especialidades durante la residencia.

Siguiendo la línea de Zenen Rodríguez Fernández, en cuanto a la educación en el trabajo y el perfil profesional, nos aporta que:

La forma fundamental de organización de la enseñanza en el régimen de residencia es la educación en el trabajo, y así se denomina al conjunto de actividades que realiza el residente en el servicio de salud, con la asesoría directa del profesor o tutor,

a fin de adquirir las habilidades, hábitos de trabajo y búsqueda de información que le permitan la solución efectiva de los diferentes problemas de salud (Zenen Rodríguez Fernández, 2017, pág.917)

A modo de síntesis de estos artículos nos aportan que el principal modo de enseñanza es mediante la educación en el trabajo, donde predomina la actividad asistencial, guiada por un sistema jerárquico que ordena el modo de aprendizaje. En su mayoría reconocen un déficit en formación integral, sobre todo en el ámbito ambulatorio, predominando la formación de patologías que se resuelven en hospitales, es decir, en mayores niveles de complejidad, donde a su vez advierten una sobrecarga laboral en este ámbito.

Referentes a la articulación grado - posgrado

Todos estos artículos mencionados enmarcan los antecedentes en cuanto a la realidad que puede encontrarse en las residencias médicas, pero también uno de los objetivos de este trabajo es analizar si existe una relación u articulación o línea de continuidad entre la formación de grado y posgrado.

Un antecedente de relevancia con respecto a esto fue el trabajo de Mario Baez y colaboradores (2013), que analiza la situación actual de la transición y articulación entre el pregrado y postgrado en las catorce universidades chilenas que integran el grupo operativo coordinado por el Centro Interuniversitario de Desarrollo (CINDA). Nos refiere que <<la revisión de la literatura muestra que la articulación como elemento propio de un real “sistema” educativo, es un ámbito escasamente abordado por la investigación académica, y los estudios existentes revelan un muy bajo nivel de articulación>>. El trabajo se focalizó en los conceptos de armonización, entre el pregrado y el postgrado.

Se definió articulación como el conjunto de elementos (curricular, financiero, vínculo con el medio, extensión, investigación y administración) que propicia la transición entre el pregrado y postgrado, facilitando la cohesión, coherencia y continuidad en el proceso formativo del estudiante. (Baez y col. 2013)

Lo que propone en su trabajo es un análisis del marco legal, las políticas públicas y postgrados en Chile, la articulación entre pregrado y postgrado desde los criterios de evaluación de la acreditación. Como principales resultados del análisis de esos documentos aporta que:

Existe una escasa información en cuanto a la articulación entre el pregrado y el postgrado, presente en la documentación oficial y pública de las diversas instituciones consultadas. Sin embargo, si bien no se identifican modelos de articulación propiamente tales, estos surgen, ya sea en forma explícita o implícita, y se manifiestan en los elementos asociados al concepto de aprendizaje a lo largo de la vida y a la idea de que este es un derecho de los estudiantes y una responsabilidad de las instituciones (Báez, 2012).

También nos comparte la visión de los directores de pregrado y posgrado, mediante entrevistas a estos, nos reflejan reflexiones como por ejemplo que no comparten una visión común de la articulación, en la mayoría de los casos funcionan independientemente, tampoco existe una política de articulación, y la articulación no es un elemento exigible para los programas de postgrado.

Otro antecedente de relevancia es el que nos ofrece el autor Molina Bedoya Victor, en 2022, en su artículo “Articulación de pregrado y posgrado. Interconectar la educación para una actitud científica colectiva en Colombia”, se trató de una revisión bibliográfica alrededor de las fundamentaciones y las experiencias relativas a la articulación del pregrado y posgrado, con especial interés en Colombia y Latinoamérica. Luego se realizó un estudio documental sobre marcos normativos, experiencias y estrategias que propiciaran la conexión entre los niveles de formación en Colombia. En esta revisión también se cita autores como Baez et al (2013), quien hace referencia al estudio llevado a cabo por el estudio CINDA en Chile, el cual es citado por la presente tesis.

Este autor, que realiza el trabajo en las Universidades de Colombia , nos informa que los trabajos que abordan esta temática son escasos, y comparte las siguientes conclusiones:

- Es necesaria una mayor divulgación y promoción de los mecanismos universitarios que contemplan para avanzar en procesos de integración y articulación como son: la figura de estudiante coterminal(son estudiantes de pregrado, que tienen la posibilidad de cursar un conjunto de asignaturas de los programas de posgrado ofertados por las distintas escuelas y facultades) , el ingreso por cambio de programa y la posibilidad que tienen los estudiantes de posgrado de tomar cursos en otro programa y de solicitar el reconocimiento de asignaturas de otro posgrado
- Los programas deben identificar asuntos problemáticos tradicionales y emergentes sobre los cuales los estudiantes se puedan formar a partir de reconocer y buscar estrategias colaborativas de carácter transdisciplinar y transcultural, usando los contenidos formativos en busca de soluciones y articulaciones.
- Configurar un sistema de reconocimiento y visibilización de creaciones, novedades evidentes y buenas prácticas profesionales y organizativas que sean incorporadas a los procesos de formación superior.
- Se debe fortalecer en las unidades académicas y en los programas, la figura – reglamentaria universitaria– de cursos coterminales con una ampliación a electivas y de preferencia, estructuración por parte de varias unidades académicas, así como el diseño y ofrecimiento de cursos en dos o más lenguas, nacionales e internacionales, que permitan la movilidad estudiantil y profesoral, con soporte fuerte desde la interculturalidad crítica. (Bedoya, V. 2022, pág.13)

Como cierre de esta búsqueda de antecedentes, se puede observar claramente en los trabajos esbozados, la clara necesidad de profundizar los estudios en el ámbito del posgrado, tanto desde la perspectiva de formación, como así también la importancia de establecer programas de articulación entre el grado y el posgrado.

1.3 Referencias Teóricas

Para la elaboración de este trabajo, tomé como principal referencia del campo del currículum a Alicia de Alba, autora mexicana que ha podido reinterpretar las líneas teóricas que se fueron desarrollando con anterioridad y, a su vez, elabora una perspectiva que permite analizar la complejidad del currículum. Sus estudios se han focalizado en el análisis del currículum universitario y se ha centrado en particular en los procesos de formación, que es la instancia en la que interesa investigar. Se destaca a continuación algunas de las nociones centrales que trabaja esta autora y que permitieron orientar el trabajo de la tesis.

En primer lugar, mencionar la idea o definición de currículum como “síntesis de elementos culturales”, lo cual permite advertir que lo que se transmite en un proyecto educativo no son sólo conocimientos, sino también hábitos, valores, creencias, costumbres que, en algunos casos tienen más peso que los conocimientos específicos que propone un plan de estudio.

Según la autora, uno de los aspectos más importantes en cuanto al campo del currículum ha sido concebirlo en su estructura solo en los aspectos estructurales-formales, a esto se refiere con los programas de formación, reglamentaciones ministeriales, legislación vigente, etc. Por ello es imposible concebir al currículum solo con este aspecto y dejando de lado los aspectos procesales-prácticos, donde encontramos los principales elementos de resistencia del currículum, expresándose en ellos las particularidades de cada lugar o región. Estos dos aspectos en particular, se han tomado para analizar la conformación del currículum de posgrado en pediatría en Santa Fe.

Por otra parte, la autora destaca la noción de sujeto, los cuales intervienen en el mismo y es lo que hace que el currículum esté en constante transformación según los sujetos sociales intervinientes, y teniendo en cuenta todos los aspectos de la sociedad en general, la historia y la actualidad. Alicia de Alba diferencia tres tipos de sujetos curriculares, los cuales me permití relacionarlos con mi trabajo de tesis para darle una orientación en la lectura y comprensión de la misma. A continuación, mencionamos los mismos:

- Los sujetos de determinación curricular: son aquellos que determinan los rasgos básicos o esenciales ("orientación"). Aquí podríamos enmarcar al Ministerio de Salud de Nación y también su entidad provincial el cual ejerce el papel de rector principal de la orientación formativa.
- Los sujetos del proceso de estructuración formal del currículum son aquellos que en el ámbito institucional le otorgan forma y estructura al currículum de acuerdo con rasgos centrales perfilados en el proceso de determinación curricular: Por ejemplo: en nuestro caso podemos incluir al hospital como institución, el comité de docencia e investigación que se encuentran en ellos. En este proceso se concreta en la elaboración del plan de estudios.

-
- Los sujetos del desarrollo curricular son aquellos que convierten en práctica cotidiana al currículum. Ej: Instructores y Jefes de Residentes, médicos de planta de los hospitales y los residentes

También se tomó como referencia teórica la descripción que realiza al respecto Alicia Camilloni (2016) sobre estructura curricular en donde analiza tendencias actuales en torno al currículum universitario y formatos especiales respecto a los modos de organización del conocimiento.

Como refiere la autora las cuestiones curriculares son siempre complejas y requieren tener en cuenta, de manera integrada, ideas, dimensiones, aspectos, factores y fuerzas diferentes que, en la teoría y la práctica, se combinan al tomar decisiones sobre el currículo como proyecto de acción de capacitación y educación. En lo que respecta al interés de este presente trabajo, hace mención al espacio del posgrado, donde revela que existe una gran oferta académica en este espacio, pero, es posible que problemas no resueltos o déficits en la formación de grado se resuelvan apropiadamente en el mismo grado si se rediseña la carrera, sin requerir al graduado que prolongue sus estudios cursando una formación de posgrado y esta última área adicionando sus propios déficit, hacen pensar un intrincado de problemas que se deben analizar.

Otro aspecto que nos aporta la autora con respecto a las relaciones entre el grado y el posgrado es la existencia de dos tipos de currículum. En el caso del grado, transcurre en un mismo proceso de formación y en un único diploma certifica todas las incumbencias propias de un campo profesional. Se dice entonces que en el grado el currículum es centrípeto. En cambio, en el posgrado, se abren diversas especializaciones en las que se delimitan campos de estudio y trabajo, cada una con un diploma diferente. Entonces en el posgrado hablamos de un currículum centrífugo. A la inversa, hay campos profesionales en los que en los estudios de grado se abren en un abanico de carreras diferentes, cada una correspondiente a un proceso de formación que otorga un título propio. En este caso, el grado es centrífugo. El posgrado puede conservar ese mismo carácter o hacerse centrípeto, abierto a los graduados de distintas carreras de grado. Ejemplos de estas dos modalidades son la carrera de Medicina e Ingeniería (centrípeto y centrífugo respectivamente).

Por otra parte, en lo que respecta a los formatos curriculares es importante mencionar las diferentes formas de los currículum, los cuales usaré luego para enmarcar el análisis de los programas de formación en el capítulo posterior correspondiente, según la autora lo podríamos clasificar:

- Por asignaturas: Comprenden una selección de contenidos que forman parte de una disciplina, o una reunión de contenidos tomados de distintas disciplinas. Pero son siempre una selección de contenidos con el fin de que sean enseñados
- Por disciplinas: Se considera que cada una de ellas tiene un papel formativo, y una primera decisión de diseño es determinar cuáles son las disciplinas que se van a incluir en el currículo. En el proceso de

diseño, las disciplinas se dividen luego en asignaturas. Para cada campo disciplinar, los criterios de división en asignaturas son variados. Pueden corresponder a temas disciplinarios diferentes, a asignaturas que se enseñan con distintos enfoques o a asignaturas en las que se pone mayor nivel de exigencia, profundidad o intensidad

- Por bloques: Estructura un currículo con grupos de asignaturas que constituyen bloques. No es un currículo en bloques sino con bloques, porque en él no todos los componentes se integran en bloques. Su configuración responde al propósito de evitar que las asignaturas que cursan los alumnos sean independientes unas de otras, sin vinculación planificada para su enseñanza y aprendizaje
- Por ciclos: Es un formato habitual, que se presenta en numerosos diseños en los que los currículos están resueltos como etapas sucesivas de formación, Ciclos que encontramos con frecuencia son, por ejemplo: un ciclo básico, un ciclo intermedio, un ciclo final, o un ciclo básico general y un ciclo profesional. Se trata, generalmente, de dos o tres ciclos para los estudios de grado

1.4. Aspectos Metodológicos

1.4.1 Tipo de Diseño

El tipo de diseño fue abordado desde una lógica cualitativa. Ésta enfatiza la inducción analítica, busca generar teoría, posibilita construir la dialéctica de los procesos de comprensión de una totalidad.

Intenta construir esquemas conceptuales más adecuados a las realidades en estudio a partir de la información empírica. Trabaja con la implicación del investigador en la realidad estudiada, reconoce la existencia de supuestos ideológicos que deben explicitarse, de emociones que son parte de la construcción del dato científico. Se opera en un proceso en espiral de combinación de obtención de información empírica y análisis (Sirvent 1998)

Como refieren Goetz y Le Compte (1988) respecto del lugar en la teoría de selección para la recolección y análisis de datos, enuncia que “los datos recopilados por el investigador dependen de su visión del mundo. Su filosofía y perspectivas dictan sus categorías perceptivas y los tipos de cuestiones que plantea. Asimismo, la disciplina a la que pertenece repercute en la clase de datos que se consideraron relevantes y en las estrategias que seleccionaron para su obtención. Las estrategias de recogida de datos están también informadas por la teoría, en cuanto que las técnicas elegidas han de ajustarse a los constructos teóricos del diseño, a fin de que los datos proporcionen una respuesta a las cuestiones planteadas.

Como sistema de recolección de datos, se conformó un corpus documental para analizar la normativa que regula actualmente el posgrado en Pediatría, como así también los programas de residencias para analizar

su estructura académica y los perfiles profesionales que se promueven. También se realizaron entrevistas abiertas a los responsables implicados en los programas de formación de posgrado en pediatría y a los médicos residentes. Estos son los Directores de Docencia e Investigación, Instructores y Jefes de Residentes, Médicos de Planta Hospitalaria.

En el plan de trabajo se había consignado lo siguiente:

1.4.2 Unidad de Análisis

Las unidades de análisis fueron cada uno de los perfiles que persiguen los programas de formación de posgrado en clínica pediátrica en la ciudad de Santa Fe.

1.4.3 Universo de Estudio

El universo está conformado por la totalidad de los perfiles de los programas de formación pediátrica en Santa Fe.

1.4.4 Objeto de Estudio

El objeto de estudio lo constituye el Sistema de Formación de Posgrado en clínica pediátrica de la ciudad de Santa Fe

1.4.5 Las técnicas de obtención de información

- Análisis de la normativa que regula los posgrados: Documento Marco de Residencias de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación, Leyes que regulan las residencias médicas a nivel nacional y provincial.
- Análisis de los programas de formación de los posgrados: Hospital de Niños Dr. O. Alassia, Hospital J.B. Iturraspe.
- Entrevistas a sujetos de estructuración y desarrollo curricular del posgrado de clínica pediátrica. (Directores de docencia o responsables de las residencias, instructores, jefes de residentes y residentes)

1.5 Organización del trabajo

En el Capítulo 2 se describe el cambio de paradigma en la concepción salud-enfermedad con su impacto en la modalidad de enseñanza médica, el cual inicialmente se enseñaba la medicina concibiendo que los problemas del individuo sólo responden a factores biológicos. Pero luego con una nueva corriente de pensamiento en donde se integran las ciencias psicosociales, se intenta entender que el humano es un ser integral, donde los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, interactúan plenamente entre ellos, cada uno componiendo un todo, entendiendo que la afectación de uno o más de estos aspectos repercuten en los otros. A continuación, se realiza un análisis del espacio del espacio hospitalario, en el cual se desarrollan los posgrados médicos analizados. Fue necesario comentar su actualidad y el reparo histórico de las residencias, con ayuda de los formadores históricos, los cuales fueron entrevistados comentando los orígenes de la misma, aportes a la sociedad y modos de enseñanza.

En el Capítulo 3 me propuse analizar los aspectos estructurales - formales que nos menciona A. Alba (1998) investigando el marco normativo, los programas de formación que establece el ministerio de salud de nación y los que encontramos en nuestra ciudad, en nuestros centros formadores.

Luego en el Capítulo 4 se da lugar a los sujetos de desarrollo curricular, donde mediante entrevistas presenciales a formadores históricos de ambos hospitales, llámese así a pediatras con una larga trayectoria formando de residentes, también se hizo lo mismo con los instructores y jefes de residentes actuales, como a su vez con los médicos residentes en formación, completando con estos últimos además de la entrevista presencial, una encuesta online. Analizamos el espacio hospitalario como espacio de formación, perfil que se busca en el aspecto curricular, fortalezas y debilidades de esta modalidad, tensiones entre formación - asistencia, líneas de continuidad con el grado.

En la parte final de este trabajo se menciona un análisis reflexivo sobre los resultados encontrados, enfatizando aspectos importantes para el interés del presente trabajo, sobre todo haciendo una referencia bibliográfica de los métodos de aprendizajes y evaluativos actuales que podrían servir de aportes para el curriculum de posgrado.

CAPÍTULO 2

Cambios en la concepción salud-enfermedad y su impacto en la formación médica

2. Cambios en la concepción salud-enfermedad y su impacto en la formación médica

La medicina, al igual que otras ciencias, ha mostrado cambios vinculados a cuestiones epistemológicas en general, pero sobre todo en los enfoques a la concepción de salud y de enfermedad. Estas modificaciones luego se vieron reflejadas en las instancias de formación de grado en medicina repercutiendo en la modalidad de enseñanza. Debido a esto es importante mencionar brevemente estos cambios desde los aspectos disciplinares y pedagógicos, para luego hacer referencia a la modalidad de formación en el espacio del grado como del posgrado.

Según la autora R.M Borrel Bentz (2005) existen dos grandes divisiones de la educación médica en el último siglo que considera fundamentales para poder relacionarlos con las orientaciones educativas y curriculares.

En el nivel académico de la medicina, se podrían distinguir dos enfoques que han representado dos paradigmas diferenciados: el enfoque flexneriano y el crítico, este último intenta mejorar algunos de los postulados de Flexner.

2.1 Enfoque Flexneriano

Abraham Flexner, fue educador y académico, realizó reformas en la forma de educación médica en Norteamérica y que tiempo más tarde repercutió en América Latina dejando rasgos característicos hasta la actualidad. Descendiente de inmigrantes judíos alemanes, nació en 1866 en Louisville, USA.

Logró graduarse de Estudios Clásicos en la Universidad “Johns Hopkins” y ejerció como maestro en escuelas preparatorias para el ingreso en la universidad con mucho éxito. Se familiarizó rápidamente con la información disponible y en 1910 realizó un periplo de seis meses en los cuales visitó 155 escuelas de medicina de USA y Canadá, y ejecutó una investigación esencialmente comparativa en cuanto a aspectos tales como cuerpo profesoral y compromiso con la universidad, procedimientos de ingreso, infraestructura, etcétera. Este trabajo constituye una de las obras más citadas en la literatura especializada; hoy basta decir “el informe Flexner” para referirse a él. (VICEDO TOMEY, 2002)

Sobre esta base Flexner presentó algunas recomendaciones que me interesa resaltar y que creo que al día de hoy generan interrogantes de cuantos de estos postulados siguen vigentes, a continuación, menciono algunos de los mismos:

- La atención médica debe basarse en el conocimiento de las ciencias biomédicas, fundamentalmente en las ciencias básicas con cursos semejantes a los ofrecidos por la educación alemana (anatomía, fisiología, bioquímica, farmacología, histoembriología, bacteriología y patología).
- Sólo las escuelas de alta calidad deben ser acreditadas para formar médicos, por tanto, deben estar afiliadas a universidades. Las escuelas sin calidad necesaria deben ser cerradas.

-
- Las escuelas aprobadas deben privilegiar la educación en laboratorios, en la experiencia clínica, concentrados en los aspectos de atención médica individual y con una organización minuciosa de asistencia médica en cada especialidad.
 - La valorización de la enseñanza dentro de un hospital de enseñanza, que contase con un cuerpo clínico propio y permanente, con limitada asistencia ambulatoria, apenas para casos que precisaran de internación, y que cada hospital contara con un número determinado de camas para cada alumno (Borrel 2005:23).

La propuesta de Flexner hacía hincapié en rol del médico en el tratamiento de la enfermedad, con un enfoque netamente biologicista, es así que llega a plantear que si no existiera la enfermedad no tendría razón de ser la existencia del médico. <<En esencia, el modelo flexneriano colocó como fundamental la dimensión biológica de la enfermedad y la atención al individuo basada en la “departamentalización” o territorialidad del conocimiento y la especialización de la práctica médica >>(Borrel Bentz 2005: 24).

Es importante remarcar esta parte de este enfoque ya que no incluye una visión integral a la hora de formar profesionales que incluyan contenidos de índole psicosocial, además que plantea una educación médica que debe transcurrir en el espacio hospitalario pero que esta instrucción clínica en ese espacio debe ser regida por las universidades. Esto lo veremos a continuación de qué manera se integran o no estas dos instituciones en la formación médica.

2.2 Primeros cambios del paradigma biologicista: Introducción de la Ciencias Sociales en Medicina

En relación a lo dicho con anterioridad y en oposición al modelo descrito anteriormente se encuentra el modelo crítico que se percibe como contraposición del modelo flexneriano y se fundamenta en los cambios sustanciales de la concepción de la medicina, de la salud y del objeto de estudio u objeto de conocimiento de las mismas. El avance de las ciencias sociales en la problemática de la salud- enfermedad generó una corriente de medicina social a partir de los años 70, cuyo eje de reflexión ha sido la elaboración de una nueva conceptualización biológica y social del proceso salud-enfermedad.

Este modelo alternativo toma en cuenta las relaciones entre el concepto de salud, los modos de producción y las formaciones socioeconómicas; las relaciones entre la organización de la acción de salud, las investigaciones históricas sobre la formación, el desarrollo y la consolidación de las organizaciones prácticas y de la educación médica.

Los componentes más relevantes de este proceso de cambio fueron:

- La búsqueda de caminos para la articulación del proceso educativo y la práctica de salud, con la incorporación de actividades extramurales y trabajo comunitario

-
- El sistema de estudio-trabajo y las actividades de integración docencia- servicio
 - El desarrollo del eje de atención primaria y la incorporación de las ciencias sociales al estudio del proceso salud-enfermedad. (Borrel 2005:28)

Pero este proceso de tratar de implementar estos cambios ha tenido dificultades en su implementación, según nos relata el Dr. Juan C. García (1994) quien observó mediante el análisis de más de 100 escuelas de medicina de América Latina, serios problemas relacionados a las actividades de la enseñanza y el plan de estudio, así como de la estructura de las escuelas, pero principalmente remarcó en su trabajo la falta de articulación entre la educación médica y la estructura social.<< Las ciencias sociales podrían, mediante un trabajo conceptual, ayudar a transformar los elementos ideológicos contenidos en la medicina en conocimientos teóricos. Esta práctica teórica, en la que pueden colaborar las ciencias sociales, traería a la enseñanza un enfoque crítico, que permitiría una renovación del conocimiento que hoy día constituye la base sólida aparente de la práctica médica >> (García JC. 1994, p164). Sin embargo, las casas de estudio de medicina no pueden estar de espaldas a las situaciones cambiantes del contexto en el cual se encuentran insertas; por el contrario, la educación médica se encuentra en el centro de las relaciones entre la estructura social, económica, política y la propia práctica médica en cada país.

En este camino de afianzar la Atención Primaria de la Salud y renovar el concepto de salud - enfermedad, me pareció importante resaltar lo que sucedió en 1978 con el impulso de la Organización Mundial de la Salud, en su Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, donde promulgan la necesidad de una acción urgente por parte de los gobiernos, personal de salud, de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todo el mundo. Entre sus declaraciones más importantes expresan el concepto de salud y otros puntos que es importante remarcar lo que menciono a continuación.

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países. (OPS;1978)

Sostiene que la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial. Reafirma que la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, <<puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de

autorresponsabilidad y autodeterminación>> (OPS;1978). La atención primaria es parte integrante del sistema de salud, del que constituye el núcleo principal, así como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Se encuentra en el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención de salud al lugar donde viven las personas para tener su acceso inmediato.

Según la declaración de Alma Ata (1978) la atención primaria de salud; es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.

Principalmente se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas; comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales; entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores. (OPS;1978)

Esta declaración ha sido muy importante en la conformación de la nueva currícula que empezó a regir en Santa Fe a partir del año 2002, y constituyó una base fundamental en la construcción del perfil formativo de grado.

Otro momento importante que han aportado al enfoque de la formación médica sobre todo haciendo hincapié en la promoción de la salud fue la Carta de Ottawa que se emite el 21 de noviembre de 1986 para cumplir con el objetivo ya planteado en el año 1978 en la declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de *Salud para todos en el año 2000*. En esta conferencia se define Promoción de la Salud como *El proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore*. Se definen unos prerrequisitos para la salud; cualquier mejora de la salud ha de basarse en ellos: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, un ecosistema estable, justicia social y equidad. Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida, por lo que el objetivo es hacer condiciones favorables para promocionar la salud. Se insiste en que la Promoción de la Salud exige acción coordinada de gobiernos, sectores sanitarios, y otros sectores sociales y económicos, autoridades locales, industria y medios de comunicación. En conclusión lo que

quiero mencionar fueron los aportes que se propusieron como estrategias fundamentales para conseguir activar la Promoción de la Salud:

1. Políticas de Salud Pública adecuadas.
2. Crear entornos saludables.
3. Reforzar la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales. Educación para la Salud.
5. Reorientación de los servicios sanitarios.

Debemos destacar entonces, que el concepto biologicista que abogaba A. Flexner de la formación médica de grado ha evolucionado o intenta hacerlo en su defecto, hacia un modelo de enseñanza integrador, enmarcando un enfoque que engloba los aspectos biológico, psicológico y social, incluyendo también la Promoción y Prevención de la Salud como estrategias esenciales a incluir en el nuevo perfil médico, potenciado los ámbitos de Atención Primaria de la Salud. Esto que planteo si bien llevó muchos años de cambios de mentalidades o lo que implica cualquier cambio de paradigma, creo que debería mantener una coherencia lógica y continuar en el posgrado.

Entonces lo que se desprende del análisis mencionado con anterioridad de la contraposición de estos modelos de enseñanza, es la necesidad de encontrar líneas de continuidad, si es que existen, entre el grado y el posgrado. Para ello primero describiré como es la formación médica actual de grado en la UNL.

2.3 La formación médica en la Universidad Nacional del Litoral

La Universidad Nacional del Litoral (UNL) creada por Ley N° 2861, con fecha 17 de octubre de 1919 se caracterizaba por ser una institución regional de amplia cobertura espacial. Entre sus unidades académicas contaba con la Facultad de Ciencias Médicas y Farmacia con sede en la Ciudad de Rosario, creada en base a la Escuela de Medicina y el Hospital Centenario. En 1968, bajo el gobierno de facto de Onganía se sanciona y promulga la ley de creación de la Universidad Nacional de Rosario por la que la UNL pierde su carrera de Medicina, modificando su estructura original.

Básicamente la currícula con la que comenzó esta formación de grado respondía al modelo Flexneriano centrado en el individuo, la enfermedad y los escenarios de práctica hospitalaria.

Medio siglo luego de su creación, la Organización Panamericana de Salud (1987) incorpora los conceptos de Salud Pública, equipos de salud; el médico de atención primaria; las Facultades de Medicina como instituciones que deben reconocer y dar respuestas a las necesidades de salud de la comunidad. Por esto, en el año 2001 la Facultad de Medicina de la UNR se plantea la “modificación curricular” a través de la incorporación a las ciencias tradicionales de otros “campos de racionalidad humana”. De esta forma el

plan académico buscó formar un profesional del área de la salud, capacitado para (Resolución C.S. N° 158/2001 FCM/UNR):

1. Comprender al ser humano integralmente, reconociendo a la vida y la dignidad humana como valores supremos e involucrándose en la defensa activa de estos valores.
2. Intervenir idóneamente en el Proceso Salud-Enfermedad-Atención, desde el campo teórico práctico de la Atención Primaria de Salud, reconociendo a la salud como un derecho y su tarea como un servicio en el camino para la construcción de la ciudadanía.
3. Tomar decisiones aún en contextos de incertidumbres, crisis y cambios sociales profundos, para desarrollar un desempeño autónomo comprometido con la realidad social, reconociendo a la profesión como una práctica ética.
4. Promover la formación del equipo de salud con otros trabajadores de la salud y actores sociales.
5. Reconocer la importancia del autoaprendizaje y de la educación continua.

Debemos mencionar un poco más de la creación de la nueva currícula médica, por ello retomamos nuevamente el año 2001 en la ciudad de Santa Fe donde fue creado el Programa para el Desarrollo de las Ciencias Médicas, un emprendimiento en conjunto entre la UNL, la UNR, y el Ministerio de Salud de la Provincia. Mediante este convenio se posibilitó el cursado completo del plan de estudios de la carrera de Medicina de la UNR con una propuesta curricular innovadora, abandonando el curriculum tradicional, organizado en disciplinas, adoptando esta propuesta renovadora centrada en el aprendizaje basado en problemas (ABP) (Carrera, L:2013:159). La carrera de medicina propia de la UNL (luego del programa con UNR) comienza a dictarse en el año 2007. El 2 de diciembre de 2010 la Escuela de Ciencias Médicas se transforma en facultad por resolución de la Asamblea Universitaria y su primera cohorte de alumnos culmina sus estudios en diciembre de 2012. Para este proceso fueron consultados asesores externos provenientes de la Universidad Mc Master de Canadá, la cual fue pionera en el desarrollo de una currícula que centraba su metodología en el ABP y buscaba abandonar el modelo flexneriano.

Este nuevo enfoque fomenta la autonomía cognitiva, la enseñanza y el aprendizaje a partir de problemas abordados en pequeños grupos, guiados por un docente, donde el error se volvería una oportunidad para aprender. En esta nueva propuesta no solo fue importante la metodología adoptada como eje central de la estructuración curricular, sino fundamentalmente en el perfil del egresado propuesto. Este es el de un médico orientado hacia la atención primaria de la salud con una mirada bio-psico-social, que dé respuesta

a las demandas de una sociedad que reclama mayor equidad en el acceso a la salud y aborde las principales problemáticas mundiales de salud (Carrera, L 2013:159).

Según la autora Dra. Carrera Larisa, quien fue Decana de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Litoral, en los diseños curriculares de las carreras de medicina deben establecerse competencias, definirse los objetivos de aprendizaje y las actividades a realizar. Se busca además que el alumno, además, pueda desarrollar sus prácticas en los efectores de salud que integran el primer nivel de atención y se abandone el modelo centrado fuertemente en el hospital escuela.

Los alumnos de la carrera de medicina desde el comienzo empiezan a trabajar para la adquisición de determinadas competencias que hacen al quehacer profesional, como por ejemplo, el trabajo en equipo, el abordaje integral de los problemas de salud. Este desarrollo de competencias es una combinación integrada por conocimientos, habilidades y actitudes que conducen a un desempeño adecuado y adecuado en el campo de las ciencias de la salud y podría ser definida como un *saber hacer sobre algo* con determinadas actitudes, es decir, como una medida de lo que una persona puede hacer bien como resultado de la integración de sus conocimientos, habilidades, actitudes y cualidades personales.

En el estudio acerca de la curricula médica de grado, encontré dos trabajos de alumnos de la Maestría en Docencia Universitaria en la UNL, los cuales si bien no comparten los mismos objetivos de este trabajo, describen también este nuevo enfoque en el modo de enseñanza médica que a mi me interesa remarcar. El autor M. Vicco en su tesis sobre *Análisis de la evaluación de competencias en el área Clínica Médica de la carrera de ciencias médicas de la UNL*, expone que actualmente la propuesta curricular de la carrera de medicina prevé desde su inicio la realización de laboratorios de habilidades e instrumentales en los cuales los alumnos articulan el conocimiento teórico construido en cada unidad de aprendizaje basado en problemas, con el desarrollo de habilidades y destrezas. En forma paralela, los estudiantes realizan prácticas en terreno en 7 efectores de salud donde aplican “el saber hacer” con diferentes niveles de complejidad que se van profundizando a medida que el estudiante progresa en la carrera. En los dos primeros años las prácticas tienen una fuerte impronta comunitaria y se focalizan en centros de atención primaria, mientras que en el tercer año comienzan a asistir a hospitales y en los años posteriores se orientan al ejercicio profesional en nosocomios de segundo y tercer nivel, sin dejar de lado las prácticas en el primer nivel de atención.

También la autora M. Castañeira en su tesis titulada *Reconocimiento de obstructores y facilitadores del aprendizaje basado en problemas en la carrera de medicina de la UNL*, nos aporta que la formación del médico general debe considerar un enfoque científico, antropológico, social y humanístico, para lo cual se deberán tener en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, éticos, culturales, económicos y políticos, además de los científico-técnicos que lo capaciten para la atención de pacientes. Se debe favorecer el desarrollo del pensamiento crítico y del aprendizaje activo para la adquisición, análisis, aplicación y

transmisión de conocimientos en la investigación y en la práctica docente, se debe incentivar una actitud positiva hacia el autoaprendizaje y la formación permanente, se deberán considerar especialmente actividades vinculadas a la resolución de problemas, estudio de casos, de historia clínicas y otras que hagan al desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para encarar los problemas clínicos, diagnosticarlos, tratarlos y/o derivarlos oportunamente. Deben abordarse los problemas vinculados a la Medicina Social y Preventiva y a la Rehabilitación.

En lo que respecta a la carrera de medicina en sí en Santa Fe tiene una duración de 6 años y está organizada en cuatro Ciclos definidos desde una perspectiva crítico-reflexiva sobre el saber médico, para proyectarlo desde la salud hacia la enfermedad en un movimiento circular, que no es evolutivo pues los ciclos se definen en permanente relación, en el sentido de la complejidad. La delimitación de los Ciclos está determinada por la estructura interna del objeto de estudio, el proceso Salud- Enfermedad- Atención y la práctica de la Medicina en una interrelación constitutiva (UNL - Res. HCS 133-06).

En el primer Ciclo se destaca la comprensión de la Promoción de la Salud y la organización del desarrollo de los contenidos y habilidades específicas en torno al eje *Conocer para cuidar*. Entendiendo al proceso de salud desde lo biológico, lo social, lo psicológico como el primer fin de la práctica profesional.

El segundo Ciclo de Prevención de la Enfermedad está organizado en torno al eje *Conocer para evitar*. Propone el desarrollo de contenidos y habilidades específicas para valorar el ejercicio de una práctica centrada en la Prevención.

En cuanto al tercer Ciclo, la enfermedad y los sistemas de atención plantean el desarrollo de contenidos y habilidades específicas, con un enfoque orientado hacia aquellas actividades prevalentes en las áreas de las prácticas médicas: Pediatría, Gineco - Obstetricia, Clínica Médica y Clínica Quirúrgica.

Por último, el Ciclo de Práctica Final, a través de un internado rotatorio comprende actividades tuteladas e intensivas en ámbitos hospitalarios, consultorios externos y comunidad, donde se pondrán en práctica los conocimientos, habilidades y destrezas para el ejercicio profesional (UNL - Res. HCS 13306)

El modelo de enseñanza que se usa actualmente en el grado, es el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). Barrows (1986) define al ABP como un método de aprendizaje basado en el principio de usar problemas como punto de partida para la adquisición e integración de los nuevos conocimientos. Desde que fue propuesto en la Escuela de Medicina de la Universidad de McMaster, <<el ABP ha ido evolucionando y adaptándose a las necesidades de las diferentes áreas en las que fue adoptado, lo cual ha implicado que sufra muchas variaciones con respecto a la propuesta original">> (Barrows, 1986: 3) .

La Universidad de MacMaster, en Canadá, desarrolló a fines de los años sesenta el método de ABP fundamentado inicialmente en el método por manejo de matrices. Este método intenta desarrollar el razonamiento y conocimiento para la búsqueda de solución, a partir de aprender a formular preguntas, desarrollar hipótesis, sintetizar información, defender opiniones o tesis con ideas claras, buscar respuestas; en definitiva, formar decisores. Utiliza la información como herramienta de trabajo, busca estimular la curiosidad y permite al estudiante aprender a trabajar en grupo. Se fundamenta en “casos problemas” y el docente hace las veces de tutor. Considerando los casos estructurados, el objetivo final de los estudiantes es llegar a un diagnóstico a partir de una serie de síntomas, pasando por la investigación y debate de los escritos pertinentes, para luego justificar el diagnóstico (Venturelli, 1997)

El Aprendizaje Basado en Problemas se fundamenta en la corriente educativa llamada constructivista, que plantea que el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano. Es decir, el aprendizaje es un proceso constructivo interno y no basta la presentación de la información a un individuo para que la aprenda, sino que es necesario que la construya mediante su propia experiencia interna...y en este sentido, la enseñanza debería plantearse como un conjunto de acciones dirigidas a favor precisamente del proceso constructivo del alumno (Carretero, 2014).

El ABP brinda la oportunidad de aprender a tomar decisiones de manera científica, adquisición de razonamiento crítico, utilización de un enfoque holístico para el manejo de las situaciones, aprendizaje autodirigido asociado a la educación continua a lo largo de la vida, capacidad para el trabajo en equipo, adquisición de la habilidad para escuchar, responder y participar en discusiones relevantes.

Este modelo cuenta con la guía de un tutor, donde los estudiantes deben tomar la responsabilidad de su propio aprendizaje, identificando que contenidos necesitan para tener un mejor manejo del problema en el cual están trabajando, y determinando dónde conseguir la información necesaria (libros, revistas, profesores, internet, etc.). Entonces los profesores de la facultad se convierten en consultores de los estudiantes y de esta manera permite que cada estudiante personalice su aprendizaje.

El ABP se centraliza en el estudiante, pero promueve el trabajo colaborativo, involucra a todos los miembros del grupo de trabajo y promueve habilidades interpersonales, propicia la participación de los alumnos, generando que desempeñen diferentes funciones en las actividades diseñadas, que les permitirán ir adquiriendo los conocimientos necesarios para enfrentarse al problema retador. Crea nuevos escenarios de aprendizaje promoviendo el trabajo interdisciplinario e insiste en la adquisición de conocimientos y no en la mera memorización de los mismos con propósitos inmediatistas, permitiendo así la integración del conocimiento posibilitando una mayor retención y la transferencia del mismo a otros contextos. Estimula

la adquisición de habilidades para identificar problemas y ofrecer soluciones promoviendo de esta manera la ejecución del pensamiento crítico.

Promueve la evaluación formativa, lo que permite a los alumnos identificar y corregir los errores a tiempo, así como asegurar el alcance de las metas tanto de los estudiantes como de los docentes. <<Este modelo busca establecer una metodología orientada a promover el desarrollo intelectual, científico, cultural y social del estudiante. Sus métodos, en todo momento (la evaluación incluida), favorecen que el estudiante aprenda a aprender, permitiendo tomar conciencia metacognitiva es decir darse cuenta de sus propios procesos de pensar y aprender y este conocimiento consciente permite su mejoramiento. La condición fundamental para la utilización del ABP se relaciona con la forma en que se construyen las experiencias problema. Su diseño debe garantizar el interés de los estudiantes; debe relacionarse con los objetivos del curso y con situaciones de la vida real>>. (Morales y Landa, 2004) >>Deben conducir al estudiante a tomar decisiones o hacer juicios basados en hechos, en información lógica y fundamentada. Los problemas son considerados como situaciones ideales para aprender y sobre todo si se trata de problemas de salud contextualizados en diferentes realidades. Los problemas constituyen la matriz de aprendizaje susceptible de aplicación durante toda la formación, facilitando la adaptación a nuevos desafíos que encontrará el graduado en su práctica profesional.

Dado que la carrera se fue consolidando en este enfoque (con sus avances y sus resistencias), nos preguntamos qué enfoque se sostiene en la formación del posgrado, entendiendo que la especialización no debería descuidar ni contradecir el enfoque integral propiciado en el grado.

2.4 Formación de posgrado: El hospital escuela

Existen una gran cantidad de investigaciones sobre las estructuras curriculares de la formación de grado, pero son pocas las que se ocupan del espacio del postgrado. En este caso retomamos lo que mencionamos en el capítulo anterior, el trabajo de la autora R. M. Borrel Benz.

En dicha tesis, se arriba a una serie de conclusiones que son importantes mencionar. Por un lado, se aduce que el “hospital docente” es el ámbito natural, el lugar más apropiado para las especialidades de alta calidad, para la tecnología especializada de más alto nivel y para el tratamiento de las patologías que revisten mayor gravedad. El “hospital docente” cuenta, normalmente, con un número mayor de médicos a tiempo completo y estos médicos generalmente forman parte del núcleo docente. Un hospital con postgrados asignados tiene acceso, en el más ideal de los casos, a todo tipo de especialidades en atención de la salud y de expertos en los diferentes campos relacionados. (Rosa Borrel Bentz; 2005:96)

También se resalta que los hospitales docentes vienen enfrentando crisis en los últimos años por problemas diversos. <<Los más frecuentes motivos de orden académico, son la orientación marcada más hacia la asistencia médica que a la enseñanza médica, la super-especialización médica, la falta de sintonía con los demás servicios de salud pública .>>(Rosa Borrel Bentz: 2005: 96).

En general, en las instituciones hospitalarias, con funciones de formación de futuros médicos y especialistas, las metas suelen ser un poco abstractas; la autoridad es difusa, existe poca o ninguna interdependencia funcional y escasa e imprecisa las medidas de evaluación de sus resultados. Se miden por el número de tareas y servicios cumplidos, el número de graduados por años, los premios individuales recibidos, el número de congresos realizados, así como el número de ateneos realizados. Tampoco existe alguna metodología de evaluación del desempeño, por ejemplo, que mida la calidad del servicio, o la calidad de la enseñanza; o la actualización curricular y docente.

En el estudio realizado por la autora mencionada, se informa que las residencias médicas no cuentan con planes de estudio propiamente dichos, los mismos se presentan bajo la forma de programas que, aunque son iguales para distintas residencias, son interpretados de manera disímil. En general, se limitan a ser un listado de contenidos. Algunos están desactualizados, y otros, aunque actualizados, no responden significativamente al desarrollo general de las competencias propias del profesional a formar (Rosa Borrel Bentz: 2005). Esto se desprende de la falta de elaboración consensuada de un perfil claro y definido de algunas especialidades.

En todos los casos, las decisiones sobre la elaboración del programa escrito se realizan de manera centralizada por un solo actor, aunque con el visto bueno de otra instancia superior. Al resto de los actores les corresponde, siguiendo las responsabilidades establecidas por los reglamentos, garantizar la aplicación de dicho programa sin discutir los límites o exceso de su alcance o el equilibrio del mismo. De esta manera, desde el aparato administrativo de las residencias se estipula qué conocimientos deben adquirir los residentes. Desde este ángulo de análisis, lo importante es que, aunque exista un “programa”, su existencia es formal, en la medida en que muchos docentes/instructores no lo conocen. Rosa Borrel Bentz (2005) En casos como éste, lo que tiende a ocurrir es que domine el currículum *oculto* o *latente*, con un papel decisivo en la configuración de unos significados y valores de los que el colectivo docente y el propio alumnado no son plenamente conscientes. Este enfoque rescata la idea de que las personas aprenden, además de lo que se les enseña a través de la instrucción, en virtud de su experiencia diaria en un ambiente organizado para tales fines. Así, los residentes aprenden por las decisiones sistemáticas del equipo docente, mediante las experiencias de vida que les toca vivir en el ambiente hospitalario. El currículo aparece así como el conjunto de objetivos de aprendizaje seleccionados que deben dar lugar a la creación de experiencias apropiadas que tengan efectos acumulativos y posiblemente evaluables, evitando de esta manera dilucidar

aspectos controvertidos, como los valores y los principios sociales relacionados con la salud y el compromiso de los futuros egresados.

Por ende, dada la importancia del cambio de paradigma que se estableció en la formación del médico en general y la falta de estudios específicos que analicen las perspectivas médicas y pedagógicas en la formación de postgrado considero relevante iniciar un trabajo que procure analizar, sistematizar y comprender sus principales características. En este sentido el trabajo nos permitió analizar si existen o no líneas de continuidad entre el grado y el posgrado, respecto de los enfoques asumidos por el primero. Se pretende conocer aspectos de los procesos curriculares de los posgrados médicos, los cuales no han sido estudiados desde la perspectiva curricular.

En la ciudad de Santa Fe, en lo que respecta al postgrado, en el espacio público existen centros formadores de pediatras, regulados y financiados principalmente por el Ministerio de Salud Nacional y Provincial, este último dispone de una Dirección Provincial de Residencias Médicas que tiene sede en la ciudad de Santa Fe y Rosario, se agrega también a la tarea regulatoria el colegio de Médicos y la Sociedad Argentina de Pediatría. Los centros formadores se encuentran distribuidos de la siguiente manera: en la ciudad de Santa Fe el Hospital Dr. Orlando Alassia, Hospital Dr. J.B. Iturraspe, en la ciudad de Rosario, Hospital Granadero Baigorria y Hospital Centenario. En este trabajo se hace referencia a los centros formadores que se ubican en la gestión pública y dentro de la ciudad de Santa Fe, los cuales cuentan con una experiencia formadora de más de 40 años, en contrapartida con los posgrados pediátricos que se desarrollan en el ámbito privado los cuales son de reciente creación.

2.5 Aproximación histórica de las residencias en general

A nivel mundial, la residencia hospitalaria es un entrenamiento de posgrado a médicos recién recibidos, trabajo a tiempo completo y exclusivo, con residencia dentro del hospital (de ahí su denominación), con reconocimiento y aval universitario. Fue ideado e iniciado por el gran cirujano austríaco Teodoro Billroth, profesor y jefe de cirugía en el Allgemeine Krankenhaus de Viena durante la segunda mitad del siglo XIX.

Las primeras residencias surgieron asociadas a grupos y servicios de vanguardia, con fuerte orientación en la investigación clínica, y desde ellos se difundieron hacia el resto de las instituciones. Los relatos sobre las primeras experiencias de incorporación de residentes a los servicios destacan los beneficios de la ampliación de la cobertura asistencial a 24 hs., la posibilidad de realizar un mayor seguimiento y control de tratamientos a cargo de profesionales capacitados y la contribución que realizaban los residentes en el registro y documentación de distintos casos.

En Argentina, la primera residencia comenzó a funcionar en el año 1944 por impulso del Dr. Tiburcio Padilla, en el Instituto de Semiología de la Universidad de Buenos Aires. Luego, el sistema se expandió lentamente hacia otros hospitales públicos. La consolidación de este sistema en la Argentina ocurrió en la década del 50, en el marco de un proceso de modernización de la enseñanza de la medicina impulsado por una élite de profesionales—muchos de ellos ex-residentes en Estados Unidos. Estos cursos duraban dos o tres años y acreditaban formación en la especialidad. En 1958 comienzan los primeros programas bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud Pública.

La realización de una residencia no era necesaria para obtener el certificado de especialista en la órbita nacional. Para el acceso a esa certificación, de acuerdo con la Ley N° 12.912/44, se requería acreditar cinco años de experiencia en la especialidad. La norma resultaba adecuada a la modalidad de organización de la profesión médica, en la que predominaban mecanismos informales de reconocimiento mutuo y aceptación dentro de un círculo restringido de especialistas.

En agosto del 1960, la Secretaria de Estado de Salud Pública aprueba la Resolución 1778 que define la residencia como <<Un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un plazo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad>> (Falasco, 2018). En la misma norma fueron contemplados los lineamientos que daban marco a las relaciones entre el residente y el hospital, los objetivos de la residencia, los requisitos hospitalarios mínimos para el funcionamiento de una residencia, los programas, las funciones del residente y los aspectos pedagógicos de la formación. Meses después de la mencionada resolución, el Ministerio circunscribe la creación de residencias a las especialidades básicas y establece que para el ingreso a las residencias de subespecialidades se requiere el cursado previo de una residencia básica. <<Aquí comienzan a pensarse las residencias como un Sistema de Formación de Posgrado que puede admitir distintas articulaciones. A través de la Resoluciones Ministeriales N° 223 y 224 de 1961 el Ministerio interviene en la distribución de vacantes por especialidad y establece los requisitos mínimos que deben cumplir los servicios para instalar una residencia.>> (Falasco,2018)

2.6 Fundamentación de la importancia del sistema de residencias para la formación de posgrado

La Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 303/2008 establece en su artículo 1° que

La Residencia de Salud es un sistema de formación integral de postgrado para el graduado reciente en las disciplinas que integran el equipo de salud, cuyo objeto es completar su formación en forma exhaustiva, ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la disciplina correspondiente, bajo la modalidad de formación en el trabajo.

En los artículos 2° y 3° establece la remuneración a través de una beca de cumplimiento anual y define las características del régimen de actividad a tiempo completo, el que no podrá ser inferior a 48 horas semanales, con dedicación exclusiva y mediante la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes. La residencia configura un modelo particular dentro de la formación de posgrado, que se distingue por las posibilidades de práctica intensiva e inmersión en el medio hospitalario. El residente tiene una doble oportunidad de aprendizaje: no sólo profundiza en un área de conocimientos, sino que aprende el desarrollo del trabajo real.

Según el documento elaborado en el año 2011, por el Ministerio de Salud de la Nación, *Residencias del equipo de Salud, Documento Marco*, dice que la formación en servicio potencia la apropiación de las prácticas de cada especialidad, sus conocimientos, sus códigos y los propios de las instituciones de salud. En nuestro país, el título de grado de médico habilita para la obtención de una matrícula que autoriza el ejercicio profesional en las distintas jurisdicciones. No obstante, es en la residencia en donde se adquiere gradualmente la capacidad para asumir de manera autónoma la responsabilidad asistencial. Resultan insuperables las condiciones de aprendizaje que ofrece el contacto cotidiano directo con colegas, pacientes, otros profesionales del equipo de salud en un ámbito de trabajo real. Sin embargo, su mayor ventaja constituye también su principal riesgo: si no se define con claridad un Programa de Formación que establezca cuales son las actividades en las que el residente tiene que participar, su ordenamiento y condiciones generales para su desarrollo, el aprendizaje sistemático puede diluirse detrás de la intensidad del trabajo cotidiano. El modelo de prácticas de la institución sede debe ser revisado y actualizado para adecuarse a los avances del conocimiento y a las políticas sanitarias. El mantenimiento de las características del modelo de residencias es posible gracias a las condiciones particulares de contratación: el otorgamiento de una beca y la dedicación a tiempo completo. Ambas son inherentes al sistema de formación, en la medida que condicionan el tipo y posibilidades de aprendizaje de los residentes, permitiendo sostener una dedicación intensiva durante un período prolongado. De la misma manera, es inherente al modelo el acceso a través de un proceso de selección o concurso abierto, mediante la realización de un examen escrito, que puede complementarse con entrevistas, pruebas de idioma, antecedentes académicos, etc

El tema de las especialidades médicas y la modalidad de “estudio-trabajo” llevada a cabo a través de las residencias ha carecido de estudios que caractericen, por un lado, la práctica educativa de este nivel y por

otro lado, que profundicen sobre la manera de concebir y llevar a la práctica los aspectos educativos que tienen los docentes médicos y más aún, los esquemas de pensamiento que se transmiten y reproducen.

2.7 Las Residencia Médica de Pediatría en Santa Fe: Memoria y Valoraciones de Formadores

Mediante diversas entrevistas a formadores históricos, que han ocupado cargos en la Dirección de Docencia e Investigación de los centros de formación, se analizaron ciertos aspectos del desarrollo de las residencias médicas en Santa Fe. Los ejes sobre los que se trabajaron fueron:

- 1- Surgimiento de las residencias médicas en Santa Fe
- 2- Organización y estructura de las residencias
- 3- Formación del Pediatra
- 3- Relación de la Formación de Grado con el Posgrado

2.7.1 Orígenes de la residencia de Pediatría en Santa Fe

Con respecto a la residencia que se desarrolla actualmente en el Hospital Alassia, se pudo cotejar su origen.

Según el relato de los formadores entrevistados en 1967, Federico Milia comenzó con la Residencia de Pediatría de Santa Fe. Solo habían pasado 9 años desde que, en Buenos Aires, Carlos Gianantonio creara la primera residencia pediátrica de Argentina.

Hasta ese momento no existían residencias formales, para ese entonces el Dr. Gianantonio viaja a EEUU a realizar una pasantía con el Dr. Nelson y allí es donde se entusiasma al ver el sistema de residencias, lo instauro en Buenos Aires, que para esa época era de un año de duración.

En la ciudad de Santa Fe, en el año 67, en el Hospital que en ese momento se llamaba Dr. Ricardo Gutierrez, con el Dr. Millia como principal referente y el Dr. Spedalletti como su ayudante, se inicia la residencia de pediatría. En ese momento entraron 2 residentes mujeres, lo cual para esa época era toda una

novedad, ya que los residentes generalmente eran hombres. La modalidad era similar a la actual, exclusivo en Hospital, rentado, con guardia activas de 24 horas y una evaluación final

En el otro centro formador que se desempeña en la ciudad, con respecto a la residencia que se desarrolla actualmente en el Hospital Iturraspe, se pudo cotejar su origen según sus formadores históricos:

“Yo estoy autorizado para hablar de la ciudad de Santa Fe en ciclos extremadamente largos, yo ingresé a la residencia en el año 1979 fui jefe de residentes entre el año 84 y 87, después estuve a cargo de la residencia del Hospital Iturraspe como instructor en el año 88 hasta el 93, después pasé a ser médico de plantas. Es decir, más de 30 años formando pediatras”. (FH3)

El entrevistado menciona que la formación dentro de la residencia a su modo de ver, tiene dos grandes beneficios, “uno es que le brinda al que se está formando cierta capacitación teórica que se complementa con el estudio y la otra es la asistencia diaria al paciente, aunando ambas cosas para lograr un conocimiento que le permita el día de mañana poder enfrentar correctamente la atención pediátrica”.

Han pasado por distintas etapas, hace 30 años la formación pediátrica era completamente distinta de tener que recurrir a traducir artículos que solo venían en inglés y con uno o dos años de retraso a obtener la información médica en el día de hoy casi en el momento que se está gestando. Si uno lo evalúa en función del tiempo el resultado ha sido bueno, en el transcurso de los últimos años los residentes de la residencia de pediatría del hospital Iturraspe que se presentaron para rendir el examen que los certifica como pediatras de la SAP, de 45 residentes solo hubo 3 que no aprobaron el examen. (FH3)

Además de saber su origen, también es necesario conocer los aportes que han brindado las residencias al hospital y a la sociedad por ende a continuación mencionamos algunos de los valiosos aportes obtenidos por medio de las entrevistas a los formadores antes mencionados

2.7.2 Estructura y Organización de las residencias

En primer lugar, el residente era un médico que estaba en el hospital, con trabajo exclusivo en el mismo. Este formato de residencia significó adecuar el hospital y hacer una historia clínica única, por ejemplo, de ahí se desprendieron otros cambios como unificación del archivo. También se debe mencionar que la residencia, sin duda, fue un buen estímulo para aumentar la cantidad de trabajos de investigación. A su vez para la atención de la salud, significó cada vez más contar con pediatras, que estaban formados dentro de un sistema, más allá de las limitaciones del mismo en sus comienzos, por ejemplo, el servicio de Neonatología era muy precario, lo que obligaba a rotar en otras ciudades como Buenos Aires, eso enriquece el trabajo local, ya que a su regreso siempre había modificaciones en el trabajo hospitalario. Dos grandes logros de la residencia fueron la internación conjunta madre – hijo y la disminución de la mortalidad infantil.

2.7.3 Formación del pediatra: ¿cómo se enseña?

En este aspecto creo que varía mucho del centro formador donde está cada uno de los residentes. Cada Hospital o centro formador, trata de seguir un programa básico que hoy está enmarcado en el marco de referencia nacional del Ministerio de Salud de la Nación, pero tiene la impronta de la propia institución en cuanto a la oferta de académica, influenciada en la complejidad y casuística que maneja cada centro formador. Particularmente las dos residencias públicas de la ciudad combinan una formación en servicio con mucha tarea asistencial, pero también con una continuidad de actividades académicas diarias que van entre 45 minutos y 1 hora por día, lo cual en alguna medida supera lo solicitado por el marco de referencia nacional. También convengamos que estas residencias no tienen el apoyo académico de la universidad, entonces hacen la parte docente, de asistencia y de investigación en la carga horaria asignada por la residencia. En el caso puntual del hospital de niños tenemos una fortaleza en la atención del paciente hospitalizado, el paciente crítico y una debilidad que estamos tratando de solucionar en el manejo del paciente ambulatorio, porque progresivamente vamos aumentando el contacto con el paciente ambulatorio, incrementando las rotaciones por Adolescencia, por los servicios de emergencias.

Lamentablemente la residencia de pediatría a la fecha, no ha podido independizarse de lo asistencial, básicamente nuestro hospital necesita para lo que es un cuidado moderado e intermedio la presencia del residente en su funcionamiento, posiblemente en el tiempo esto deba modificarse y los servicios deberían poder funcionar independientemente de la residencia, la cual resulta difícil esta articulación porque implica un recurso humano que debe ser designado para cumplir la función que cumple el residente para este proceso fueron consultados asesores externos provenientes de la Universidad Mc Master de Canadá, la cual fue pionera en el desarrollo de una curricula que centraba su metodología en el ABP.

2.7.4 Relación de la formación de grado con el posgrado

Según la percepción de los entrevistados consideran que esta articulación es deficitaria, poniendo énfasis en la necesidad de una unidad de ambas instituciones para lograr mejores resultados.

Creo que este momento es una debilidad, yo estoy convencida de que las carreras de grado deberían finalizar con un título académico y que la formación de posgrado en servicio debe ser obligatoria. No debería haber una opción a no formarse en el marco de un sistema intensivo llámese residencia, medicato. Pero no debe haber opción en que un médico egresado no se forme en las competencias necesarias para la atención del paciente y eso claramente no lo puede dar ni la práctica final, ni la simulación, si bien es verdad que acercan el estudiante al escenario clínico, pero la práctica final obligatoria por definición es

observacional, entonces hay muchos países que ya han adoptado esta articulación directa entre el grado y el posgrado donde no puede elegir hacer nada en su formación de posgrado. Las prácticas finales en muchos países ya están siendo reemplazadas por prácticas activas en el marco de la matriculación como médicos, un ejemplo típico es España, que ellos tienen el MIR, donde una vez finalizada su carrera de grado, rinden un examen que les permite ingresar a un sistema de formación de posgrado que es obligatorio, después si alguno quiere hacer algo más puede hacerlo, pero no puede hacer menos que eso. (FH 2¹)

Es muy interesante este planteo comparando el caso de España, allí lo que existe es la llamada *troncalidad*, Calvo Vecino (2013) la define como el periodo formativo común de un grupo de especialidades en Ciencias de la Salud, que se establece con base a la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades, compartidos por todas aquellas que conforman el tronco, siendo la duración mínima del periodo troncal es de dos años. Se entiende como un cambio en el Programa de Formación especializada MIR que consiste en la determinación, a través de un programa oficial de formación especializada troncal, de las competencias nucleares y comunes a varias especialidades, permitiendo su agrupación en tramos formativos que reciben la denominación de troncos. Esto está pensado en el ámbito de posgrado, pero quizás serviría una adaptación a nuestra realidad y que el último año de la carrera de medicina de a UNL, pueda convertirse en una especie de troncalidad, donde los estudiantes puedan elegir el tronco más a afín, ya sea médico, quirúrgico, imágenes o laboratorio y diagnóstico clínico, debiendo luego poder continuar con la especialidad que está incluida dentro del área elegida.

Siguiendo la continuidad de lo que estábamos hablando según la referencia en las entrevistas realizadas sostienen que los hospitales que están destinado solo a la práctica final de pediatría, seguramente tiene la debilidad de ser un hospital de alta complejidad, y quizás ofrece solo una parte de lo que necesita el estudiante de medicina con respecto a los conceptos de medicina, pero remarcan la necesidad que esta articulación (universidad - hospitales) sea mucho más fluida y efectiva:

- En conclusión falta articular, creo que es una decisión política que compete muchos actores, como la Universidad que hoy tiene la potestad de titular, del colegio de médicos que da una matrícula habilitante solo con el título y donde las especialidades son capacidades agregadas, donde yo creo que personalmente que la matrícula que habilite a alguien a trabajar sobre un paciente debe necesariamente en un tiempo no muy lejano estar acompañados de un entrenamiento real, tutorizado como lo es la residencia, quizás un poco más breve en uno o dos años , pero creo que eso debería reemplazar la práctica final.(FH2)

¹ Formador Histórico hace referencia a pediatras de amplia trayectoria en la formación de pediatras

2.7.5 Perfil de formación de grado: ¿Continúa en el posgrado?

Retomando la formación de grado, que era desde una perspectiva biopsicosocial, centrada en la construcción del conocimiento por parte del estudiante, con una fuerte impronta en la Atención Primaria de la Salud, en el posgrado no sucede lo mismo según la opinión de los formadores

- Desde lo discursivo claramente sí, esto está escrito en todos los programas, desde lo práctico uno debe pensar que las residencias surgen en el seno de los hospitales, surgen de la época de una medicina hospitalaria y nosotros vamos muy atrás de los cambios que ha habido en el mundo. Sin embargo, aun en los países que han liderado el cambio, aun a ellos también les cuesta, por ello que creo nosotros debemos profundizar el primer nivel de atención, entendiendo que el primer nivel no es aprender a tratar dermatitis, otitis, patologías menos complejas, ya que en este nivel van a estar pacientes con patologías complejas y un buen pediatra puede hacer una no internación con un diagnóstico oportuna, de patologías que son complejas pero pueden resolverse de modo ambulatorio. A su vez el primer nivel de atención va a recibir a aquellos pacientes complejizados por la hospitalización por patologías graves y secuelantes, por ello nosotros debemos mejorar nuestra participación en el primer nivel de atención. (FH2)
- En relación a la mirada integral, en la vorágine de la atención del paciente a veces eso se pierde, pero después cuando uno se relaciona con cada uno de los residentes uno ve que tiene un compromiso intenso con el paciente y sus familias. Si, creo que nos falta abordar un tema muy importante que es enseñar comunicación, entre pares, para formar mejores equipos y comunicación con los pacientes, porque es necesario tener buenos comunicadores para lo banal y para lo complejo. (FH3)

En conclusión, creo que hay un gran discurso sobre la necesidad de atención primaria e integral del paciente, que los pediatras con el correr de los años vamos mutando, de querer ser terapeutas e internistas a ir creciendo comprendiendo al niño y su familia. La pediatría es una especialidad social, las familias están comprometidas en la opinión de su pediatra. También debe haber una decisión política, para que los pediatras puedan estar haciendo APS, ya que hoy no hay pediatras en esos lugares, y claramente para un niño no es lo mismo que lo atienda un pediatra entrenado que lo atienda un médico que no tenga entrenamiento o un médico general, ya que tienen habilidades desarrolladas en lo que atención en terreno o salud pública, pero sin duda un niño con una patología compleja o un niño sano necesita un pediatra.

Es importante mencionar, que esta realidad de ocupar espacios de atención primaria de la salud, también tiene cierto déficit en el espacio del grado, ya que los estudiantes recién egresados de la universidad no tienen cupos laborales en esos espacios, por lo que sus primeros trabajos en el ámbito de la salud corresponden a guardias médicas polivalentes, donde se ven patologías de leves a graves según la urgencia de las mismas. Por ende, creo que ambos espacios de formación padecen la falta de articulación no solo entre ellos, si no con las políticas de estado, donde claramente no se ve reflejada la planificación de políticas de salud orientadas a resolver el tema en cuestión.

CAPÍTULO 3

Normativas y programas de formación

3.1 Marco normativo de las residencias médicas

Durante el análisis de los aspectos normativos, en primer lugar, voy a referirme cronológicamente a la aparición de cada una de las leyes y resoluciones y luego me explayaré en las que considero de especial interés para mi trabajo.

En el año 1960 el sistema educativo se institucionaliza para los establecimientos asistenciales dependientes del Ministerio de Salud mediante la creación del Sistema Nacional de Residencias Médicas por Resolución Ministerial N° 1.778/60. La resolución aprueba un Reglamento para la Residencia Médica Hospitalaria y establece que será la Escuela Nacional de Salud Pública la encargada de fijar el régimen de funcionamiento y de evaluación y de determinar cuáles serán los establecimientos en los que se aplicará el sistema de residencias. Asimismo, crea un Comité de Control y Evaluación de Residencia, integrado por representantes de la Escuela Nacional de Salud Pública y de los establecimientos en los que se desarrollen estos programas de formación. <<Es de destacar que el Reglamento para la Residencia Médica contiene una definición de las residencias hospitalarias, a las que se concibe como un sistema de educación profesional para graduados en medicina, con capacitación en servicio y de dedicación exclusiva>> (Borrel, B., 2005).

En el mismo año de creado el Sistema Nacional de Residencias, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, establece por Resolución Ministerial N° 223/61, que las residencias a implantar en hospitales dependientes del Ministerio serán exclusivamente en especialidades como ser como Medicina Interna, Cirugía General, Clínica Pediátrica y Obstetricia y Ginecología. El cumplimiento de estas residencias básicas será considerado un paso previo para acceder a las residencias hospitalarias en otras especialidades.

Recién en 1967 se elabora una norma que tendrá un fuerte impacto en la organización del sistema de residencias, la Resolución Ministerial N° 622/67, mediante la cual se crea el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME). Esta última se fundamenta en la necesidad de incrementar la experiencia práctica de los graduados en las facultades de medicina en un marco que garantice, al mismo tiempo, la formación integral, intensiva y programada de los graduados y el cuidado de los pacientes a su cargo. Reconoce que el sistema de educación médica basado en las residencias hospitalarias se articula alrededor de objetivos formativos integrales, con una supervisión adecuada, con adquisición de experiencia personal en plazos prefijados, teniendo una dedicación exclusiva, con programas adecuados.. Por ende, con esta última parte encontramos desde lo normativo los primeros indicios de promulgar por lo menos dentro de sus objetivos formaciones integrales de los especialistas médicos.

En el mismo año (1967) se promulga la Ley 17.132/67 establece que el ejercicio de las profesiones mencionadas será controlado por la Secretaría de Estado de Salud Pública, donde se otorgará la matrícula y se extenderá la correspondiente credencial que autorice al ejercicio de la profesión.

En 1979 se estableció, finalmente, el Sistema Nacional de Residencias de Salud, dando un marco legal apropiado a un sistema de formación profesional. La Ley N° 22.127/79 es el instrumento que instituye definitivamente el sistema, al que le asigna como objeto “complementar la formación integral del profesional”, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión. Establece que las residencias serán remuneradas mediante una beca anual y que la actividad del residente será de tiempo completo y con dedicación exclusiva.

Luego entre el 1987 y 1989 siguieron resoluciones importantes ya que a medida que el sistema de residencias se complejizaba requirió la organización de una instancia orientada a adecuar los programas de los distintos servicios a las posibilidades de cada institución, a contribuir a interrelacionar las instituciones y los servicios, y a unificar criterios relativos al desarrollo del sistema. Es así como la Disposición N° 4/87 de la Dirección Nacional de Recursos Humanos crea un Comité Asesor de Residencias de la Salud, que tiene como funciones principales elaborar y proponer las medidas y modificaciones que considere necesarias a las reglamentaciones ya vigentes, proponer nuevas reglamentaciones y colaborar en la supervisión de las actividades de las residencias. La Resolución Secretarial N° 174/88 crea el Comité de Evaluación de Residencias de Salud, cuyas funciones demandan analizar la estructura docente, programas y resultado de las residencias de salud que soliciten el reconocimiento de la Secretaría de Salud. Establece también que sociedades profesionales reconocidas de la especialidad podrán acreditar la calidad de las residencias de salud previa firma de convenios con la autoridad reguladora. Como parte de las iniciativas orientadas a regular el sistema de residencias y, consecuentemente, el desempeño de los residentes de Salud, en el mes de Abril de 1989 se aprueba la Resolución Ministerial N° 389/89 que instaura un nuevo Reglamento Básico de la Residencia de Salud, como una manera de sistematizar tanto los aspectos comunes como los específicos de todas las residencias nacionales e invita a las demás jurisdicciones a adherir al mismo. Este reglamento expone detalladamente las funciones, obligaciones y derechos de los residentes, sus mecanismos de promoción durante el programa de formación, y los requisitos para desempeñarse como Jefe de Residentes, su modalidad de selección y sus funciones, derechos y obligaciones. (Borrel, 2005)

Luego desde el año 2000 en adelante se suceden algunas resoluciones y la creación de un documento que enmarca a todas las residencias del país. Quiero detenerme a detallar algunas de las leyes nombradas y las resoluciones posteriores.

3.2 Ley Nacional 22.127

Comenzó a regir en 1980, teniendo decretos y resoluciones complementarias hasta el año 2015. Mediante esta ley y su última modificación el Ministerio de Salud asume la rectoría de las residencias, aportando más cupos para residencias a lo largo del país. La mayoría de las leyes provinciales adhieren a ella. A continuación, resaltaremos los aspectos más importantes de la misma y que están relacionados con el presente trabajo.

Esta ley determina a las residencias médicas como el mejor sistema de formación de especialistas de posgrado, ya que ofrece una práctica intensiva en un área del conocimiento en diversos ámbitos de trabajo.

Con respecto a la organización del modo de enseñanza y propuesta curricular según la ley determina: «que requieren de un programa de formación diseñado y desarrollado para generar grados de autonomía y responsabilidad creciente, al tiempo que establece las tareas asistenciales y la supervisión de los residentes, no debiendo soslayarse en ningún caso la responsabilidad de la supervisión docente de la práctica».

Esta enaltece la formación en servicio y determina al espacio de la guardia médica también como un espacio de aprendizaje, pero en consonancia con el cuidado pertinente del descanso luego de la misma y de las obligaciones indelegables a cargo de los médicos formadores que actúan en estos espacios.

En su Artículo 1, la misma define el objeto de las residencias el cual es «complementar la formación integral del profesional ejercitándose en el desempeño responsable, eficiente y ético de las disciplinas correspondientes mediante la adjudicación y ejecución personal supervisada de actos de progresiva complejidad y responsabilidad».

En los propósitos de formación que se establecen en las residencias, establece los siguientes lineamientos:

- a) Promover la adquisición de conocimientos y prácticas profesionales específicas de cada especialidad en contextos de trabajo.
- b) Propiciar el trabajo en equipo e interdisciplinario.
- c) Aumentar las capacidades de análisis y comprensión de los problemas de salud de la población, a través del desarrollo de marcos interpretativos y éticos.
- d) Ampliar y profundizar la disposición al aprendizaje continuo y a la actualización profesional necesaria en contextos de cambio.

e) Generar espacios para la Investigación como práctica necesaria para la formación

En lo que respecta a los programas de formación, es necesario destacar y detenernos en los siguientes puntos. En su artículo número 4, se enuncia que el programa de formación es el diseño de las actividades que permiten organizar de manera articulada y coherente los aspectos formativos. En éste se deberán incluir: perfil del egresado, propósitos, objetivos y contenidos por nivel, rotaciones, escenarios de aprendizaje, guardias y actividades para la adquisición de competencias de la especialidad, así como el sistema de evaluación previsto.

Con respecto a las sedes que forman estos médicos, se les ordena una serie de requisitos, los cuales se detallan a continuación:

- a) Contar con los Programas de Formación al momento de solicitar la asignación de cargos para la residencia.
- b) Garantizar al residente la supervisión de docentes y/o instructores y/o tutores y/o médicos de planta durante todo el proceso formativo, en consonancia con lo establecido en el artículo 7°.
- c) Garantizar la formación docente continua de los profesionales que formarán a los residentes.
- d) Contar con el equipo docente idóneo que resulte adecuado y suficiente para el desarrollo de todos los contenidos del programa de formación.
- e) Contar con un área de docencia que garantice la gestión de convenios, acuerdos para el cumplimiento de todo el programa de formación, contenidos transversales e interdisciplinarios que la residencia requiera.
- f) Asegurar al residente la provisión de todos los recursos materiales y organizacionales necesarios para que las actividades se puedan realizar con efectividad.

El modo evaluativo no está bien demarcado, lo expresado en el artículo 34 expone que la evaluación debe ser coherente con las estrategias de formación implementadas y diseñadas en el programa y con los objetivos de aprendizaje para cada etapa. Debe estar sistematizada y documentada en registros de desempeño y evaluará el desarrollo de las competencias y grados de autonomía de los residentes a través de sus conocimientos teórico-prácticos.

3.3 Resolución Ministerio de Salud de la Nación N° 450/06

En el año 2006, mediante esta resolución se crea el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del equipo de salud, en el ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, donde se establecieron los criterios básicos, los integrantes del sistema y los registros. Los principales puntos eran:

- 1- Preservar el espacio de las Residencias del Equipo de Salud como sistema de formación para la promoción y cuidado de la salud de la comunidad.
- 2- Articular las necesidades de formación con la necesidad del Recurso Humano en Salud relevado en el Sistema de Salud.
- 3- Desarrollar un modelo educacional con programación supervisada, con integración docentes-asistencial, incentivando en la misma la concepción interdisciplinaria para la formación de equipos de salud.
- 4- Considerar la formación para la acción, en escenarios emergentes o no tradicionales, teniendo en cuenta condicionantes socio-sanitarios y epidemiológicos.
- 5- Incorporar el criterio de calidad como una construcción continua, más que como un resultado y la periodicidad de la acreditación como un mecanismo de calidad.
- 6- Promover la formación de Recursos Humanos en Salud enmarcada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, asegurando modelos de supervisión y evaluación permanente, adaptando la estructura de apoyo docente a los cambios dinámicos del entorno y articulando las oportunidades de formación con las verdaderas necesidades de la comunidad

Además, establece funciones estructurales de las residencias, como ejemplo integrantes y funciones del equipo formador, disposiciones reglamentarias, entre otros aspectos. Pero en sus anexos, más precisamente en el número tres, encontramos el programa de residencia, donde establece ciertos lineamientos de especial interés en este trabajo, como por ejemplo:

- El Programa de Enseñanza deberá establecer claramente las habilidades y competencias para los actos profesionales que deberán adquirirse en cada año, debiendo contemplar actividades de promoción, prevención, curación, tratamiento y rehabilitación de la salud, enmarcadas en la estrategia de APS. Deberán, asimismo, contemplar el proceso de salud enfermedad, mediante el análisis comparativo de estadísticas locales con otras nacionales y/o mundiales.

-
- Deberán generar un registro de prácticas profesionales, experiencias y actividades de formación, capacitación, docencia e investigación (presentaciones a congresos, búsquedas bibliográficas, monografías, estudios estadísticos de casos, etc.) cumplidas por cada uno de los residentes a fin de dejar constancia del proceso de capacitación continua realizado por cada uno de ellos. La evaluación permanente de los residentes deberá acreditar la adquisición de competencias, conocimientos, procedimientos y actitudes éticas.
 - La promoción al año superior o finalización de la Residencia, se efectuará mediante, por lo menos, una evaluación formal por medio de examen escrito.
 - Los residentes deberán cumplir un régimen de formación no menor a cuarenta y ocho (48) horas semanales, con dedicación exclusiva y realizar no más de 8 (ocho) guardias mensuales, en aquellas que la requieran, alternando una (1) guardia durante días hábiles y otra, durante sábado o domingo. Las 48 horas de actividad semanal respetarán la siguiente distribución: 70% en actividades asistenciales y/o prácticas, con supervisión docente y 30% en actividades educativas: docencia, investigación y estudio también supervisadas.

Como se puede apreciar en el desarrollo de estos puntos, establece a primera impresión la búsqueda de una formación integral, pregonando por la Atención Primaria de la Salud, contemplando todo el ciclo de atención médica. Otra cosa importante es el direccionamiento de distribución horaria sugerido, predominando fuertemente la parte asistencial.

3.4. Resolución Ministerio de Salud de la Nación N° 1342/2007

En el año 2007, en base a la RM 450/2006, mediante la presente resolución se implementan y se aprueban los documentos 1) Criterios y Estándares Básicos de las Residencias del Equipo de Salud, 2) Esquema de Presentación de Programas Docentes de Residencias en Salud 3) Requisitos para la Inscripción de Entidades Evaluadoras.

Es interesante resumir algunos de estos aspectos que interesan a la investigación de este trabajo.

1- Criterios y Estándares básicos

- La Residencia es un sistema de formación en servicio que debe ser planificado conducido y supervisado teniendo en cuenta que:

-
- 1- El programa debe dar respuesta a las necesidades que en materia de formación de Recursos Humanos se hayan identificado.
 - 2- De ninguna manera puede ser una estrategia para cubrir deficiencias o carencias actuales de personal del servicio.
 - 3- Es un sistema de aprendizaje sistemático y supervisado. No se trata de una enseñanza y aprendizaje incidental y/o autogestionado.
 - 4- Se necesita personal que cumpla la función docente, la residencia no debe ser “autosuficiente”.
 - 5- La supervisión de la capacitación requiere profesionales con experiencia, dispuestos y entrenados para orientar y acompañar al residente.
 - 6- Debe estimularse y/o fortalecerse el trabajo interdisciplinario en salud y promoverse la formación del equipo de salud.
 - 7- Debe jerarquizarse la atención integral de las personas.

2- Los recursos académicos

Establece que debe poseer un Programa de Formación Científico-Asistencial actualizado y aprobado por la autoridad de competencia en el que consten: fundamentación, justificación, razones por las que se desarrolla el programa, perfil del egresado, objetivos de aprendizaje a lograr en cada uno de los años de la residencia y competencias a desarrollar, contenidos-temas, experiencias de aprendizaje: tareas asistenciales supervisadas, rotaciones: lugares-secciones y cantidad de prácticas a realizar en cada rotación; guardias; talleres, clases, ateneos bibliográficos, ateneos clínicos; participación en trabajos de investigación clínica-epidemiológica y redacción de informes, presentación de temas en congresos de la especialidad.

3-Proceso de Formación del Residente

Debe estar contemplado en este proceso:

- Formación y entrenamiento en habilidades de comunicación con las personas que asisten y su entorno respetando las identidades sociales y culturales.
- Capacidad para detectar situaciones de conflicto psico socio familiares con las personas que asisten y su entorno respetando las identidades sociales y culturales.
- Capacidad para transmitir a la persona que asiste su derecho a la atención y a la autodeterminación con responsabilidad social respetando las identidades sociales y culturales.
- Capacidad de integración y trabajo en equipos con los restantes profesionales que intervienen en el proceso.

-
- Capacidad de coordinación y comunicación fluida con todos los actores que intervienen en el proceso.

La lectura de estas leyes, resoluciones y reglamentos que constituyen los aspectos estructurales- formales de los procesos formativos del pediatra, nos permiten observar que se busca un entorno de posgrado médico que integre los aspectos psicosociales del proceso salud-enfermedad-atención, ya que apela a la inclusión de competencias de integración socio-cultural, habilidades comunicativas, trabajo en equipo de modo interdisciplinario. Esto constituye un aspecto muy importante, ya que desde lo normativo puedo inferir que la orientación hacia el perfil profesional del futuro pediatra, por lo menos, en teoría se intenta lograr abordando los aspectos necesarios para una atención completa al niño, su familia y su entorno.

3.5 Ley Provincial 9.529 (Santa Fe)

La presente ley, comenzó a regir en 1984, adhiriendo a la normativa nacional y se puede destacar los siguientes puntos: expone en su artículo segundo que la Residencia de la Salud es un sistema educativo del graduado reciente que tiene por objeto completar los conocimientos adquiridos en la Universidad por profesionales del Arte de Curar y capacitarlos para el ejercicio profesional en el alto nivel científico, moral y ético, atendiendo fundamentalmente a conseguir objetivos los cuales me parecen importante resaltar los siguientes:

- a) Formar profesionales competentes, con un programa de adiestramiento adecuado y previamente fijado, confeccionando sobre sólidas bases científicas y pedagógicas, con amplio sentido humano y de responsabilidad frente a sí mismo y frente al enfermo, como factor integrante de una misma comunidad, proyectándose en funciones docentes y de investigación.
- b) Proporcionar un aprendizaje intensivo y continuado a través de la incorporación activa del Residente a un servicio hospitalario, esencialmente organizado para ese fin, con un régimen de trabajo de dedicación exclusiva, dentro de plazos preestablecidos y mediante la adjudicación y ejecución personal de actos de progresiva complejidad y responsabilidad, y bajo la dirección y supervisión correspondientes.

En vista de la necesidad de un ordenamiento y reglamentación, surge un decreto Decreto Provincial N° 0635 19/08/85 que se anexa a la presente ley. El mismo expone los siguientes puntos.

En el apartado de funciones y deberes de los residentes, es coincidente con lo que expresa la ley nacional, dedicación exclusiva, trabajo a tiempo completo, guardias rotativas y trabajo supervisado. Pero llamativamente denota una serie de actividades que deben realizar los residentes, lo cual reflejan una

contraposición a lo pretendido por las normas nacionales que establecen horarios definidos para la distribución de la carga asistencial y formativa, suponiendo un exceso de funciones y cargas laborales, he aquí algunos ejemplos:

Artículo 22: El horario de tarea de los Residentes es el siguiente: de lunes a viernes de 7 a 16 horas y los sábados de 8 a 12 horas. Las guardias serán distribuidas en forma equitativa y su número no podrá ser mayor de diez por mes, considerando que el aprendizaje no debe estar reñido con un buen descanso.

Artículo 37: Los programas de Residencia serán convenientemente elaborados estableciendo claramente los propósitos y objetivos para cada año de Residencia. Describirán minuciosamente sus contenidos. Deberán ser presentados por el Jefe del Servicio al Comité de Docencia e Investigaciones y a la Dirección de Residencias para su aprobación con una antelación mínima de dos meses a la apertura del curso lectivo.

En el resto de los artículos despliegan un sinnúmero de actividades y responsabilidades que deben realizar los residentes, los cuales hacen pensar o suponer una dificultad en ejecutar todas estas acciones combinado con un adecuado aprendizaje

A modo de reflexión, con lo que se ha mencionado en este apartado, es que la formación integral del médico en el posgrado, estaría explicitada en su normativa, buscando ser similar a la de grado. Pero el hallazgo de gran cantidad de problemáticas en los centros formadores (hospitales) nos hace pensar que se debe indagar hasta qué profundidad o cuán real es esta modalidad de aprendizaje relativizada en los documentos encontrados.

3. 6 Documento importante respecto al perfil del pediatra

El Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud (SNARES) se crea el 7 de abril de 2006, que establece, entre las políticas de recursos humanos, la necesidad de implementar procesos de evaluación del conjunto de las instancias de formación, con especial énfasis en las residencias de los equipos de salud a través de la Comisión Asesora en Evaluación de Residencias u otros mecanismos, expresando la preocupación y rectoría del Estado en la materia

En 2008 debido a la necesidad de contar con un documento que regule o acerque los sistemas de formación en el país, se comienza a emplear un instrumento de evaluación de la formación de los residentes denominado, Documento Marco, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo de este documento fue la construcción de una perspectiva compartida, que aporte a un abordaje común de los

problemas y desafíos que plantean las residencias como modalidad de formación de posgrado en el área de la salud.

Este instrumento incorpora las siguientes dimensiones de la acreditación:

- Criterios pedagógicos generales.
- Aspectos teórico-prácticos de la enseñanza y el aprendizaje en el contexto de una residencia.
- Características de la figura del residente como profesional en formación.
- Formación de los docentes.
- Distintos elementos de evaluación del aprendizaje
- Información general sobre la residencia (antigüedad, Profesionales, cantidad de camas, etc.).

Ahora bien, estos lineamientos que denotan el aspecto formativo sugerido por el ente regulador, cada centro formador del país luego lo plasma en su programa de formación, el cual le valdrá como documento ante las evaluaciones de acreditación propuestas por el Ministerio de Salud de la Nación, en virtud de verificar el cumplimiento del marco normativo dispuestos.

Un aspecto importante en lo que respecta a este trabajo es analizar el “Programa de Formación” que se emplea en los centros que se realizan los posgrados en la Provincia de Santa Fe. Este instrumento pauta sus niveles de participación y responsabilidad académica y asistencial. En él se encuentra el diseño de las actividades, el perfil, propósitos, objetivos y contenidos por nivel, rotaciones y actividades para la adquisición de competencias de la especialidad, sistema de evaluación. Tiene como función principal la de hacer más previsible y visible las acciones que se van a llevar adelante a lo largo del proceso formativo.

De acuerdo al análisis de la documentación relevada hasta el momento, podemos afirmar lo siguiente. Ministerio de Salud de la Nación, al asumir la rectoría de las residencias médicas en el país, ha elaborado un documento marco, donde establece y sugiere un perfil profesional de formación donde incluyen el perfil profesional propiamente dicho, las bases curriculares, los requisitos institucionales para el funcionamiento de una residencia y las capacidades del egresado de la residencia.

También se delimitan las áreas de competencias, denotando inicialmente una competencia general la cual es acompañar y atender integralmente al niño desde su nacimiento hasta la adolescencia, en los diversos escenarios de atención ya sea ambulatorio e internación.

En cuanto al desarrollo de los contenidos, hace mención a una división en dos bloques; uno propio a la especialidad y otro transversal. En el primero incluye los conocimientos propios de la especialidad, teorías,

principios, métodos, técnicas, procedimientos, modos de indagación y validación, modos de pensamiento y de resolución de problemas específicos del área de especialización. En cuanto al transversal plantea el abordaje de problemas centrales del campo de la salud, como la relación con el paciente, el manejo, análisis e interpretación de aspectos epidemiológicos, la organización del sistema de salud, aspectos legales y consideraciones éticas, propias de la especialidad. Esta estructuración podría corresponder quizás al ensamblaje de las dos corrientes previamente comentadas: el bloque específico de la especialidad con contenidos netamente biologicistas, en tanto, el bloque transversal podría enmarcarse en el pensamiento crítico, con contenidos de índole socio-cultural.

El programa de formación está planeado es 3 años donde el residente desarrolla su actividad teórico asistencial en un máximo de ochenta (80) horas semanales, incluyendo las horas de guardia. Se prevé un máximo de dos (2) guardias por semana que deberán estar separadas como mínimo por veinticuatro (24) horas. Deberán contar con un descanso post-guardia efectivo de seis (6) horas de corrido, en el ámbito intra o extrainstitucional.

Deberá poseer rotaciones obligatorias por Neonatología, Terapia Intensiva, Centros de Atención Primaria de la Salud y consultorio externo de Adolescencia. Las mismas deberán tener un mínimo de 3 meses de duración, contando con una supervisión continúa y una evaluación al finalizarlas. La evaluación del desempeño de los residentes es un elemento central de la formación que requiere ser pensada y desarrollada en concordancia con la propuesta formativa.

De lo que hemos recorrido en esta parte de este capítulo, queda claro que dentro de los aspectos normativos y legales, están atravesados fuertemente por normas y reglamentos, que apelan al ordenamiento de la formación, se puede apreciar que se intenta buscar la incorporación de una mirada integral en el perfil de formación, por ejemplo con la sugerencia en primer lugar de un programa de formación, pero no solo queda ahí, sino que ejemplifica y orienta un modelo a seguir, lo cual implica el intento de delinear un perfil profesional con manejo no solo en contenidos biológicos, sino también incorporando conceptos de salud pública, gestión, epidemiología, que hacen a los aspectos socioculturales de la construcción de un curriculum. Con esto se puede inferir que la búsqueda de la formación del pediatra es orientada o sugerida hacia un modo integral.

Luego de este recorrido por el Documento Marco que establece el Ministerio de Salud de la nación, analizaremos los programas de formación de las dos residencias de clínica pediátrica de la ciudad de Santa Fe, los cuales fueron cedidos gentilmente por ambos centros formadores para su correspondiente análisis.

3.7 Los programas de formación en el ámbito del posgrado

3.7.1 Centro Formador A

Desde lo disciplinar:

El programa A está enmarcado dentro de un sistema de formación de posgrado en el ámbito hospitalario, con una duración estipulada de 3 años.

Inicialmente describe brevemente las autoridades y responsables del centro formador, para luego adentrarse en los objetivos de la especialidad. Con respecto a la organización estructural, cuenta con una dirección asociada de docencia e investigación, la cual se conforma de su directora, acompañada de un comité de docencia integrado por diferentes profesionales del hospital. Además, cuenta con la participación del Instructor y Jefe de Residentes.

Como objetivo principal de formación se encamina en la corriente del pensamiento crítico mencionado anteriormente, ya que busca formar un médico pediatra que atienda en forma integral los problemas de salud de los niños tanto en el primer nivel de atención, como en los niveles más complejos de atención. Que tenga conocimientos suficientes para organizar el proceso diagnóstico, evaluar terapéuticas, indicar medidas de prevención y decidir sobre el momento y tipo de interconsulta.

Dentro de sus objetivos propone una serie de competencias las cuales deberían ser propias de un pediatra al finalizar su formación. A continuación, se mencionan algunas de ellas: Reconocimiento de factores de riesgo para desarrollar enfermedades y medidas de prevención de las mismas. Comunicación efectiva a las familias, uso de información actualizada para decidir métodos diagnósticos y terapéuticas acordes a los pacientes basado en la evidencia médica disponible, manejo eficiente y lectura crítica de la Información médica tanto en idioma inglés como español. También resalta el manejo de conceptos epidemiológicos y estadísticos para la aplicación en lo mencionado respecto al procesamiento e interpretación de la literatura médica.

Con respecto a las actividades, las disponibilidades de los residentes son con la modalidad de dedicación exclusiva, con una jornada laboral de 8 hs promedio de lunes a sábado, con guardias de 24 hs de duración durante los días de semana y fines de semana. La distribución horaria es mayoritariamente para la actividad asistencial, casi en un 80%. Recordemos como dijimos anteriormente que este sistema se enmarca dentro de una formación hospitalaria, donde supuestamente la actividad asistencial que debería ser supervisada permanentemente es parte de la formación, con adquisición creciente de responsabilidades y toma de decisiones.

Plantea un lapso de tres años para la especialidad de pediatría, y dentro de sus objetivos, también persigue la búsqueda de una formación integral del especialista, adaptado a los problemas de la población desde una mirada biopsicosocial.

En el desarrollo de los objetivos a cumplir por cada año de residencia, se describen dentro de ellos generales y específicos, impresiona una marcada tendencia al desarrollo de habilidades prácticas, con grandes alcances de aplicación. Citamos a continuación a modo de ejemplo en el primer año:

Objetivos Generales:

- Saber identificar un niño sano.
- Saber identificar un niño enfermo.
- Orientarse por aspectos ante un paciente enfermo.
- Reconocer los criterios de gravedad y de derivación oportuna. **Objetivos Específicos:**
- Realizar historias clínicas completas, comprensivas, capaz de reflejar la patología del paciente.
- Realizar un completo y adecuado examen físico conociendo la semiología básica para explorar un paciente. Adecuada medición de signos vitales. Importancia de la antropometría.
- Realizar procedimientos manuales básicos.
- Resolver consultas más frecuentes de la pediatría ambulatoria.
- Recepción de recién nacidos sanos. Reconocer los cambios fisiológicos del recién nacido. Revisar al neonato internado junto a su madre. Screening neonatal. Puericultura.
- Reconocer la importancia de la prevención y promoción de la salud en pediatría.
- Capacitarse en brindar información a la familia, enfatizando la relevancia de lograr una adecuada relación médico-paciente.
- Adquirir habilidades para el trabajo en equipo.
- Entrevista médica. Control de niño sano (neonato - 1ra y 2da infancia, adolescentes). Control de crecimiento y desarrollo. Vacunas. Nutrición - Lactancia materna. Escolaridad. Prevención de accidentes y adicciones

Si bien inicialmente se referencian dentro de los objetivos perseguidos una visión integradora de la formación, en torno a los problemas de salud de la población, se aprecia una escasa cantidad de contenidos psicosociales en la ejecución del primer año de formación. Con esto me quiero referir a que por lo menos en lo que figura en la composición del documento no hay una coherencia lógica entre los objetivos y los contenidos de los aspectos mencionados. Lo que se logra apreciar es un desarrollo de una lista de contenidos, en donde se enumeran una gran cantidad de “competencias” por así llamarlas, pero no identificó el sustento metodológico para lograr el alcance de las mismas o de qué manera se miden.

Desde lo pedagógico:

En el desarrollo o ejecución de las actividades académicas, se detallan una serie de ítems referidos a ciertas actividades. Participación en cursos, jornadas y congresos, realización de talleres, clases teóricas, presentación de casos clínicos, actualizaciones bibliográficas.

Para promover al año superior, el residente indefectiblemente deberá cumplir con el 75% (setenta y cinco por ciento) de presentismo en las actividades asistenciales y 80% de las académicas; como así también, con el mínimo de las prácticas a realizar de acuerdo con los estándares de la especialidad, la evaluación de cada una de las rotaciones, las evaluaciones permanentes y una evaluación anual integradora desarrollada en concordancia con la propuesta formativa. En ningún caso, incluso habiendo cumplido el 75% del presentismo requerido, se podrá dar por concluida la residencia antes de los plazos previstos en la contratación.

Existe una referencia al contenido del programa analítico, inicialmente enuncia como una especie de instructivo donde explica que el desarrollo de los temas será realizado durante tres años para los médicos en formación pediátrica. Los distintos temas serán abordados a través de talleres en donde se planteen casos problemas para resolver.

Se enumeran una gran cantidad de contenidos, divididos por área (Cardiología, Neurología, etc), donde en cada una de ellas se menciona que habilidad debe adquirirse con los contenidos propios de cada una de ellas. No se encontraron otros recursos de enseñanza enunciados, las clases teóricas predominan como modalidad de enseñanza principal, donde se entrelazan con talleres para afianzar los conceptos aprendidos en la teoría. Sería importante indagar si en la presentación de casos clínicos, se asemeja a la modalidad de aprendizaje basado en problemas, como es que se realiza en la formación de grado.

En cuanto al modo de evaluación refiere que se exigirá asistencia al 80% de las actividades teórico - prácticas programadas para cada año y los Médicos Residentes serán evaluados en cada una de las rotaciones que realicen por los Jefes de Servicio o los responsables de las mismas. Se utilizará la “Planilla de evaluación” aprobada por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital en la que se consideran aspectos relacionados con los conocimientos, habilidades adquiridas y relaciones con los pacientes y resto del equipo de salud. La decisión de evaluar en forma oral o escrita los conocimientos teóricos es individual para cada uno de los Servicios.

En forma semestral serán evaluados a través de exámenes de múltiple opción elaborados por la Dirección de Docencia. Los exámenes se aprobarán con el 70% del puntaje total. Esta modalidad persigue el propósito de evaluar conocimiento teórico (nivel de *sabe* y *sabe cómo* en la pirámide de Miller). Sus ventajas logísticas son su mayor fortaleza. Cientos o miles de alumnos pueden ser evaluados al mismo

tiempo con mínima participación humana. Sus desventajas más reconocidas son que evalúan, conocimiento de tipo memorístico más que razonamiento más elaborado y la diferencia entre “reconocer” la respuesta correcta en lugar de recuperarla de la memoria. Los médicos residentes que reprobren alguna de sus rotaciones o exámenes tendrán derecho a un examen recuperatorio. La reprobación del mismo implica la aplicación de un “Apercibimiento” (sanción disciplinaria contemplada en el decreto N° 0635 de la Ley 9529 del Sistema provincial de Residencias de la Salud de la Provincia de Santa Fe, la cual consta en el legajo correspondiente al residente en cuestión) y se elevará el caso al Comité de Docencia e Investigación y a la Dirección de Residencias Médicas para decidir la continuidad de dicho médico dentro del Sistema de Residencias. También forma parte de la evaluación final, el puntaje obtenido en la presentación de los trabajos científicos realizados dentro del programa de investigación obligatorio. También se evaluarán a través de un examen con preguntas de opción múltiple al finalizar cada módulo (20-25 preguntas), confeccionadas por la Dirección de Docencia e Investigación, y con la colaboración de los médicos expositores.

En esta última parte del desarrollo de los contenidos no se observa con claridad cuál sería el eje o guía de aprendizaje, por lo que surgen algunos interrogantes ¿cómo se articula lo que se debe aprender por año de residencia?, debido a que en el desarrollo de los contenidos se vio escasamente representadas las áreas psicológicas y sociales ¿de qué manera se integran los contenidos de estas áreas, las cuales son primordiales según el objetivo que persigue este sistema formativo?

Con respecto a la formulación de las clases teóricas hace mención a que las mismas deben ser realizadas por los propios médicos en formación, bajo la supervisión de los Instructores o Jefes de Residentes. Luego se desglosan las actividades prácticas por año de residencia, pero sería más la organización del tiempo o el modo de utilización del mismo durante la jornada laboral, a modo de ejemplo:

RESIDENTES DE PRIMER SEGUNDO

AÑO.

07:00 - 08:00: Reporte y examen físico de pacientes internados.

08:00 - 11:00: Pase de sala con médicos de planta y/o Jefe de Servicio.

11:00 - 13:00: Informe a los padres de diagnósticos y decisiones terapéuticas, confección de historias clínicas e ingreso de pacientes, evolución diaria de pacientes internados, informes de alta y resumen para los médicos de cabecera, traslados de pacientes para la realización de estudios, realización de prácticas especiales bajo la supervisión de residentes superiores, jefe residentes, instructor, médicos de planta (punción lumbar, punción suprapúbica, colocación de sondas vesicales y nasoyeyunales, extracción de muestras para cultivos y aspirados nasofaríngeos, colocación de vías percutáneas, saturometrías, curaciones, técnicas de bacteriología básica, toma de biopsias cutáneas, suturas, etc.), consultorio de pacientes crónicos con médico de planta cuando roten en centro de salud.

13:00 - 13:45: Pase de guardia.

13:45 - 14:15: Almuerzo.

14:15 - 15:00: Entrenamiento básico con el Jefe de Residentes. Se realiza dos veces por semana durante la primera mitad del ciclo lectivo. Completado y revisión de historias clínicas.

15:00: Comienzo de guardia para los residentes que corresponda.

En lo que respecta al apartado de Actividades teóricas, refieren un espacio al comienzo y al finalizar el trabajo asistencial, no queda claro de qué manera se ejecuta este apartado, y luego se vuelven a repetir los cursos obligatorios ya mencionados con anterioridad.

En el espacio que se desarrolla el programa analítico se vislumbra una gran cantidad de títulos enunciando diversos contenidos según al módulo que corresponda. Es destacable que en algunos de los módulos se adjuntan objetivos específicos a lograr en cada uno de ellos, sin embargo, no queda claro si serían competencias a desarrollar. También cabe mencionar los escasos contenidos de índole psicológico y social, políticas públicas, epidemiología, investigación.

El sistema de evaluación consta de un aspecto formativo donde incluyen laboriosidad, responsabilidad, aprovechamiento, iniciativa, relación médico-paciente y con inferiores y superiores; y el cumplimiento de actividades de investigación y estudio. También hace mención a la evaluación sumativa mediante exámenes multiple-choice, de manera periódica durante el año.

3.7.2 Centro Formador B

Desde lo disciplinar:

Este programa se encuentra inmerso en la formación de posgrado hospitalaria, siendo el servicio de pediatría de un Hospital Polivalente de la ciudad de Santa Fe, su localización como centro formador.

Plantea un lapso de tres años para la especialidad de pediatría, y dentro de sus objetivos, también persigue la búsqueda de una formación integral del especialista, adaptado a los problemas de la población desde una mirada biopsicosocial.

En el desarrollo de los objetivos a cumplir por cada año de residencia, se describen dentro de ellos generales y específicos, impresiona una marcada tendencia al desarrollo de habilidades prácticas, con grandes alcances de aplicación. Citamos a continuación a modo de ejemplo en el primer año:

Objetivos Generales:

- Saber identificar un niño sano.
- Saber identificar un niño enfermo.
- Orientarse por aspectos ante un paciente enfermo.
- Reconocer los criterios de gravedad y de derivación oportuna.

Objetivos Específicos:

- Realizar historias clínicas completas, comprensivas, capaz de reflejar la patología del paciente.
- Realizar un completo y adecuado examen físico conociendo la semiología básica para explorar un paciente. Adecuada medición de signos vitales. Importancia de la antropometría.
- Realizar procedimientos manuales básicos.
- Resolver consultas más frecuentes de la pediatría ambulatoria.
- Recepción de recién nacidos sanos. Reconocer los cambios fisiológicos del recién nacido. Revisar al neonato internado junto a su madre. Screening (FEI, OEA). Puericultura.
- Reconocer la importancia de la prevención y promoción de la salud en pediatría.
- Capacitarse en brindar información a la familia, enfatizando la relevancia de lograr una adecuada relación médico-paciente.
- Adquirir habilidades para el trabajo en equipo.
- Entrevista médica. Control de niño sano (neonato - 1ra y 2da infancia, adolescentes). Control de crecimiento y desarrollo. Vacunas. Nutrición - Lactancia materna. Escolaridad. Prevención de accidentes y adicciones

Si bien inicialmente se referencian dentro de los objetivos perseguidos una visión integradora de la formación, en torno a los problemas de salud de la población, se aprecia una escasa cantidad de contenidos psicosociales en el primer año de formación.

Desde lo pedagógico

En cuanto a la descripción de las actividades, describe la organización de lo asistencial y académico mencionando la utilización de herramientas virtuales de gestión decente como Classroom. Luego describe todos los lugares por donde los residentes realizan sus rotaciones.

Con respecto a la formulación de las clases teóricas hace mención a que las mismas deben ser realizadas por los propios médicos en formación, bajo la supervisión de los Instructores o Jefes de Residentes

Luego se desglosan las actividades prácticas por año de residencia, pero sería más la organización del tiempo o el modo de utilización del mismo durante la jornada laboral, a modo de ejemplo:

RESIDENTES DE PRIMER

SEGUNDO AÑO.

07:00 - 08:00: Reporte y examen físico de pacientes internados.

08:00 - 11:00: Pase de sala con médicos de planta y/o Jefe de Servicio.

11:00 - 13:00: Informe a los padres de diagnósticos y decisiones terapéuticas, confección de historias clínicas e ingreso de pacientes, evolución diaria de pacientes internados, informes de alta y resumen para los médicos de cabecera, traslados de pacientes para la realización de estudios, realización de prácticas especiales bajo la supervisión de residentes superiores, jefe residentes, instructor, médicos de planta (punción lumbar, punción suprapúbica, colocación de sondas vesicales y nasoyeyunales, extracción de muestras para cultivos y aspirados nasofaríngeos, colocación de vías percutáneas, saturometrías, curaciones, técnicas de bacteriología básica, toma de biopsias cutáneas, suturas, etc.), consultorio de pacientes crónicos con médico de planta cuando roten en centro de salud.

13:00 - 13:45: Pase de guardia.

13:45 - 14:15: Almuerzo.

14:15 - 15:00: Entrenamiento básico con el Jefe de Residentes. Se realiza

dos veces por semana durante la primera mitad del ciclo lectivo. Completado y revisión de historias clínicas.

15:00: Comienzo de guardia para los residentes que corresponda.

En lo que respecta al apartado de Actividades teóricas, refieren un espacio al comienzo y al finalizar el trabajo asistencial, no queda claro de qué manera se ejecuta este apartado, y luego se vuelven a repetir los cursos obligatorios ya mencionados con anterioridad.

En el espacio que se desarrolla el programa analítico se vislumbra una gran cantidad de títulos enunciando diversos contenidos según al módulo que corresponda. Es destacable que en algunos de los módulos se adjuntan objetivos específicos a lograr en cada uno de ellos. Sin embargo, no queda claro si serían competencias a desarrollar. También cabe mencionar los escasos contenidos de índole psicológico y social, políticas públicas, epidemiología, investigación.

El sistema de evaluación consta de un aspecto formativo donde incluyen laboriosidad, responsabilidad, aprovechamiento, iniciativa, relación médico-paciente y con inferiores y superiores; y el cumplimiento de actividades de investigación y estudio. También hace mención a la evaluación sumativa mediante exámenes multiple-choice, de manera periódica durante el año.

Ahora bien, si bien en lo descriptivo en los programas de formación se enumeran contenidos de índole psicosocial, gestión y desarrollo de investigación, sería interesante descubrir de qué manera se abordarán en la actividad de los residentes estos contenidos, en el espacio de posgrado. Por ello se realizaron diversas entrevistas, en primer lugar, con los formadores y luego con los residentes, con el agregado de este último grupo, la realización de una encuesta. Estas voces serán incorporadas en el próximo capítulo.

CAPÍTULO 4

Sujetos Curriculares

Luego de haber realizado el análisis de los aspectos estructurales - formales de los posgrados en clínica pediátrica de la ciudad de Santa Fe, daremos continuidad con nuestro trabajo de campo, el cual ya dimos un indicio del mismo en el capítulo previo en las entrevistas a formadores históricos. En este apartado haremos referencia sobre los sujetos de desarrollo curricular, en el cual incluimos a los formadores que no tienen muchos años de diferencia con los residentes tanto del egreso de la universidad como del posgrado. Nos referimos al jefe e instructores de residentes, como así también a los residentes propiamente dichos. Se realizaron diversas entrevistas, algunas presenciales y otras on-line, buscando responder a las preguntas realizadas al inicio del presente trabajo y que para la comunicación he organizado en los siguientes ejes:

- 1- Tensión Formación-Asistencia
- 2- Modalidad de enseñanza utilizada
- 3- Articulación grado- posgrado
- 4- Investigación

4.1 Tensiones entre Formación/Asistencia

Según señala Rosa María Borrell (2005), la tensión formación /asistencia no es sólo atribuible al carácter propio de la residencia, sino que obedece también al impacto de las residencias en las relaciones y la organización del trabajo de los hospitales. Los reglamentos de las residencias son muy claros en subrayar que el cargo de médico residente no equivale a un empleo, sino que constituye una oportunidad de formar parte de un curso de posgrado de carácter práctico. De todas formas, la presencia de los residentes durante todo el día en los hospitales modificó el escenario de atención hospitalaria como ya lo hemos mencionado con anterioridad, otorgándoles un lugar e importancia sin precedentes hasta el momento. La normativa establece que el espacio de formación no sea solo el hospitalario, el énfasis en la necesidad de formar profesionales orientados hacia la atención primaria de la salud ya se expresa en la Resolución Ministerial (MSAL) N° 558/00, en la que se establece que las residencias médicas de varias especialidades financiadas por el Ministerio de Salud deberán dar una mayor formación en centros del primer nivel de atención, (incluyendo acciones de educación y promoción de la salud y prevención primaria y secundaria), a la cual se debería dedicar no menos del 30% de la actividad. Esto es importante porque esta orientación es necesaria para lograr esa integralidad en la formación de residente, buscando evitar el hospitalocentrismo no solo en la actividad diaria sino también en el diseño de los currículos. Referencia de esto, el tiempo

dedicado a la APS (Atención Primaria de la Salud) fue relevado entre los entrevistados, sobre todo en las respuestas de los médicos residentes:

- Los temas que creo que tienen mayor relevancia son patología respiratoria y alteraciones de medio interno y ácidobase, o sea todos los temas de medicina interna (ER4²)
- Lo que veo que tiene menos relevancia son las patologías que predominan en la parte ambulatoria (ER2)

La Organización Panamericana de la Salud hace referencia a las problemáticas existentes en el posgrado con respecto a los espacios que ocupan las temáticas de APS en los centros formadores, pero la problemática radica no solo en esto.

Los temas de mayor complejidad en materia educativa en las residencias médicas son los relacionados con el diseño y desarrollo curricular, la enseñanza y el aprendizaje en servicios con pacientes, la supervisión de los aprendizajes y la evaluación de los programas educativos, incluyendo la evaluación de los residentes. Esta complejidad se debe, en parte, a que estos programas se ofertan en servicios hospitalarios que tienen su propia dinámica como sistema de servicios. No fueron diseñados para la docencia y los trabajadores de salud, especialistas o no, que allí trabajan, tienen su foco de atención fundamentalmente en los problemas y soluciones a la salud de las personas. (OPS,2020).

Esto deja reflejada de cómo la carga asistencial afecta uno de los pilares de la formación integral y el requisito principal que pregonan los documentos ministeriales, que es el de incrementar la presencia de contenidos y rotaciones de índole ambulatoria en el espacio del posgrado.

Otro punto que quizá cabe mencionar relativo a la tensión formación - asistencia que estamos analizando, es que la modalidad de formación en que está inmersa en esta complejidad hospitalaria que mencionamos, resulta de la relación trabajo - estudio también denominada comúnmente “formación en servicio”. Estas acciones se realizan siguiendo el principio del “trabajo en cascada”, donde todos tienen la obligación de enseñar a los compañeros del escalón inmediato inferior, en una dinámica integradora en que todos aprenden de todos, tomando como eje la problematización de los propios servicios de salud, lo que constituye el fundamento holístico o integrador de la educación en el trabajo.

La formación de los profesionales de la salud se basa en la educación en el trabajo, esta constituye la modalidad fundamental de organización del proceso docente educativo en el ciclo clínico de las diferentes carreras de la educación médica de posgrado, cuya forma superior es la enseñanza tutorial, basada en la relación individual o de pequeños grupos. En ella el estudiante se forma de manera integral, interactúa con

² Médico/a residente de pediatría

los demás miembros del equipo de trabajo, desarrolla la función que le corresponde y, bajo la dirección del profesor jefe del equipo, brinda la atención médica y de enfermería a las personas sanas o enfermas y a la colectividad, con lo cual contribuyen a la transformación del estado de salud del individuo, la familia y la comunidad. (Rodríguez Fernández, 2017)

Esto que mencionamos en artículo citado previamente, nos refleja la dinámica formativa- laboral que se desarrolla en el ámbito hospitalario por la cual es menester hacer referencia a esa organización y los espacios de aprendizajes con los que cuenta, para adentrarnos en los momentos formativos durante el trabajo asistencial.

Zenen Rodríguez Fernández (2017) sostiene que en los tipos de educación en el trabajo docente asistencial, existen numerosas actividades enmarcadas en la educación en el trabajo, clasificadas sobre la base de los objetivos que se deben alcanzar, entre las principales relacionadas con la formación del egresado de ciencias médicas y del sistema de residencias durante el período de especialización figuran: el pase de sala, las interconsultas, la guardia médica, el pase de guardia. Mencionamos brevemente las características de cada una de ellas:

- **Pase de sala:** Este es un espacio dentro del trabajo diario del residente que persigue como fin desarrollar habilidades intelectuales relacionadas con la aplicación sistemática del método clínico al análisis. El docente, en este caso, el médico de planta o en su defecto el residente del año superior, serían los encargados en teoría de atender, dirigir, supervisar y evaluar el trabajo que realiza individualmente el residente en el pase de sala; al mismo tiempo, supervisar y evaluará la historia clínica elaborada por el residente e informará las deficiencias encontradas; también comprobará los datos recogidos en relación con los hallazgos del examen físico, la evolución clínica, la respuesta terapéutica, y su propia apreciación de las conductas tomadas y que se tomarán sobre el paciente que se esté presentando.
- **Interconsultas:** Este es el momento donde más se aprecia la interdisciplina, es un espacio de consulta con diversos especialistas dentro de la rama pediátrica, por ejemplo, cardiólogo infantil, neumología, asistente social, psicóloga, etc. Este momento de intercambio supone un requerimiento básico para la atención integral del paciente y su familia, donde todo el equipo en un esfuerzo mancomunado, analizan las mejores opciones para la atención de los enfermos, dentro de un contexto que brinde seguridad tanto durante la internación como en su externación.
- **Pase de guardia:** Es un tipo de educación en el trabajo que tiene como objetivo analizar y evaluar brevemente el estado de los enfermos atendidos en la guardia médica del día anterior. En ella participan fundamentalmente los médicos residentes, los especialistas que componen el cuerpo de guardia. Es el tipo de educación en el trabajo que tiene como objetivo que los residentes desarrollen los razonamientos

necesarios para integrar y evaluar los datos encontrados en la anamnesis, el examen físico y los exámenes complementarios, a la luz de los conocimientos teóricos y de la información pertinente, para llegar a un diagnóstico que les permita establecer o evaluar el plan terapéutico de aquellos enfermos ingresado a la sala de internación. También se aplica misma modalidad a los pacientes que revisten una patología de cierta gravedad que requieren controles asiduos y frecuentes por su condición clínica, los cuales serán revisados por el cuerpo de guardia entrante durante su jornada de trabajo. • **Guardia médica:** Es el tipo de educación en el trabajo que tiene como objetivo que el residente adquiera las habilidades y destrezas necesarias para aplicar el método clínico en una modalidad acelerada, propia de las situaciones de urgencia o de emergencia médica. El objetivo educativo va dirigido a desarrollar convicciones en el residente que le permitan trabajar fuera del horario habitual de trabajo, es decir, luego del trabajo matinal. Esta se realiza en el cuerpo de guardia de hospitales, es una actividad docente asistencial continua, en la cual un equipo de trabajo precede o sucede a otro.

Entonces luego de esta mención de esta estructura que estamos analizando encontramos ciertos puntos que hacen al ecosistema hospitalario, e interactúan en esta tensión formativa-asistencial que creo que son cruciales como por ejemplo las funciones docentes que mencionamos anteriormente que ejecutan los residentes y los médicos de planta en sus quehaceres diarios en los espacios mencionados previamente:

- **Los residentes como docentes:** entendiéndolo a la residencia médica como un lugar que constituye una formación en servicio en la que los residentes bajo supervisión son responsables de una gran parte de la carga asistencial hospitalaria. Los residentes se forman a partir de las tareas asistenciales, y reciben supervisión de médicos de planta y otros residentes de años superiores, que desempeñan en forma dual el rol asistencial y la tarea docente. La estructura de la residencia mantiene una organización jerárquica, donde los residentes de los primeros años tienen una supervisión cercana de los residentes de años superiores, además de los especialistas del servicio donde se desarrolla la residencia. Con el paso de los años de residencia los residentes deben aprender a tomar decisiones clínicas más complejas, coordinar a residentes de años inferiores, comunicarse con los pacientes y sus familiares, aprender el intercambio con otros profesionales del equipo de salud y ser líderes de grupos de trabajo. En este modelo, los alumnos van desarrollando la competencia en forma gradual con supervisión cada vez menos intensa.

Lo que llama la atención en este aspecto es de qué manera se integran esas competencias de manera aditiva, y cuál sería la capacidad docente de un médico en formación. Esto parece responder al modelo de enseñanza hospitalario que mencionamos con anterioridad, donde existe el riesgo de aprender en base a experiencias, de enseñar como se aprendió en base a la experticia heredada de generaciones anteriores.

- **Los médicos de planta asistenciales - docentes:** En la ciudad de Santa Fe, en el reglamento citado en capítulos previos establece que los médicos que se desempeñan en servicios donde existen residencias médicas hospitalarias serán considerados integrantes del cuerpo docente, es decir, que dentro de su “contrato laboral”, estipula que deben brindar obligatoriamente tiempo dedicado a la docencia, el cual si no es realizado puede estar sujeto a sanciones. Pero aquí cabría preguntarse si estos médicos que ejercen la tarea asistencial, cuentan con formación docente, lo que hacen muy importante para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos planteados en los programas de formación.

Pero a esta situación de que un profesional que asiste a un paciente y debe a la vez hacer funciones docentes vale la pena mencionar que la reforma establecida en los sectores sociales y de salud de la última década y la crisis económica que afecta al país en estos últimos años está determinando un comportamiento diferente de los médicos dedicados a la docencia, dándose posiblemente una inclinación hacia el pluriempleo y al descuido de aquellas actividades que adolecen de una remuneración adecuada como es el caso de la docencia hospitalaria. (Rosa Borrel, 2005).

Entonces hasta aquí podemos decir que esta tensión analizada, supone que existe una carga mayormente laboral sobre el desarrollo de las actividades asistenciales y docentes, produciendo un desequilibrio entre los espacios de prácticas que son considerados formativos, inclinando más la balanza hacia la asistencialidad. Este aspecto de la intrincada relación asistencia-formación también fue abordado con los formadores actuales, que son los instructores y jefes de residentes de ambos centros de formación, donde el interrogante que surge de lo expresado con anterioridad, es saber cómo se organiza el trabajo diario y la formación. Según los datos obtenidos en las entrevistas:

- La formación está organizada en un programa trianual, donde se van viendo todos los temas de pediatría durante los tres años. Está subdividido en módulos que aproximadamente duran 6 semanas, luego se evalúan cada uno al finalizar los mismos. Además, se cuenta con evaluación semestral. (EIN³)
- En lo que respecta a formación académica, de lunes a viernes siempre tienen alguna actividad académica, en general durante la mañana, en el horario de 8 a 9 hs. Excepto los jueves que el hospital dispone ese día para los ateneos hospitalarios, actividad que también se la incluye como un momento formativo. Los martes y miércoles hay talleres en el horario del mediodía. El resto del tiempo disponible es de carácter asistencial. (EIN)
- De las horas que se desarrollan en el hospital aproximadamente la jornada laboral tiene 8 horas, de las cuales 7 son asistenciales y una es académica. Dentro de esta hora también se incluye la actividad de investigación en forma alterna. (EJF

1)

Según la mención de los jefes de residentes e instructores, se puede apreciar que el mayor tiempo lo ocupa la parte asistencial, que en este sistema de formación se toma como momentos de aprendizajes. También

³ Entrevista Instructor de Residente de Pediatría

las opiniones de los formadores históricos hacen referencia que, al día de hoy, la residencia de pediatría no ha podido independizarse de lo asistencial, básicamente

- Nuestro hospital necesita para lo que es un cuidado moderado e intermedio la presencia del residente en su funcionamiento, posiblemente en el tiempo esto deba modificarse y los servicios deberían poder funcionar independientemente de la residencia, es difícil esta articulación porque implica un recurso humano que debe ser designado para cumplir la función que cumple el residente (FH1).
- Estoy convencida de que el residente no puede dejar de tener responsabilidad de la asistencia de los pacientes, ya que creo que la forma de aprender es en el compromiso y responsabilidad sobre el paciente. (FH1)

Como se puede apreciar en primera medida, predomina la actividad asistencial sobre lo académico. Se puede inferir que la atención en los hospitales ha quedado dependiente en su gran medida de la actividad del residente, enmarcada en la formación en servicio, quizás eso es lo que causa esta sobrecarga horaria, lo que repercute en la parte académica, podría ser en calidad en primera medida y no en cantidad, ya que se aprecia que espacios de clases y talleres se desarrollan según lo enunciado.

Las reflexiones de los docentes/ instructores dejan además al descubierto que el programa de formación de las residencias médicas como forma de acceso al conocimiento, todavía está lejos de asumir una estrategia educativa de “aprender a aprender” de manera significativa, es más bien planteado a al saber o saber cómo en el orden de las competencias que deben adquirir. El currículo de las residencias debería constituir una vía a través de la cual los residentes aprendan a aprender, a adquirir estrategias y capacidades que les permitan transformar, reelaborar y reconstruir los conocimientos que reciben. De la forma como están organizadas las residencias, tanto en lo pedagógico como en la carga asistencial que pesa sobre los residentes, no es posible dar este salto cualitativo, especialmente si todavía no se tiene mucha conciencia de los diferentes modelos educativos y de que se pretende alcanzar del futuro especialista

4. 2- Modo de enseñanza en el posgrado de clínica pediátrica

Entendiendo los espacios de práctica asistencial como momentos de aprendizajes, otro de los aspectos abordados fue de qué otra manera se les enseña a los residentes y cuáles son las principales temáticas que se abordan:

- Los temas principales son los relacionados a la pediatría clínica, tanto de medicina interna como de ambulatorio, dependiendo el módulo que se esté desarrollando. (EIN)

-
- En general se tratan la mayoría de los temas de la pediatría en general, como por ejemplo nutrición, medio interno e hidratación.(E.JF ⁴)
 - Las clases que predominan son las clases convencionales, aunque también realizan talleres, actualizaciones bibliográficas. (EIN)

En contrapartida es interesante remarcar la visión acerca de cómo aprenden los médicos residentes que se encuentran en formación:

- Es una modalidad de aprendizaje individual, autodidacta pero basada en el trabajo diario con el paciente. Aprendiendo día a día el manejo hospitalario de la mano de residentes, instructor y jefes superiores para acompañar el proceso dinámico de enfermedad y curación que cada paciente tiene (ER3).
- La modalidad de formación es similar a la de la facultad, considero igual que en la residencia si se dan más clases magistrales. Como fortalezas que encuentro son las clases y talleres que tenemos, pero considero que los mismos no se dan de manera interdisciplinaria.

Otra desventaja que encuentro es que no tenemos mucho en cuanto a investigación científica... y, por otro lado, desde mi punto de vista, me gustaría tener más puntos de encuentro en cuanto a formación. Me parece que hora por día es poco "(ER1).

Esta última mención acerca de la similitud con la facultad, recordemos que lo que predomina en la formación de grado es el aprendizaje basado en problemas, que se lo podría definir como "un método de aprendizaje basado en el principio de usar problemas como punto de partida para la adquisición e integración de los nuevos conocimientos" (Barrows H, 1986). De esto ya hicimos mención en capítulos previos, pero esa similitud a la cual refieren los residentes quizás sea a que el paciente que asisten diariamente parte de un problema determinado de salud que derivó en su internación, el cual deben analizar, interconsultar y razonar para poder llegar a una terapéutica adecuada para su necesidad.

En cuanto a la modalidad de enseñanza se aprecia que se da dentro del ámbito hospitalario, existen lineamientos que pertenecen a los postulados de Flexner que expusimos al inicio de este trabajo, donde se intentan abordar temas inherentes a la especialidad, tanto de las patologías de índole ambulatorio como de internación, con claro predominio de clases magistrales, algo que contrasta con el modelo de grado donde prevalecen los talleres de integración disciplinaria por sobre las clases convencionales.

⁴ Entrevista Jefe de Residente de Pediatría

Según las opiniones de los médicos residentes, los temas principalmente abordados son aquellos inherentes a la medicina interna y los que se pueden aplicar en los espacios de atención ambulatoria:

- Los temas que hacen a la práctica diaria y que pueden salvar vidas como por ejemplo abordaje de patologías frecuentes en internación y en espacio ambulatorio. Durante las rotaciones el aprendizaje en áreas críticas o de alta complejidad (Oncología, Cuidados especiales, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Cuidados intermedios) donde existe manejo de fármacos, de situaciones de urgencia, entre otras.
- Los temas que creo que tienen mayor relevancia son patología respiratoria y alteraciones de medio interno y ácidobase, o sea todos los temas de medicina interna.

A estas realidades reflejadas en las opiniones de los formadores y residentes, debe sumarse la realidad que cada hospital o centro formador posee. Si bien se trata de seguir un programa básico que hoy está enmarcado en el marco de referencia nacional del Ministerio de Salud de la Nación, cada hospital tiene la impronta de la propia institución en cuanto a la oferta académica, sobre todo el tipo de pacientes de los cuales el médico que se está formando está más en contacto. Con esto me quiero referir que por ejemplo la oferta de casuística de pacientes no es lo mismo en un hospital pediátrico, que en un servicio de pediatría dentro de un hospital polivalente. Lo que no quiere decir que la formación sea mejor en uno o en otro centro formador, si no que las ofertas sean distintas, en cuanto a las patologías que se atienden en cada lugar. Quizás esto nos hace pensar en un futuro, la posibilidad de un programa de formación único, donde los residentes puedan rotar equivalentemente por ambos centros de formación de la ciudad, para asimilar y equilibrar las competencias que puedan adquirir.

Otro aspecto que se pudo apreciar en las entrevistas es la escasa o nula mención que se hacen de los contenidos del bloque transversal, los cuales están expresado en el documento marco de referencia del ministerio de salud de la nación mencionado en los capítulos anteriores. Recordemos algunos de sus temas y que se propone en el documento:

BLOQUE 1: ESTADO, SOCIEDAD Y CULTURAS En este bloque se hacen referencia al rol del estado no solo como meramente político, sino como proveedor de cultura asegurando los derechos de los ciudadanos culturales. Apunta también a la función social del trabajo, articulando lo singular y lo colectivo. También hace referencia a las relaciones de producción y transformaciones en las relaciones de género.

BLOQUE 2: COMUNICACIÓN: Aquí es trascendental el desarrollo de contenidos como la comunicación humana, sus características y enfoques analíticos. A su vez remarca conceptos de estadísticas como instrumentos para validar y así comunicar datos. Hace referencia al uso apropiado del inglés, sobre todo

de uso técnico para la lectura de los trabajos científicos. Otro aspecto que le da importancia es el uso de la informática al servicio de la comunicación: Internet, correo electrónico, foros, comunicación en línea, bibliotecas virtuales y otros.

BLOQUE 3: SALUD PÚBLICA: Aquí hace mención a la accesibilidad y garantizar el acceso a la salud, donde la salud se debe priorizar como inversión en el marco de las políticas públicas. Pone énfasis en el rol del estado en el Sistema Sanitario Argentino, ya sea en el sector público, privado y seguridad social, pero remarcando la importancia de la Atención Primaria de la Salud. El uso de la Epidemiología en los servicios de salud como herramienta de fortalecimiento de la acción comunitaria donde las responsabilidades individuales y políticas de Estado devienen en la construcción de estilos de vida saludables.

BLOQUE 4: ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE INSTITUCIONES DE SALUD: En este bloque se sugieren que se aborden la gestión de los sistemas de salud, la estructura del Sistema Sanitario en Argentina y la planificación estratégica y participativa. También se hace hincapié en el trabajo en equipo, con estilos y modelos de liderazgo, para que sean aplicados a los equipos de salud y hace mejorar la seguridad en la calidad de atención al paciente y su familia.

BLOQUE 5: ACTITUDES RELACIONADAS CON EL EJERCICIO PROFESIONAL: Aquí enfatizan que se deben abordar conceptos sobre la evolución histórica de las ciencias del arte de curar, remarcando la importancia de entender también la aplicación de la ética profesional, entendiendo la actitud crítica hacia las consecuencias éticas y sociales del desarrollo científico y tecnológico aplicados en la asistencia al paciente. Conceptos de equidad, universalidad, derecho y ciudadanía.

BLOQUE 6: CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO: Hace mención a la importancia de las condiciones de trabajo, la organización, el contenido y la significación del trabajo. Refiere que se deben abordar conceptos sobre la duración y configuración del tiempo de trabajo, pudiendo estipular la carga física, mental y emocional en el medio ambiente donde se desenvuelve el trabajo.

Realmente llama la atención la gran cantidad de contenidos que se sugieren como transversales, los cuales no pongo en discusión su importancia, si no el alcance que se pretende con tan larga lista de contenidos a desarrollar. Creo que el factor tiempo (tensión formación-asistencia), sumado a la falta de planificación de cómo se insertan en la formación, hace difícil la inserción de estos bloques transversales en el currículum de posgrado.

Ahora bien, si tendríamos que retomar todos estos conceptos mencionados recientemente o intentar integrarlos de algún modo, deberíamos intentar enmarcarlos o preguntarnos de qué manera se entrelazan o construyen habilidades que sirven para el desarrollo y la construcción de competencias en los futuros pediatras. Creo que este es el puntapié inicial, de tantas aristas a tener en cuenta para mejorar esta compleja perspectiva formativa, con esto quiero decir que quizás es necesario definir objetivos que se quiere lograr en el perfil de formación, para luego reflexionar críticamente qué queremos y proponer las competencias a alcanzar.

Si bien el eje de este trabajo no es hacer un análisis de competencias, recordemos el concepto que el autor (García - García, 2010) nos menciona que no existe una definición única, podría definirse como un fenómeno complejo que expresa las potencialidades de la persona para orientar su actuación en el ejercicio de la profesión con iniciativa, flexibilidad y autonomía, en escenarios heterogéneos y diversos a partir de la integración de conocimientos, habilidades, motivos y valores que se expresan en un desempeño profesional, eficiente, ético y de compromiso social.

Para esquematizar la construcción de las competencias podemos objetivar este concepto si nos remitimos a la pirámide de Miller, donde podremos ubicar las modalidades de enseñanza encontradas en el trabajo de campo realizado, cuáles serían sus instrumentos de evaluación para adquirir los niveles deseados.

Según la pirámide de Miller, un estudiante para desarrollar una competencia avanza a través de sus diferentes dimensiones: *saber-conocer*, *saber-hacer* o *saber-cómo*, *saber-emprender* y *saber-ser*. Entonces, es indispensable contemplar la pirámide de cada competencia profesional, actualizar el concepto de evaluación como proceso eje para el aprendizaje y la enseñanza, todos estos enmarcados en un modelo pedagógico que oriente el enfoque del modo de evaluación, qué se debe evaluar, cómo evaluar y para qué evaluar (Acta Med Colomb 2016; 41: 49-57).

La evaluación es parte del proceso de aprendizaje, pero saber que se va evaluar y de qué manera, constituye una práctica inseparable de los objetivos que se planean al inicio de la construcción del perfil profesional. Según Camilloni A. (1998) refiere que la evaluación es parte del proceso didáctico e implica para los estudiantes una forma de conciencia de los aprendizajes adquiridos y, para los docentes una interpretación de las implicancias de la enseñanza de esos aprendizajes.

Si usamos la pirámide de Miller (Miller 1990) y su integración a los modos evaluativos según los niveles de competencias, podríamos a través de este gráfico intentar comprender un poco más lo que pretendo enunciar:

FUNCIONALIDAD SEGÚN LA PIRÁMIDE DE MILLER.

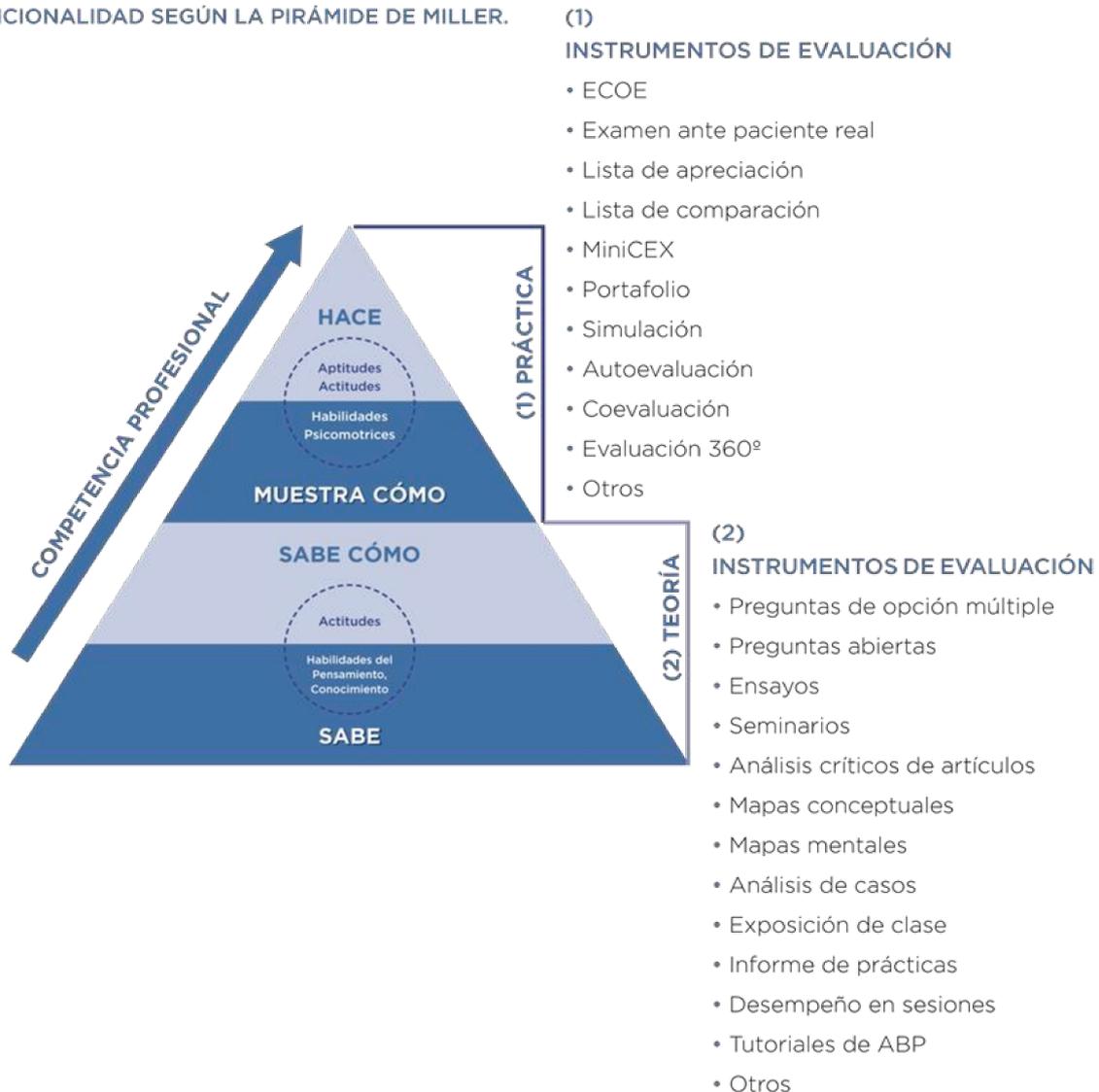


Imagen extraída de Pinterest de Federico Juarez, disponible en <https://pin.it/5ei4iMG>

Al apreciar esta imagen, se puede inferir que, en las residencias analizadas, al haber preponderancia de clases magistrales, talleres, los niveles alcanzados serían el “sabe” y el “sabe cómo”, donde el instrumento evaluativo principal es el examen múltiple opción el cual sería el indicado para la evaluación de estos niveles de conocimiento. Ahora bien, al tomar el espacio de práctica dentro de lo asistencial propiamente dicho, quizás podríamos tomar “muestra cómo”, como un nivel también considerable, donde la evaluación por otros es su instrumento evaluador más utilizado.

4.3. Articulación Grado- Posgrado

Como lo venimos mencionando durante el devenir de este trabajo, este es un aspecto importante y el eje en esta investigación, e interesa de qué manera perciben tanto los residentes como los formadores de cómo se plantea la articulación entre estos dos espacios.

El modelo educativo de grado implementado en la carrera de medicina de la UNL tiene por finalidad comprender al ser humano integralmente, articulando sus aspectos biológicos, sociales, psicológicos y culturales.

La carrera tiene una duración de 6 años y está organizada en cuatro Ciclos definidos desde una perspectiva crítico-reflexiva sobre el saber médico, teórico-práctico, para proyectarlo desde la salud hacia la enfermedad en un movimiento circular, que no es evolutivo pues los ciclos se definen en permanente relación, en el sentido de la complejidad. La delimitación de los Ciclos está determinada por la estructura interna del objeto de estudio, el proceso Salud- Enfermedad- Atención y la práctica de la Medicina en una interrelación constitutiva. (UNL - Res. HCS 133-06)

La mayoría de las respuestas de los médicos residentes la califican a su formación de grado como buena, teniendo como principal fortaleza el seguimiento personalizado en el espacio tutorial, la concepción del ser humano de una manera integral, desde la perspectiva psicosocial.

- Es una modalidad integradora, personalmente me gustó mucho ya que es un método que permite abordar las distintas patologías desde un punto de vista bio-psico-social. Como fortaleza permite comprender mejor al paciente, integrar conocimientos de distintas áreas. Como debilidad resulta dificultosa llevarla al día debido a la gran cantidad de exámenes acreditables con poco lapso de tiempo entre ellos y debido al corto tiempo que hay asignado para el desarrollo de determinadas materias. (ER1)

- La modalidad de enseñanza de la facultad se podría definir como autorregulada ya que en muy pocas materias tenés el acompañamiento constante del profesional tanto en la parte práctica como en la teoría, muchas veces tenés que saber solo que estudiar y que no, que es importante y demás. Otro punto muy importante de fortaleza es la posibilidad de simulación que en otras facultades no hay y la realización de trabajos de investigación. (ER2)

También se destaca el uso de la simulación clínica como herramienta de aprendizaje y remarcar un tiempo acotado entre las materias, donde el volumen de contenidos quizás es mayor al tiempo predestinado para el desarrollo de los temas.

Con respecto al posgrado, como se mencionó con anterioridad, el espacio transcurre dentro del espacio hospitalario en el ámbito público. Según las respuestas de los residentes plantean que el enfoque es hacia la pediatría en internación, la mayor parte de la formación se da en el ámbito hospitalario y hacia patologías

complejas. Consideran que eso es una fortaleza, al igual que la gran cantidad de pacientes que tienen la oportunidad de atender, con diversos cuadros clínicos, de diferentes lugares de la provincia. Proponen mejorar aspectos relacionados a la organización institucional: centralizar resultados de laboratorio con accesos a ellos de forma más simple, mejorar la limpieza y condiciones edilicias del hospital, etc. Respecto al área de docencia, consideran que se podría ampliar la formación extra hospitalaria, pero desde el centro de salud.

Destacan como fortaleza también que los contenidos desarrollados para cada año son adecuados, así como también las evaluaciones periódicas y semestrales. Se encontraron algunas diferencias en lo que respecta a la opinión sobre disponibilidad horaria para dedicar al estudio, reflejando una importante carga horaria asistencial. Es importante remarcar que la mayoría conciben según su entendimiento que la atención al paciente se percibe de modo integral, debido a que el hospital cuenta con Servicio Social y Salud Mental. Pero consideran que, si bien se tienen en cuenta los aspectos psicológicos y sociales en el paciente internado, se debería profundizar la formación en dichos temas, así como también en cuidados paliativos.

- Es una modalidad de aprendizaje individual, autodidacta pero basada en el trabajo diario con el paciente. Aprendiendo día a día el manejo hospitalario de la mano de residentes, instructor y jefes superiores para acompañar el proceso dinámico de enfermedad y curación que cada paciente tiene. (ER3)

- Creo que el trabajo diario hospitalario es una buena forma de entender el desarrollo de patologías, la evolución de los pacientes y el manejo terapéutico. Acerca a la realidad de los recursos que se disponen en parte también. Como debilidad considero que la gran carga horaria y las actividades monótonas administrativas hacen que el proceso de aprendizaje sea lento, lo que hace que la incorporación del marco teórico sea a veces escasa. Otra debilidad es la falta de momentos de práctica de procedimientos útiles, diarios y sencillos como también de momentos de simulación que hacen que en una guardia se salve una vida. (ER3)

- La modalidad de formación en mi residencia es muy académica, lo cual destaco cómo muy positivo e importante para mí formación como Pediatra. Se evalúa constantemente a los residentes lo cual es necesario ya que es una forma de tener un estudio constante. Por otro lado, teniendo en cuenta la carga horaria de trabajo y las guardias mensuales con el cansancio físico que eso conlleva, en mi opinión siento una sobre exigencia y me resulta difícil poder cumplir con los objetivos. (ER2)

Según la opinión de los formadores con respecto a esta articulación grado y posgrado, creen que en este momento es una debilidad, refieren que las carreras de grado deberían finalizar con un título académico y que la formación de posgrado en servicio debe ser obligatoria.

No debería haber una opción a no formarse en el marco de un sistema intensivo llámese residencia, medicato. Pero no debe haber opción en la que un médico egresado no se forme en las competencias necesarias para la atención del paciente y eso claramente no lo puede dar ni la práctica final, ni la simulación, si bien es verdad que acercan al estudiante al escenario clínico, pero la práctica final obligatoria por definición es observacional, entonces hay muchos países que ya han adoptado esta articulación directa entre el grado y el posgrado donde no puede elegir hacer nada en su formación de posgrado. Las prácticas finales en muchos países ya están siendo reemplazadas por prácticas activas en el marco de la matriculación como médicos, un ejemplo típico es España, que ellos tienen el MIR, donde una vez finalizada su carrera de grado, rinden un examen que les permite ingresar a un sistema de formación de posgrado que es obligatorio, después si alguno quiere hacer algo más puede hacerlo, pero no puede hacer menos que eso”. (FH2)

En conclusión falta articular, creo que es una decisión política que compete muchos actores, como la Universidad que hoy tiene la potestad de titular, del colegio de médicos que da una matrícula habilitante solo con el título y donde las especialidades son capacidades agregadas, donde yo creo que personalmente que la matrícula que habilite a alguien a trabajar sobre un paciente debe necesariamente en un tiempo no muy lejano estar acompañados de un entrenamiento real, tutorizado como lo es la residencia, quizás un poco más breve en uno o dos años, pero creo que eso debería reemplazar la práctica final.(FH2)

Este concepto que acabamos de mencionar acerca de la práctica final obligatoria (PFO) merece una breve descripción. La PFO es la actividad curricular prevista para capacitar en servicio a los estudiantes de la carrera de medicina que hubieran concluido el cursado de los cinco primeros años de la carrera y hubieran aprobado todas las materias previstas en el mismo. Es una asignatura de duración anual correspondiente al 6° año de la carrera de Medicina. Para cursarla, los alumnos deben tener aprobadas todas las materias de la carrera. El objetivo de la Práctica Final Obligatoria es lograr que el estudiante perfeccione la habilidad médica en su práctica pre-profesional, mediante la realización de actividades paralelas a las de un médico residente, en los servicios de Clínica Médica, Cirugía, Toco ginecología, Pediatría.

Con lo expresado anteriormente podemos inferir que este último año de la carrera está en relación con el ámbito hospitalario, por lo que existe una relación entre las instituciones universitarias y el ámbito hospitalario, sería interesante profundizar el conocimiento de la modalidad de esta práctica, porque quizás podría convertirse en una herramienta fundamental en la articulación grado- posgrado.

4.4 Investigación

Según Ferrero. F (2017) en su trabajo refiere que, en los espacios de salud, predominan los tipos de investigación más básicos, tipo revisión bibliográfica o presentación de casos clínicos, lo que es algo poco atractivo para los participantes. Pero algo importante que remarca también es que esta actividad muchas veces está en segundo o tercer plano debido a la excesiva carga asistencial que tienen diariamente.

En el caso de la residencia de pediatría del Hospital Alassia, cuenta con la participación por parte de sus residentes del curso *Introducción a la Investigación Pediátrica* (IMIP) que es llevado a cabo por el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires, el cual persigue fomentar la investigación en los espacios de posgrados en pediatría, en diferentes puntos del país.

El mismo persigue como objetivo realizar una *Revisión Sistemática* sobre un tema de relevancia y fomentar el desarrollo de herramientas de lectura crítica y estrategias de búsqueda. Para la realización de la revisión sistemática se confeccionan grupos de tres residentes de Clínica Pediátrica. Cada grupo cuenta con un Tutor encargado del seguimiento del desarrollo de la revisión. Los grupos cumplen con las fechas estipuladas de entregas, tanto a los tutores como a los organizadores del curso. Los trabajos finalizados al ser de su autoría, pueden ser presentados para su publicación en revistas de interés

Además, participan de presentación de trabajos en las Jornadas Científicas y Congresos que se desarrollan en el ámbito de la pediatría, en la modalidad de presentación de casos clínicos en su mayoría, los cuales son atendidos por ellos mismos durante su formación.

En la voz de los residentes sobre este aspecto, se pudo corroborar mediante las encuestas realizadas a los residentes, sus expresiones con respecto a los temas que se han abordado y las dificultades que pueden encontrarse con el desarrollo de esta área:

- Reporte de casos de retinoblastoma, histiocitosis de células de langerhans.
- Todos los años (1ero a 3ero) es de carácter obligatorio entregar al menos un trabajo de investigación y presentarlo en un congreso.
- No he podido muchas veces por poca disponibilidad horaria para formar parte de un proyecto.
- "Osteomielitis subaguda a estreptococo agalactiae. A propósito de un caso"
- "Raquitismo hipofosfatémico. A propósito de un caso"
- "Alimentación temprana versus tardía en niños menores de 2 años con diagnóstico de bronquiolitis moderada/grave en sistema de alto flujo de oxígeno y su impacto en los días de internación. Una revisión sistemática." ● "Osteogenesis imperfecta a partir de la sospecha de maltrato infantil. A propósito de dos casos."

Es importante mencionar que la investigación dentro del ámbito del grado y posgrado no es nada fácil de implementar. La autora Caron Estrada (2020) realizó un estudio transversal, a través de una encuesta anónima a 148 estudiantes de posgrado en salud de dos universidades públicas en la ciudad de La Paz (Bolivia), mediante un cuestionario estructurado a cada programa de formación. Se analizaron las características de los factores implicados en la elaboración de artículos de investigación, a través de un análisis descriptivo e inferencial multivariado mediante regresión logística. Se consideraron distintos

factores como género, estudios de especialidad y maestría, procedencia de los participantes y ejercicio de la docencia.

Esta no es una realidad ajena a otras instituciones, como lo demuestra la autora Caron Estrada (2020):

Entre las principales dificultades que describieron los participantes, se encuentran: problema para encontrar un aspecto investigable, escaso hábito de lectura de publicaciones científicas, falta de tiempo ante la demanda de la actividad asistencial, nociones muy básicas de metodología de la investigación, dificultad en el diseño del trabajo de investigación, falta de conocimiento de las normas de escritura, creencia de que para investigar se requiere trabajar en centros de alta complejidad, limitada disponibilidad de recursos materiales y/o económicos, problemas en la redacción del documento, desconocimiento del proceso de publicación de artículos de investigación y escasez de espacios accesibles para la divulgación de información científica.

Con todo lo expresado en esta última parte del presente capítulo podemos inferir que existe un lineamiento en investigación en el posgrado, predomina la presentación de casos clínicos, muchas veces asistidos por ellos mismos lo cual es valorable dentro del ámbito de trabajo y formación. No es posible dejar de lado la carga horaria asistencial, sumado a quizás al poco conocimiento en metodología de la investigación, para que los trabajos que se realizan puedan lograr llegar a procesos de investigación más complejos.

CAPÍTULO 5

Reflexiones Finales

Reflexiones Finales

Luego del extenso recorrido sobre toda la temática abordada, voy a expresar ciertos puntos que considero importante enfatizar. Pero en primer lugar quiero dejar en claro que es complejo una única reflexión que englobe y responda todos los objetivos planteados al inicio de este trabajo, así que intentaremos dar reflexiones desglosadas sobre lo que se pudo investigar. Otro punto importante es que quiero aclarar que bajo ningún aspecto estoy en condiciones de decir si la formación del pediatra en la ciudad de Santa Fe en un centro formador u en otro, es suficiente o deficiente, no es el foco de investigación de este trabajo.

La mejor manera de concluir esta investigación creo que es ir dando respuesta a los objetivos e interrogantes planteados al inicio de esta investigación, de manera que se pueda lograr un ordenamiento lógico, para luego hacer foco en algunos aspectos relevantes, finalizando con lineamientos básicos que pueden o no ser útiles para el futuro curricular.

5.1 Enfoque disciplinar y pedagógico en el posgrado de clínica pediátrica

En términos generales es una formación basada fuertemente en la práctica hospitalaria, o formación en el trabajo, con instancias de aprendizaje pautadas dentro del ámbito asistencial, supervisado por pares, residentes superiores o médicos de planta del hospital. El espacio de la interconsulta aparece como un momento de aplicación de la integralidad de la atención del paciente, donde pueden intervenir disciplinas como Trabajo Social o Salud Mental, atendiendo a la esencia de la atención pediátrica, que es la del niño y su familia. Con esto último me refiero a que, en sí, la atención en la esfera de la pediatría es o debería ser siempre integral, ya que no puede desprenderse la visión de un niño fuera de su seno familiar y ambiental, ya que ambos son partes trascendentales de su crecimiento a lo largo de su vida y cualquier noxa que exista en estos espacios puede afectar su vida cotidiana.

Desde lo pedagógico, según las voces de los sujetos entrevistados, tanto de residentes como formadores, aparte del trabajo asistencial y para el desarrollo de los ejes temáticos existe un predominio de clases magistrales, aunque también se mencionan espacios de talleres. Los temas que mayormente se aprenden son los relacionados con la medicina interna, aunque también se desarrollan contenidos de atención primaria de la salud, pero en menor medida. El modo evaluativo predominante es el examen múltiple opción, en periodos semestrales o al final los módulos de contenidos. Lo que se puede agregar a esto que expresamos en capítulo 4, es que lo que no queda claro es el modo evaluativo de los espacios de práctica, es decir, el “hace” que mencionamos en la pirámide Miller de evaluación de competencias.

Podemos inferir que la asistencia diaria al paciente real se toma como una evaluación de la práctica, pero no se pudo encontrar en los programas ni en los entrevistados de qué manera se evalúa este aspecto. En el ámbito de la residencia muchas veces lo aprendido en la parte asistencial se transmite desde los residentes de años superiores a inferiores, esto genera un interrogante acerca de esa función, docente/asistencial entre los propios médicos en formación. Creo que puede haber un riesgo de una distorsión sobre las responsabilidades de enseñanza y aprendizaje. Lo que sugiere, que lo que se transmite quizás sean rutinas o tradiciones de modo de trabajo.

Todo esto mencionado anteriormente refleja que no existe una línea de continuidad en la modalidad de aprendizaje que se desarrolla en el grado, donde se apela al aprendizaje basado en problemas, tutorizado, con predominio de talleres, laboratorio de habilidades y desarrollo de simulación clínica, con un enfoque integral en Atención Primaria de la Salud. Por el contrario, en el posgrado, predomina la educación hospitalaria, con cierta verticalidad en la transmisión de los conocimientos en el uso de clases magistrales, con una formación en servicio que modela el aprendizaje, con una sobrecarga laboral expresada por los médicos residentes, ya que el sistema sanitario se encuentra en una dependencia para su funcionamiento de este sistema de formación.

En cuanto a la selección del conocimiento en los programas de residencias analizados refleja en gran parte, la subordinación de los conocimientos teóricos a los prácticos, lo cual se establece desde las mismas reglamentaciones de las residencias, las que sostienen que la parte teórica se complementará a través de las herramientas educativas clásicas que históricamente se han utilizado en las residencias médicas tales como los ateneos y clases magistrales.

En los programas de formación analizados de ambos centros de la ciudad de Santa Fe, no aparece de qué manera se produce la integración de los conocimientos teóricos y prácticos, ni el desarrollo de esquemas de interdisciplinariedad. Es por esto que considero que el enfoque “flexneriano” seguido durante décadas por la educación médica de grado y que ha sido objeto de nuestro análisis en el segundo capítulo de esta tesis, también se encuentra presente en los programas de formación de las residencias médicas, por la orientación del enfoque del conocimiento hacia las ciencias biológicas,

5.2 Sobre las normativas y marco regulatorio

Sobre lo trabajado acerca de las normativas la lectura de estas leyes, resoluciones y reglamentos que constituyen los aspectos estructurales- formales de los procesos formativos del pediatra, nos permiten observar que se busca, según lo escrito, un entorno de posgrado médico que integre los aspectos psicosociales del proceso salud-enfermedad-atención, ya que apela a la inclusión de competencias de

integración sociocultural, habilidades comunicativas, trabajo en equipo de modo interdisciplinario. Esto constituye un aspecto muy importante, ya que desde lo normativo se puede inferir que la orientación hacia el perfil profesional del futuro pediatra, por lo menos, en la teoría y en lo que está escrito, se intenta lograr abordando los aspectos necesarios para una atención completa hacia los niños, su familia y su entorno.

A su vez, pudimos observar que los documentos analizados están atravesados fuertemente por normas y reglamentos, es decir predominan textos que apelan al ordenamiento de la formación, en lo relativo a horarios y rutinas. No obstante, se puede apreciar que se intenta buscar la incorporación de una mirada integral en el perfil de formación, con la sugerencia en primer lugar de un programa de formación, pero no solo queda ahí, sino que ejemplifica y orienta un modelo a seguir, lo cual implica el intento de delinear un perfil profesional con manejo no solo en contenidos biológicos, sino también incorporando conceptos de salud pública, gestión, epidemiología, que hacen a los aspectos socioculturales de la formación. Con esto se puede inferir que la búsqueda de la formación del pediatra es orientada o sugerida hacia un modelo integral.

5.3 Líneas de continuidad en el grado-posgrado y puntos de tensión en el posgrado

Considero que el perfil de formación de grado, centrado en el estudiante, que apela al constructivismo, con aprendizaje reflexivo, basado en competencias, utilizando el aprendizaje basado en problemas, no se presenta con iguales características en el posgrado. Ahora bien, si nos paramos en el espacio del posgrado cabría preguntarnos si la atención diaria del paciente no aparece como una similitud del ABP, ya que atender una patología determinada de una persona es parte un problema inicial, donde a partir de conocimientos previos se puede determinar posibles ideas para su resolución, para luego investigar y buscar posibles respuestas a ese determinado problema inicial. Por esto, encuentro parecidos en el ejercicio del ABP a la atención del paciente en lo expuesto anteriormente, pero quizás sea un tema a profundizar en otro trabajo.

En cuanto al perfil del posgrado, está inmerso en un hospitalocentrismo que deviene de las políticas sanitarias actuales, donde los recursos se destinan principalmente a los niveles más complejos de atención de la salud, por ende, las formaciones de posgrado responden o deben responder a esa complejidad que estamos hablando, lo que ocasiona una mayor inclinación formativa a la medicina internas y urgencias, y quedan relegados los contenidos de atención primaria de la salud y los contenidos transversales propuestos.

En este panorama quizás pueda presentar diferencias a la hora de definir un perfil de formación que en lo teórico sería “deseado”, pero en realidad puede terminar siendo un perfil de formación que necesita la institución para funcionar ya que el trabajo diario recae muchas veces, según sus propias expresiones en las entrevistas, en gran medida de los médicos residentes, y es necesario su entrenamiento para resolver las necesidades de las patologías más frecuentes que allí se atiendan, por ende cada centro formador debe ajustar los perfiles de formación según sus necesidades.

Se evidencia también todo esto en la lectura de los programas y en el trabajo de campo donde también se refleja un déficit en los contenidos de Atención Primaria de la Salud, tanto en promoción como en prevención de la salud, con predominio horario y de rotaciones en áreas de internación y alta complejidad. El paradigma de formación en el espacio de posgrado encuentra puntos de tensión importantes como lo hemos mencionado a lo largo de esta investigación, donde el estado y la universidad no pueden ser ajena a esta realidad, ya que son parte de la misma, debiendo buscar su fin siempre en el bienestar de la población. Pero estos cambios deben hacerse en profundidad y paulatinamente, con interacciones entre todas las instituciones.

Para profundizar lo dicho anteriormente considero que en los programas existe un listado de temas en el modo de organización de los mismos, en donde no aparecen esquemas metodológicos o de qué manera integran los conocimientos. Esto quizás se fundamenta u obedece a que la formación está ligada a las características del modelo médico hegemónico y la enseñanza se desarrolla a partir de los prototipos de la práctica hospitalaria.

Creo que el modelo hegemónico y los rasgos flexnerianos seguirán por un tiempo siendo visibles en los espacios formativos de posgrado, ya que se requiere repensar ese modelo de formación para lograr cambios que impacten en los perfiles

A mi entender creo que en el espacio de la residencia de posgrado de clínica pediátrica encontramos dos tipos de currículum: el oculto y el nulo. Con respecto a estos dos justificamos el porqué de esta determinación a continuación.

El currículum nulo según el autor Eisner (1994) lo ejemplifica como “tema de estudio no enseñado, o que siendo parte del currículum no tienen aplicabilidad ni utilidad aparente, llegando a considerarse como materias y contenidos superfluos”. A este aspecto lo podríamos relacionar con los contenidos de los bloques transversales, los cuales aparecen en los programas, pero no se logra identificar de qué manera se enseñan.

En lo que respecta al currículum oculto, se llama así a los aprendizajes que son incorporados por los estudiantes, aunque dichos aspectos no figuren en el currículum formal, y que los estudiantes infieren del accionar médico (Cribb 1999). En el área de formación médica encontramos al autor Cochiarelli San

Roman (2020) quien mediante la aplicación de la narrativa como método de investigación le permitió conocer las experiencias de profesionales de la salud sobre los contenidos del currículum oculto. Su objetivo fue analizar producciones narrativas de estudiantes de medicina para identificar contenidos del currículum oculto. Para ello realizó un estudio de corte transversal con estudiantes de la materia pediatría durante 2017. Los 14 estudiantes de una cursada realizaron 50 narraciones, donde el 53 % correspondieron al contexto internación; el 17%, a atención ambulatoria; el 17 %, a la central de emergencias, y el 13 %, a neonatología. Los principales contenidos fueron comunicación médico-paciente, inclusión de la familia en la consulta pediátrica, empatía, enfermedad crónica en los niños y comunicación de malas noticias. Con este ejemplo se ven claramente los temas no enseñados en los currículum que son de utilidad su identificación para reforzar su aprendizaje.

A esto agregamos los que nos dice la autora Borrel Benz quien refiere que el *currículum oculto* en las residencias médicas significa que domina un enfoque curricular determinado fundamentalmente por las rutinas, los rituales, las tradiciones, la ideología de grupo y las redes de interés. Este tipo de desarrollo curricular sin los acuerdos escritos, reducen ampliamente la capacidad de conciencia reflexiva de los docentes/ instructores, no se definen los perfiles de los médicos especialistas que se desean formar en este momento, no se definen las teorías científicas, epistemológicas y educativas con las cuales formar los médicos residentes y tampoco se definen los conceptos fundamentales sobre los cuales habría que trabajar con los residentes. (Borrel Benz 2005).

. Creo que el diseño de un currículo es una tarea difícil y compleja, pues constituye el proceso de toma de decisiones y organización de los objetivos, contenidos y formas de evaluación que se implementarán en la organización de otro proceso aún más complejo: el aprendizaje en un ambiente basado en prácticas hospitalarias como es el actual planteo. A esta realidad no es ajena la situación económica de un país, la cual determina y modelo la idiosincrasia actual de la sociedad que repercute en los estudiantes egresados a la hora de tomar decisiones para su futuro, algo que es tendencia de los últimos años es que cada vez menos médicos se postulan para ocupar cargos de residencias.

5.4 Lineamientos para continuar pensando la articulación grado-posgrado

Creo que es necesario contar con un diseño curricular como regla básica de lo que se quiere alcanzar en el proceso formativo. Debiendo plantearse ciertos puntos a convenir tales como:

- El perfil de formación que se quiere lograr debe repensarse, sobre todo desde sus objetivos, para lograr construir competencias verdaderas y logrables en el tiempo de formación, para que luego sean aplicadas por los/las futuras pediatras a lo largo de su carrera laboral.

-
- Integrar los nuevos ejes de la educación médica y las nuevas metodologías de enseñanza como por ejemplo Aprendizaje Basado en Problemas, mejorar las instancias evaluativas incorporando la simulación clínica.
 - Continuar con el desarrollo de la investigación como eje de aprendizaje y espacio de transformación curricular permanente.
 - Jerarquizar y efectivizar los contenidos de los bloques transversales, pensando en un planeamiento estratégico para que puedan ser en primer lugar aprendidos y luego utilizarlos en beneficio de la comunidad y las instituciones formadoras.

El currículo tiene que ser definido partiendo de la base del trabajo, de la práctica educativa y del diálogo entre los docentes sobre los problemas y tareas hasta que comiencen a desarrollar una “nueva tradición” curricular que sea una respuesta a los mismos y a la nueva filosofía de trabajo educativo que se desea encarar. Una buena propuesta de desarrollo curricular será siempre el resultado de aproximaciones sucesivas, de aprobaciones y rechazos parciales, que requiere necesariamente de un proceso de reflexión en acción, de un diálogo permanente (Borrel Benz, 2005)

La enseñanza, a partir de la “práctica”, una de las formas de enseñanza que más predomina en la residencia médica, debería repensarse en su génesis, replanteando objetivos formativos claros, para acompañar los procesos pedagógicos de aprendizaje en la práctica, la cual constituye una forma de interacción, cuyo objeto de acción es la realidad que se quiere transformar, a través de acciones que tiendan a generar o reconstruir de forma reflexiva, lo que supone un proceso de construir socialmente un significado de las cosas.

La revisión permanente del currículo consiste en la selección y organización de contenidos en el seno de un proceso pedagógico dinámico y reflexivo, evolucionando y desarrollándose constantemente y la pedagogía adopta la forma de un proceso experimental de investigación curricular, que demanda el desarrollo de capacidades reflexivas de los docentes, quienes de manera permanente tienen que proponer alternativas novedosas y evaluar su eficacia. Los docentes deben modificar su práctica como docentes a la luz de su propia reflexión, lo que significa tener una actitud abierta a la preparación constante para dar respuestas a los temas que conciernen a los procesos educacionales. Es a través de la práctica reflexiva de la enseñanza que se produce el desarrollo de los programas curriculares, que serán siempre conjuntos de hipótesis de acción que se comprueban y reestructuran en la práctica de enseñanza. Borrel (2005)

La elaboración de un diseño curricular y su implementación, implicará un largo proceso, debiendo integrar áreas de complejidad, transformar las prácticas hegemónicas, articulando los lineamientos básicos planteados en el grado los cuales deberían continuar en el posgrado. Creo que la práctica final obligatoria que se desarrolla por parte de los estudiantes de medicina de grado en el ámbito hospitalario podría ser una oportunidad como posible enlace de ese cambio curricular, articulando de manera efectiva el espacio de grado con el posgrado.

A continuación, esbozamos algunos lineamientos que ya se encuentran en la formación de grado, que a su vez están en procesos de debate y que, de algún modo, también podrían fortalecer la formación en el posgrado.

5.4.1 Curriculum basado en competencias

El autor José García- García (2010) nos refiere que la verdadera competencia clínica del residente solamente puede determinarse mediante la observación y evaluación que les brinda a los enfermos durante su entrenamiento.

No son suficientes evaluaciones de opción múltiple y otras herramientas de evaluación enfocadas al grado de dominio de las competencias. Tradicionalmente la educación médica, especialmente la de postgrado, tiene la característica de basarse en un periodo determinado de tiempo, en el cual se considera que el residente ha sido entrenado y es capaz de ejercer la especialidad médica correspondiente. Sin embargo, la educación médica basada en competencias implica un proceso de entrenamiento y al final se prueban las competencias adquiridas por el residente en ciertas habilidades y conductas requeridas para ejercer la especialidad. (García -García, 2010)

Los programas de residencias tienen que redefinir el área de competencias esperadas para el espacio del posgrado y sobre todo el tiempo que esto llevaría ya que cada individuo tiene diferentes características y modalidades para el aprendizaje. Por ello la duración de la residencia debería ser revisada y ajustada al perfil que se pretende alcanzar en los residentes, según las competencias que deban adquirir para resolver los problemas de salud de la sociedad.,

Una cuestión a debatir dentro de un curriculum, es el lugar que tienen la formación por competencias, ya que en los últimos años la tendencia ha sido seguir un modelo tradicional, con una planificación “hacia adelante”, en el que se identifican, enseñan y evalúan conocimientos, habilidades y actitudes fundamentales y luego se espera que los egresados los usen para ser buenos profesionales. Sin embargo, el modelo basado en competencias, se fundamenta en una planificación “hacia atrás” de acuerdo a la cual primero se define al egresado exitoso y sus atributos (perfil de egreso), se identifica la forma en que los graduados lograrán esos atributos, se crea un programa y finalmente se evalúa tal programa.

5.4.2 Actividades Profesionales Confiables (APROC)

El enfoque de las actividades profesionales confiables (APROC) permite vincular el perfil de competencias con la práctica clínica, así como con su estilo confiable para las futuras generaciones de médicos.

Soto - Aguilera et al (2016) nos refiere que las APROC son unidades de confiabilidad de práctica específicas para especialidades médicas en las cuales las facultades o escuelas de medicina asignan y confían tareas o responsabilidades a estudiantes que por medio de la práctica cuenten con las competencias de conocimiento, habilidad y actitud necesarias para ejecutar estas tareas sin supervisión, una vez que hayan sido alcanzadas.

Son parte esencial del trabajo profesional, ya que contemplan tareas importantes llevadas a cabo en la práctica diaria reconocidas ampliamente por los estudiantes, supervisores y pacientes. Por ejemplo, si el profesional calificado asigna una APROC que trate sobre reconocer una urgencia médica, serán importantes ciertos conocimientos, habilidad y actitud para poder completar esta actividad y perfeccionarla a lo largo de su desarrollo. Las actividades profesionales confiables se clasifican en discretas y longitudinales: las discretas son las que se dan en un contexto clínico particular; en cambio, las longitudinales son comunes a todas las especialidades y se monitorizan a través de un período de tiempo. (Soto-Aguilera, 2016)

Entre las características más destacadas de las APROC se encuentran las siguientes: al ponerlas en práctica se pueden realizar de forma independiente y en un período de tiempo asignado, y el proceso y resultado se logran a través observaciones y mediciones objetivas; por lo tanto, se vuelven adecuadas para decidir, encomendar y confiar tareas que se realizarán dentro de un marco de responsabilidad profesional, así como para evaluar el entrenamiento de los alumnos y la enseñanza de los facultativos.

La adquisición del modelo de educación médica basada en competencias y apoyada con las APROC podría mejorar la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente, al determinar qué residentes son competentes para la realización adecuada de las tareas asignadas y decidir cuál o cuáles de éstas son más importantes para ser dominadas según su año de residencia. También, este modelo permitiría motivar a los centros formadores a centrarse en los resultados de sus programas.

Las APROC logran hacer tangibles y poner en operación las competencias establecidas en los perfiles de la institución educativa utilizando los hitos como lenguaje para su descripción; debido a que las APROC generalmente necesitan múltiples competencias de naturaleza holística, permiten dirigir la especialización hacia actividades independientes sin perder la visión integral que posee la profesión. El estudiante irá pasando por diferentes niveles de autonomía en las APROC, en el Nivel 1 el estudiante está presente y observa, Nivel 2 actúa con supervisión directa y proactiva, con un tutor presente de forma física en la sala; Nivel 3 actúa con supervisión indirecta, reactiva, tutor disponible ante la consulta; Nivel 4 actúa sin supervisión y Nivel 5 supervisa a estudiantes más novatos. Las APROC pueden ser delegadas o encomendadas

a los aprendices si se considera que están preparados para ello. La decisión de transferir una APROC a un alumno se denomina decisión de encomienda o decisión de confianza y está a cargo del tutor. (Soto-Aguilera, 2016)

Ten Cate (2017) plantea que estas actividades profesionales que se confían a los estudiantes para su ejecución con autonomía creciente debían ser conceptualizadas como unidades, proponiendo el término de Entrustable professional activities (EPAs), lo cual en español se traduce como Actividades Profesionales Confiables (APROCs).

Las EPAs se definen como una unidad de práctica profesional que se puede confiar plenamente a un aprendiz, tan pronto como él o ella haya demostrado la competencia necesaria para ejecutar esta actividad con niveles crecientes de autonomía. Definidas originalmente para educación de posgrado (especialidades médicas) las EPAs han tenido una rápida difusión sobre todo en países donde existen marcos nacionales de competencias para educación de postgrado. Para que una actividad profesional se considere como EPA, debe cumplir características particulares. Es importante recalcar que las EPAs se diferencian de las competencias, en que estas no son una alternativa de las competencias, sino una forma de traducirlas en actividades profesionales. Ten Cate (2017)

Las EPAs requieren de la integración y ejecución de varias competencias de forma simultánea. La ventaja de las EPAs es que operacionalizan las competencias a través de la vinculación con las actividades profesionales. Al realizar la evaluación de las EPAs los supervisores valoran el desempeño de los estudiantes en la realización de actividades para lo cual requerirán simultáneamente la utilización de varias competencias. En la medida que el estudiante avance en su formación y vaya consiguiendo un número mayor de declaraciones de responsabilidades otorgadas para distintas EPAs, mayor irá siendo su nivel de competencia y de autonomía. Para la construcción de las EPAs no basta solamente con realizar un listado de las actividades que debe ejecutar un profesional en el día a día, sino que además debe contener elementos que permitan su utilización para guiar la evaluación.

5.4.3 Educación médica basada en simulación

Pareciera que en este último tiempo el aprendizaje que se pregona en el posgrado, basado en una práctica con el paciente real no es suficiente para crear profesionales sanitarios competentes. Por otro lado, si bien la práctica con pacientes reales es menos que aceptable, esto es particularmente cierto en la población infantil. En la actualidad existe un amplio reconocimiento de que los médicos y los profesionales de la salud deben poseer una amplia gama de competencias como lo mencionamos con anterioridad en capítulos previos. Las competencias van más allá del conocimiento médico o de las destrezas técnicas: dichas competencias se refieren también al trabajo en equipo, liderazgo, profesionalismo, destrezas de

relación interpersonal y de comunicación, toma de decisiones y algunas conductas que minimizan el riesgo de errores médicos y favorecen la seguridad del paciente. La enseñanza de dichas habilidades debe ser parte integral del currículo en la formación pediátrica, lo cual representa un desafío, debido a que éstas son más difíciles de enseñar y de evaluar.

Creo resulta necesaria la introducción de metodologías docentes encaminadas a la integración de conocimientos dentro del contexto clínico, es decir, dirigidos no sólo a evaluar conocimientos, sino también a evaluar habilidades y transmitir actitudes; esto es lo que el individuo “sabe”, “sabe hacer” y “hace”. La educación médica basada en simulación es cada vez más recomendada, como estrategia educativa y para mejorar la seguridad del paciente. No reemplaza, sino que se integra a las estrategias educativas ya existentes, debe utilizarse como complemento de las experiencias en la atención de pacientes, y debe planificarse, programarse, implementarse y evaluarse en el contexto de un plan de estudios.

Podemos destacar que la educación médica basada en simulación: proporciona un entorno de aprendizaje seguro donde se permite cometer, revisar, corregir y reflexionar sobre los errores, permite practicar las habilidades clínicas para lograr un cierto nivel de competencia o dominio antes de atender a pacientes reales, ofrece un mayor control y previsibilidad de la experiencia de aprendizaje en términos de tipo, orden, número y duración de las sesiones; tipo de retroalimentación proporcionada; número y nivel de participantes; etcétera. Como estrategia educativa, la simulación permite la realización de prácticas análogas a las profesionales, de manera segura y controlada en las cuales los participantes reflexionan y aprenden de su propia experiencia, proporcionando un nuevo modelo de aprendizaje y entrenamiento en el que se entrelazan conocimientos, habilidades y actitudes. Durante la situación simulada, los participantes desarrollan prácticas de diverso nivel de complejidad y reflexionan sobre su actuación durante las mismas, para corregir sus acciones e integrar nuevas experiencias. Las condiciones que favorecen el aprendizaje efectivo de los alumnos son: proveer retroalimentación (feedback), la práctica repetitiva y la integración curricular. Las prácticas de simulación son más exitosas cuando forman parte del plan de estudios y no cuando son un componente adicional extraordinario.

La simulación clínica es una herramienta que debe pensarse como elemento a incorporar en los diseños curriculares, ya que mejorará sin dudas la seguridad del paciente, sino que también la evaluación de las competencias planteadas como punto de partida para la construcción de un perfil integral del futuro pediatra.

Referencias Bibliográficas

- Andrade J. (1971). “El proceso de diseño del plan de estudio”. *Educ Med Salud*; 5 (1)
- Asociación Médica Argentina. Educación médica y residencias médicas. (1961), Documento de la Asociación Médica Argentina referido al sistema de residencias. Buenos Aires: consultado www.msal.gov.ar/htm/site/Digesto_Rec_Hum_Salud/marco/d_med.html
- Báez, M.; Lagos, J.; Pérez, C.; Abarca, M.; Paredes, S.; Audibert, M.; Román, A.; Smith, L.; Ponce, M.; Faúndez, F.; Gutiérrez, A.; Saelzer, R.; Del Valle, R.; Riquelme, P.; Jara, E.; Ugueño, A.; Loncomilla, L.; y Ampuero, N. (2013). Situación actual de la transición y articulación entre el pregrado y postgrado en las universidades chilenas. En Centro Interuniversitario de Desarrollo, *Articulación entre el pregrado y el posgrado: experiencias universitarias* (pp. 49-94). Alfabeta Artes Gráficas.
- Barrows H. (1986). “A Taxonomy of problem based learning methods”, *Medical Education*; 20: 481-486.
- Borrell RM. (2000). Calidad educativa en la acreditación de programas de formación de especialistas y en la certificación profesional. OPS/OMS: Serie desarrollo de Recursos Humanos en Salud. No. 26. Washington DC: OPS/OMS;
- Borrell RM. (2005). La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. OPS/OMS. Buenos Aires.
<http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/pub61.pdf>
- Camilloni A. (2016). Tenencias y formatos en el currículum universitario. *Itinerarios Educativos*, (9), 59–87. <https://doi.org/10.14409/ie.v0i9.6536>
- Caron Estrada, R., Mattos Navarro, P., & Barboza Meca, J. (2020). Dificultades para la elaboración de artículos de investigación científica en estudiantes de posgrado en salud. *Educación Médica Superior*, 34(3). Recuperado de <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1624/1089>
- Carrera Larisa (2013). El aprendizaje basado en problemas como fundamento de una propuesta curricular innovadora. El caso de la carrera de medicina de la unl. Tensiones entre disciplinas y competencias en el currículum universitario, Ediciones UNL, Santa Fe.
- Carretero, M. (2014): Constructivismo y educación. Madrid. Aique
- Castañeira Mariana (2014). Reconocimiento de facilitadores y obstructores del aprendizaje basado en problemas en la carrera de Medicina de la UNL. (tesis inédita de maestría). Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe
- Cacchiarelli San Román N, Eymann A, Roni C, De Cunto CL. Aproximación al currículum oculto a través de la medicina narrativa en la formación de estudiantes de Medicina. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(4):290-294.

-
- Castañeira Mariana (2014). Reconocimiento de facilitadores y obstructores del aprendizaje basado en problemas en la carrera de Medicina de la UNL. (tesis inédita de maestría). Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe
 - De Alba A. (1991). Currículum: crisis, mito y perspectivas. Buenos Aires: IICE -UBA- Miño y Dávila;
 - Eisner, EW (1994) Reconsideración de la cognición y el currículo. Segunda edición, Teachers College Press, Nueva York.
 - Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario (2001). Plan Académico 2001. Resolución C.S. N° 158/2001.
 - Falasco S. (2018), Formación de Especialistas en Latinoamérica: Argentina. Educación Médica, Volume 19, Supplement 1, 2018, Pages 4-11, ISSN 1575-1813, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.002>.
 - Ferrero, Fernando, & Ossorio, María Fabiana. (2007). La investigación en la residencia de pediatría. *Archivos argentinos de pediatría*, 105(2), 99-100. Recuperado en 13 de diciembre de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000200002&lng=es&tlng=pt.
 - García JC. (1994). Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. En: García. JC., OPS/OMS. Washington.
 - García-García JA, González-Martínez JF, Estrada-Aguilar L, et al. Educación médica basada en competencias. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2010;73(1):57-69.
 - Goetz, J y Le Compte M (1988). Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa- Ed Morata Madrid.
 - Hamui-Sutton, A., Vives-Varela, T., Gutiérrez-Barreto, S., Castro-Ramírez, S., Lavalle-Montalvo, C., & Sánchez-Mendiola, M. (2014). Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Investigación en Educación Médica*, 3 (10), 74-84.
 - Miller G.(1967) Formación de profesores de Medicina. *Educ Méd Salud*; 1, (1): 12-18.
 - Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. (2012). Residencias del equipo de salud. Documento marco. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/residencias>
 - Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2015). Marco de referencia para la Conformación de los equipos de salud Residencia interdisciplinaria en salud mental. Disponible: <http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/DocMarcoSaludMental-102015.pdf>

-
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. (2015) Guía para la elaboración de programas de residencia. Selección del documento.
 - Molina Bedoya, Víctor Alonso. (2022). Articulación de pregrado y posgrado. Interconectar la educación para una actitud científica colectiva en Colombia. *Revista Cubana de Educación Superior*, 41(3), 16. Epub 05 de diciembre de 2022. Recuperado en 10 de agosto de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142022000300016&lng=es&tlng=es.
 - Morales, P., y Landa, V. (2004). Aprendizaje basado en problemas. *Theoria* Vol 13. pp 145-157
 - Organización Mundial de la Salud -OMS- (1987). “*Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud*”, Ginebra.
 - Rodríguez Fernández, Zenén, Rizo Rodríguez, Raúl, Mirabal Fariñas, Amparo, Nazario Dolz, Ana María, & García Céspedes, María Eugenia. (2017). Educación en el trabajo en la enseñanza médica superior. *MEDISAN*, 21(7), 913-925. Recuperado en 10 de agosto de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700017&lng=es&tlng=es.
 - Schonhaut L. et al, Formación de especialistas en pediatría y su adecuación a la realidad epidemiológica y laboral. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (6): 599-606. Disponible en <https://decsa.uchile.cl/wpcontent/uploads/Formacio%CC%81n-de-especialistas-en-pediatri%CC%81a-y-su-adeacuio%CC%81na-la-realidad-epidemiolo%CC%81gica-y-laboral.pdf>
 - Sirvent, María Teresa: (1998) “El proceso de investigación y las dimensiones de la metodología y la construcción del dato científico” FF y L – UBA- Bs As-
 - Sirvent, Teresa (1988) “Cuadro comparativo entre lógicas según dimensión del diseño de investigación”. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Bs As.
 - Soto-Aguilera, et al Actividades profesionales confiables (APROC): un enfoque de competencias para el perfil médico FEM 2016; 19 (1): 55-62
 - Taboada E. (1998) *Análisis de los modelos instrumentales para la evaluación de las Residencias Médicas*. Rosario: Instituto Lazarte, mimeo
 - Taquini A. (1960) Experiencia personal en residencias de clínica médica. *Revista de la Asociación Médica Argentina*; 74(3)
 - Ten Cate O (2017) Guía sobre las Actividades Profesionales Confiables. FEM 2017; 20 (3): 95-102 95
 - Troncoso, M. C. (1985). *Evolución histórica de la Educación Médica en Argentina y su relación con el Sistema de Salud y la práctica médica*. Cuadernos Médicos Sociales No. 32. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario.

-
- Venturelli J, 1997, Educación médica; nuevos enfoques, metas y métodos, Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 No. 5, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en file: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3279?locale-attribute=es>
 - Vicco Miguel Hernán (2016). Análisis de la evaluación de competencias en el área Clínica Médica de la carrera de ciencias médicas de la UNL. Tesis de Maestría en Docencia Universitaria. Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe. Disponible en <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/handle/11185/1010> - Vicedo Tomey Agustín. Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica. Educ Med Super [Internet]. 2002 Jun [citado 2022 Dic 11] ; 16(2): 156-163. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412002000200010&lng=es.

NORMAS:

- LEY 22127 PODER LEGISLATIVO NACIONAL (PLN) Sistema Nacional de Residencias de la Salud. Sanción: 28/12/1979; Promulgación: 28/12/1979; Boletín Oficial 08/01/1980
- RESOLUCIÓN 450/2006 MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE (MSYA) Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud -- Creación en el ámbito del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación -- Criterios básicos -- Integrantes del sistema -- Derogación de las res. 89/98 y res. 174/88 (S.S.). Fecha de Emisión: 07/04/2006; Publicado en: Boletín Oficial 18/04/2006
- RESOLUCIÓN 1342/200 MINISTERIO DE SALUD (M.S.) Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud -- Aprobación de los Criterios y estándares básicos, el Esquema de presentación de programas docentes y los Requisitos para la inscripción de entidades evaluadoras -- Implementación de la res. 450/2006 (M.S. y A.). del 10/10/2007; Boletín Oficial 26/10/2007
- LEY 9529 PODER LEGISLATIVO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE Sistema Provincial de Residencias de la Salud Sanción: 19/10/1984; Promulgación: 22/11/1984; Boletín Oficial: 27/11/1984.

ANEXOS

ANEXO I

RESIDENCIA DE PEDIATRÍA

ACTUALIZACIÓN 2019

PROGRAMA DOCENTE DE RESIDENCIA CENTRO FORMADORA

I – IDENTIFICACIÓN

Especialidad de la residencia: **Pediatría**

Servicio responsable de la capacitación: **Dirección Asociada de Docencia e Investigación**

Organismo del que depende el Hospital: **Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe**

Organismo del que depende la residencia: **Dirección de Residencias de la Salud
Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe**

Fuente de Financiación de la asignación de los médicos residentes: **Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y de la Nación**

Residencia acreditada por la Sociedad Argentina de Pediatría y re-acreditada en el año 2007 hasta el 2012. Acreditación por Ministerio de Salud de la Nación y Re-acreditación por la Sociedad Argentina de Pediatría E/T año 2016

II- COMPOSICIÓN

1- Duración:

Número de años lectivos del programa de capacitación: **3 años** Fecha de inicio: 1 de junio.

Fecha de finalización: 31 de mayo, del 3^{er} año consecutivo.

2- Dotación aprobada para el presente programa:

Número de médicos residentes previstos para cada año lectivo: desde el año 2012 ingresan **diez médicos residentes por año (total treinta)**.

El ingreso se realiza por concurso de antecedentes y oposición a través de Examen Unificado Nacional. Todos son rentados con aportes previsionales, cobertura social y dedicación exclusiva. Duración: 3 años.

Número de jefes de residentes: uno (rentado, designado por elección interna de Residentes y médicos representantes de los diferentes servicios, aprobado por el Comité de Docencia e Investigación).

Duración del cargo: un año.

Número de instructores de residentes: uno (rentado, designado por concurso de antecedentes y oposición).

Duración del cargo: dos años con opción a un tercero.

III- OBJETIVOS

Formar un médico pediatra que atienda en forma integral los problemas de salud de los niños en atención primaria y en los sectores de internación de mediana y alta complejidad.

Que tenga conocimientos suficientes para organizar el proceso diagnóstico, evaluar terapéuticas, indicar medidas de prevención y decidir sobre el momento y tipo de interconsulta.

Su capacitación le permitirá poder continuar la formación en otras subespecialidades pediátricas. Al finalizar su formación el médico residente deberá:

1. Saber reconocer los factores de riesgo para desarrollar una enfermedad y las medidas de prevención.
2. Establecer el diagnóstico, estimar la severidad, decidir el manejo ambulatorio o en internación.
3. Comunicar a la familia en forma clara la presunción diagnóstica, los estudios a realizar, el tratamiento y los signos de alarma ante probables complicaciones.
4. Conocer el manejo de pacientes terminales.
5. Discernir sobre cuáles son los procedimientos tecnológicos que realmente puedan aportar al diagnóstico y al tratamiento de los niños, especialmente cuando se trata de métodos invasivos.
6. Conocer normas actualizadas de atención y participar en la definición de nuevas estrategias de diagnóstico y tratamiento acorde a las necesidades y disponibilidad de recursos.
7. Conocer formas rápidas y eficientes de acceso a la información médica.
8. Poder efectuar lectura crítica de bibliografía en Español e Inglés para ampliar sus conocimientos y mantener actualizaciones de diferentes temas.
9. Manejar herramientas de epidemiología y estadística, para evaluar críticamente la información de la literatura médica y racionalizar los recursos para armonizar las necesidades del paciente con las indicaciones de los integrantes del equipo de salud.
10. Capacitarse para resolver problemas de salud en situación de catástrofe

IV - PLAN DE ACTIVIDADES

Aprobadas por el Comité de Docencia e Investigación.

HORARIOS

La Residencia de Pediatría es de **dedicación exclusiva**.

Lunes a Viernes: Horario de ingreso: 07:30hs

Horario de egreso: 15:30 hs

Pase de guardia: 14hs (en cada servicio: CIM, Cuidados Especiales y Oncología).

El horario sólo se podrá modificar por actividad académica programada con anterioridad.

Sábados: Horario de ingreso: 07:30hs

Horario de egreso: al finalizar el trabajo en el servicio de rotación.

Pase de Guardia 12hs

Domingos y Feriados: Horario de ingreso a guardia: 08:00 hs.

Horario de egreso: dependerá de la organización de la demanda de trabajo asistencial.

Deberá asegurarse el correcto control de los pacientes e informarlo personalmente a la guardia entrante.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DIARIAS

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
7,30 a 8,15	Actividad Asistencial	Actividad Académica	Actividad Académica	Actividad Asistencial	Actividad Académica	8 a 11hs Actividad Asistencial
8,15 a 13,30	Actividad Asistencial	Actividad Asistencial	Actividad Asistencial	11 a 12hs Ateneo Central	Actividad Asistencial	11hs Pase de Guardia
13,30 a 14	Pase de Guardia	Pase de Guardia	Pase de Guardia	Pase de Guardia	Pase de Guardia	
14 a 15	Taller	Actividad Académica		Taller		

A. ACTIVIDADES ASISTENCIALES

PLAN DE ROTACIÓN DE RESIDENTES

Durante las rotaciones se realizará actividad asistencial y científica.

Las actividades científicas dependen de cada servicio e incluyen: actualizaciones bibliográficas, ateneos y talleres, se debe asistir al 80% de las mismas.

Rotación por Cuidados Intermedios, Especiales y Oncología:

Corresponderá a Residentes de Primer y Segundo año.

CIM 1, CIM2 y CIM3: Residentes de 1° y 2° año
Cuidados Especiales – Oncología: Residentes de 2° año

Rotación por Centros de Atención Primaria

Desarrollada por los Residentes de Primer y Segundo año en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) establecidos según Dirección de Residencias de la Salud.

Se realizarán controles de niños sanos, consultas por patología y actividades de educación comunitaria.

Rotación por Consultorio de Residentes

Destinada a Residentes de Tercer año. Complementa la rotación por CAPS.

Se realizará de lunes a viernes de 8:00 a 14:00hs (según la demanda de pacientes) en el área de atención ambulatoria del Hospital bajo la supervisión del Instructor de Residentes con la colaboración de Médicos de Planta de diferentes servicios.

Estará destinado a:

- a) Pacientes que por su complejidad su demanda no puede ser satisfecha en el CAPS pero que no requieren internación.
- b) Niños con patologías diagnosticadas que requieran completar seguimiento en HNOA, habitualmente derivados de los CIM.
- c) Niños con patologías en estudio o sin diagnóstico definitivo derivados desde los CIM, Sala de Internación Transitoria o Guardia Central.

El Residente de tercer año que rote por esta área de consultorios realizará tres o cuatro guardias mensuales en la Maternidad del Hospital Cullen.

La evaluación será realizada por la Instructora de Residentes junto a Médicos de Planta con reporte a la Dirección de Docencia de los resultados.

Rotación por Maternidad

Destinada a Residentes de Primero, Segundo y Tercer año. Se realizará en las maternidades de los Hospitales J. B. Iturraspe (Primero y Segundo año) y J.M. Cullen (Tercer año).

Deberán cumplir horario de residencia a excepción de los días de guardia.

Deberán participar de las actividades científicas que se realicen en el Servicio por el que están rotando.

Los artículos y licencias deberán ser autorizados por el Jefe del Servicio, el residente superior y el Jefe de Residentes por escrito con 48hs de anticipación.

En caso que las necesidades asistenciales de las maternidades requieran modificación de los horarios estipulados deberán convenirse de común acuerdo entre los Servicios y la Dirección de Docencia.

El Residente de tercer año rotando por maternidad de Hospital Cullen realizará tres o cuatro guardias mensuales en dicho servicio.

La evaluación compete al mismo Servicio, así como también la modalidad, con reporte a la Dirección de Docencia de los resultados.

Rotación por Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)

Destinada a Residentes de Tercer año con una duración mínima de dos meses.

Se deberá cumplir el horario estipulado para la actividad asistencial del Hospital y tres o cuatro guardias de 24hs. mensuales en este servicio, una de las cuales se realizará día de fin de semana (completando 8 guardias mensuales totales, según necesidad de guardias en piso).

Los médicos rotantes tendrán a cargo los pacientes del Servicio asignados y serán supervisados por los Médicos Residentes de UCIP y/o por los Médicos de Guardia y Planta del Servicio. La evaluación compete al mismo Servicio, así como también la modalidad, con reporte a Docencia de los resultados.

Rotación por Neonatología

Destinada a Residentes de Tercer año con una duración mínima de 3 meses.

Se deberá cumplir el horario estipulado para la actividad asistencial del Hospital y tres o cuatro guardias de 24hs. mensuales en este servicio (completando 8 guardias mensuales totales, según necesidad de guardias en piso).

Los médicos rotantes tendrán a cargo los pacientes del Servicio asignados y serán supervisados por los Médicos Residentes de Neonatología y por los Médicos de Guardia y Planta del Servicio. La evaluación del residente compete al mismo Servicio, así como también la modalidad, con posterior reporte a Docencia de los resultados.

Rotación por Consultorio de Especialidades y Quirófano

Destinada a Residentes de Tercer año. Opcional, se debe solicitar con anticipación al Servicio al cual se desee realizar la rotación y luego ser aprobadas por la Dirección de Docencia. No deben interferir con el cumplimiento del número de guardias de los médicos residentes de tercer año. La evaluación compete al Servicio, así como también la modalidad, con reporte a Docencia de los resultados.

Rotación por Centros de Mayor Complejidad

Destinada exclusivamente a los Residentes de Tercer año, con una duración máxima de 3 meses, previa autorización del Comité de Docencia. Las mismas deberán programarse con 6 meses de anticipación.

Para poder acceder a dicha rotación se exige tener aprobado todos los exámenes semestrales y evaluaciones periódicas realizadas hasta el segundo semestre lectivo del 2º año de residencia y no tener faltas graves o apercibimientos en el legajo. Estas condiciones deben cumplirse hasta el momento de inicio de la rotación.

La evaluación compete al Servicio, así como también la modalidad, con reporte a Docencia de los resultados.

Rotación por Servicio de Emergencias

Destinada a Residentes de Primer y Segundo año para asistir a pacientes ingresados a Sala de Internación Transitoria y consultorios de guardia.

Residentes de Primer y Segundo año realizarán guardias activas de 14hs a 0hs según cronograma estipulado por

Jefe de Residentes. Los Residentes de Primer año iniciarán sus guardias a partir del mes de diciembre. Las actividades de los MR serán supervisadas por los Médicos de Guardia y Coordinadas por Jefe de Servicio.

Los MR realizarán por la mañana la atención de pacientes admitidos en la Sala de Internación Transitoria (SIT), luego del mediodía realizarán la atención de paciente que consulten en forma espontánea, y el ingreso de lo paciente que requieran observación en la SIT bajo la supervisión de médico tutor, R2 o R3.

Resumen de rotaciones según año de residencia

1er Año: a- Rotación por Cuidados Intermedios (CIM): 8 meses

b- Rotación por Maternidad: 1 mes en (Maternidad del Hospital J.B. Iturraspe) c-

Rotación por CAPS: 2 meses

d- Rotación por Servicio Guardia Central: 1 mes e- Guardias médicas en área de internación: 8 por mes de junio a noviembre

7 por mes de diciembre a mayo

f- Guardias médicas en Servicio de Guardia Central: 1 por mes de diciembre a mayo

2do Año: a- Rotación por CIM: 4 meses. b- Rotación por Maternidad: 1 mes (Maternidad del Hospital J. B. Iturraspe) c- Rotación por CAPS: 2 meses. d- Rotación por Cuidados Especiales: 3 meses e- Rotación por Servicio de Guardia Central: 1 mes f- Rotación por Servicio de Oncología: 1 mes
g- Guardias médicas en Área de Internación: 6-7 guardias mensuales
h- Guardias médicas en Servicio de Guardia Central: 1 a 2 guardias mensuales

3er Año: a- Rotación por Neonatología: 3 meses b- Rotación por Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos: 2 meses c- Rotación por Maternidad: 2 meses (Maternidad del Hospital J.M. Cullen) d- Rotaciones opcionales: máximo 3 meses

d.1- Centro de mayor complejidad

d.2-En caso de que el Residente opte por no realizar esta rotación o no cumpla las condiciones para su solicitud se ampliarán las rotaciones por atención ambulatoria, Neonatología, UCIP, Consultorio de Especialidades o Quirófano.

e- Consultorio de Residentes (seguimiento pediátrico): 2 meses

f- Guardias Médicas en área de Internación: 8 guardias mensuales. Durante sus rotaciones por Neonatología, UCIP realizarán guardias en dichos servicios total 3 o 4.

Durante la rotación por Maternidad y Consultorio de Residentes harán 3-4 Guardias en Maternidad Hospital Cullen.

Total de meses en cada sector al finalizar la residencia

ÁREA DE INTERNACIÓN PEDIÁTRICA: 21 meses

- I. CIM: 12 m
- II. Cuidados Especiales: 3m
- III. Cuidados Intensivos: 2 m
- IV. Neonatología: 3m
- V. Oncología: 1m

ÁREA DE ATENCIÓN AMBULATORIA: 8 meses

← Atención Primaria en CAPS: 4m.

- Consultorio de Seguimiento Pediátrico: 2m
- Guardia Central: 2m
- Consultorio Externo de Especialidades: opcional

ROTACIÓN POR MATERNIDAD: 4 meses

Recepción de Recién Nacidos y atención conjunta del niño y su madre en Rooming-in: 4 meses

ROTACIÓN POR CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD O ESPECIALIDADES: 3 meses

	CIM	MATE R	CAPS	CE	ONC O	NEO	UCIP	CR	GC	RE
R1	8	1	2	-	-	-	-	-	1	-
R2	4	1	2	3	1	-	-	-	1	-
R3	-	2	-	-	-	3	2	2		3

TRASLADOS

Los traslados de los pacientes internados son parte de la formación de los médicos residentes siendo necesaria y obligatoria su realización. Salvo excepciones solicitadas por Jefe de Servicio NO se acompañarán traslados de pacientes con alta otorgada a su domicilio.

Traslados Programados

Serán coordinados por los Jefes de Servicio.

Siempre que sea posible serán efectuados por el médico de cabecera de cada paciente. En todos los casos se evaluará la complejidad de la patología del mismo y si fuese necesario se asignará la función a un residente superior. La complejidad del paciente a trasladar será evaluada por el médico de cabecera y comunicada al Jefe de Residentes.

El médico de cabecera realizará resumen completo del paciente a trasladar, donde figura el motivo, servicio y médico con el que se acordó la derivación. En caso que el paciente fuese derivado a otro hospital realizará la epicrisis.

Quien decide el traslado es el médico de planta y quien designa el médico del traslado es el Jefe de Residentes según el siguiente orden:

1. Médico Residente de cabecera (primera opción siempre que sea posible)
2. Voluntario
3. Médico designado por el Jefe de Residentes por disponibilidad horaria

Traslados de Urgencia

Los traslados que se decidan durante el transcurso de una guardia serán coordinados por el médico Jefe de Guardia.

El residente de guardia que traslade al paciente NO será reemplazado. El médico de guardia realizará la epicrisis.

Traslados de Pacientes de UCIP y Neonatología

Serán realizados por los Médicos Residentes de dichos servicios.

LICENCIAS y ARTÍCULOS

Se rigen según las normativas del Ministerio de Salud para todos sus empleados. La solicitud deberá elevarse a la División Recursos Humanos de HNOA.

Los días de licencia y artículos deben ser autorizados por escrito previamente por los médicos de planta, el residente superior y el jefe de residentes.

Deberá ser informado en los pedidos de “días de no guardia” del mes correspondiente.

Por cada 5 días hábiles de licencia ordinaria se descontará la realización de una guardia del mes al igual que en el caso de licencia por estudio.

Licencia Ordinaria de acuerdo a la ley de Residencias Médicas corresponden 15 días hábiles anuales. Se otorgará como máximo 10 días hábiles corridos.

La misma deberá ser autorizada por el Jefe de Residentes y por el Jefe del Servicio en el cual el residente se encuentre rotando. Se deberá garantizar en todo momento el cumplimiento de la actividad asistencial e informar, a los padres de los pacientes, quien lo reemplazará en su trabajo. Tiene prioridad en la elección de los días el residente de año superior.

Siempre se debe tener en cuenta que se debe cumplir el 75% de las actividades de cada rotación (máximo una semana por mes de rotación en un determinado Servicio)

La licencia es anual y no puede acumularse para años siguientes. Se podrán tomar: 5 días en primer semestre – 10 en el segundo –

Autorizada por Jefe del Servicio rotante y el Jefe de Residentes

Artículo 64A: con goce de sueldo, podrá solicitarse uno por mes, máximo 6 por año (de enero a diciembre). Se solicitarán con un mínimo de 48hs de anticipación. Deberán ser autorizados por el Jefe del Servicio donde se realice la rotación y por el Jefe o Instructor de Residentes.

Deberá garantizarse el cumplimiento de las actividades asistenciales. Se informará a los padres de los pacientes de la ausencia.

Artículo 64B: sin goce de sueldo, podrán solicitarse hasta 4 días corridos con autorización del Director del Hospital.

Embarazo: de acuerdo a la Ley de Residencias Médicas, corresponden a la Médica Residente 45 días corridos en el período anterior o posterior al parto a opción de la misma sin asistencia a su lugar de trabajo y 3 meses sin cumplir guardias activas (las mismas no deberán recuperarse).

Enfermedad: Según lo expresa el certificado médico legalizado corresponden los días que designe recursos humanos.

NOTAS

1-Los médicos en formación se encuentran bajo relación de dependencia laboral del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, debiendo cumplir con las exigencias que este imparte y estando a su disposición en caso de catástrofes naturales o situaciones que requieran la participación del equipo de médicos residentes.

2-En caso de ausencia del Jefe de Residentes las autorizaciones serán realizadas por el Instructor de residentes.

B. ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Para el desarrollo de éstas actividades, el Hospital de Niños cuenta con una biblioteca equipada con material científico actualizado, un salón ateneo con tecnología para videoconferencias y 2 aulas con cañón, pantalla y conexión wifi. Además los Servicios de UCIP, Neonatología y Cardiología disponen de su propia infraestructura para Docencia (cañón, pantalla, conexión multimedia)

1. **Es obligatoria la asistencia al 80% de las actividades académicas que se desarrollen en el año de residencia.**

2.

3. **Talleres - Teórico - Prácticas**

Se dictarán los días lunes, martes, miércoles y viernes en el horario de 12-13hs.

Presentación de Casos Clínicos

Se realizará los días martes de 12-13hs. Modalidad: power-point, con actualización bibliográfica de la patología. Serán presentados por tutorías: R3, R2 y R1.

Se discutirán los pacientes asistidos en guardias o internados en los diferentes servicios.

Ateneos Hospitalarios

Se desarrollan los días jueves de 11:00 a 12:30hs. Estarán a cargo de los distintos Servicios del Hospital en forma rotativa y coordinada por la Dirección de Docencia e Investigación.

Es obligatoria la asistencia.

Los médicos residentes rotantes en los distintos servicios deberán participar activamente en la preparación de los mismos en forma rotativa.

Inglés

Objetivos: se exigirá nivel traducción y análisis crítico de trabajos en dicho idioma.

Jornadas y Cursos

La Dirección de Docencia definirá las actividades extra-hospitalarias que se consideren de carácter obligatorio.

La asistencia a Jornadas y Cursos no obligatorios deberá ser autorizada por el Jefe e Instructor de Residentes y la Dirección de Docencia e Investigación. Luego de ser autorizados deberán elevar la solicitud a la Jefatura del Servicio donde estén rotando.

Los Residentes de Primer año (a partir del segundo semestre), los de Segundo y Tercero podrán solicitar autorización para participar de charlas, jornadas, cursos y congresos que se realicen fuera de la ciudad de Santa Fe. Los residentes de primer año que presenten trabajos científicos podrán asistir a Jornadas o Congresos en el primer semestre. Se priorizará siempre la asistencia a jornadas y congresos de quienes presenten trabajos.

La actividad asistencial deberá garantizarse en todos los casos. Los padres de los pacientes deberán estar informados de la ausencia del médico de cabecera y en lo posible tomar contacto con el médico reemplazante.

Tardanzas

Para todas las actividades se tolerará una demora de 5 minutos, en caso de estar realizando actividades laborales ineludibles, se debe comunicar al jefe de residentes quien podrá autorizar la demora justificada.

La repetición de tardanzas injustificadas será pasible de sanción según disponga el Comité de Docencia e Investigación.

C. ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO

Investigación:

A partir del año 2008 se desarrolla el programa de investigación para médicos en formación pediátrica. Este consiste en la práctica obligatoria de la investigación científica, dentro de la currícula del médico en formación y exige la presentación de un trabajo de revisión bibliográfica en el primer año, un trabajo retrospectivo en el segundo año y uno prospectivo o retrospectivo en el tercer año de formación.

Mediante el convenio suscripto con la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional del Litoral, el Hospital cuenta con un sistema de apoyo en el área de la Bioestadística / Biometría por intermedio de la Licenciada Elena Carrera.

Los Médicos Residentes deberán realizar un curso de Metodología de la Investigación y Estadística Básica, durante los años de residencia.

Estudio:

Se estimulará el estudio de la Pediatría a partir de la Presentación de Casos, Ateneos, Talleres, Clases teóricas y actualizaciones bibliográficas.

El Hospital cuenta con Biblioteca en el horario de 7:00 a 15:00hs y acceso a Internet las 24hs.

D. REFRIGERIO Y DESCANSO:

Almuerzo: 13:00hs

Descanso post-guardia: a partir de las 12hs del día posterior a la guardia.

E. GUARDIAS

El cumplimiento de guardias activas forma parte del entrenamiento necesario para la capacitación. Las mismas se realizan en el área de internación del Hospital, Guardia Central, Maternidades de la ciudad de Santa Fe y demás servicios donde los médicos residentes cumplen rotaciones (UCIPNeonatología).

Las guardias asignadas tienen carácter **obligatorio**. Según disposición de la Dirección de Residencias de la Salud de la Provincia de Santa Fe a partir del Reglamento de Residencias de La Nación, se realizarán un **número total de 8 guardias mensuales en todos los años de formación**. Las mismas pueden aumentar hasta un número de 10 por mes en caso de necesidad (situaciones de emergencia, catástrofes, etc.).

El cronograma de guardias será confeccionado por el Jefe de Residentes.

Cualquier modificación que se realice deberá ser autorizada por el Jefe o Instructor de Residentes por causa justificada.

No se podrán realizar cambios de guardia sin previa autorización.

Durante la rotación por centros de mayor complejidad deberán cumplir con las exigencias propias de cada Servicio y estarán exceptuados de realizar guardias en el Hospital Alassia.

I.

II. La actividad de los Médicos Residentes durante las guardias deberá estar supervisada en todo momento por los Médicos Residentes superiores, Médicos de Planta y Médico Jefe de Guardia del día.

El programa de Residencias es de dedicación exclusiva y a tiempo completo por lo que ningún médico residente puede realizar guardias médicas ni actividad asistencial remunerada dentro ni fuera del hospital hasta finalizar la residencia. En situaciones excepcionales de necesidad asistencial se valorará la posibilidad de autorizar a través del Comité de Docencia e Investigación la realización de Guardias en División de Emergencias de este hospital, sin que ésta interfiera en el cumplimiento de las guardias y las actividades de la residencia.

El no cumplimiento de este punto supone una falta grave, y será evaluada por el Comité de Docencia y Dirección de Residencias Médicas de la provincia de Santa Fe, pudiendo inclusive suspenderse el contrato al médico implicado.

Actualmente y hasta tanto se completen las plantas que permitan realizar guardias de 12hs se continúa con el **régimen de guardias de 24hs**.

ACTIVIDADES DURANTE LAS GUARDIAS

Pase de Guardia

Debe respetarse el horario de comienzo del mismo.

Se jerarquizará el paciente que se dejará a control durante la guardia. El informe será completo y ordenado (CIM, número de cama, nombre, edad, días de internación, diagnósticos de ingreso y actualizados, estado clínico actual, indicaciones y recomendaciones).

Desde noviembre de 2015 las guardias tienen médicos asignados a cada sector y los pases de guardia se realizan en cada uno de ellos (CIM Y CUIDADOS ESPECIALES).

Primer pase de Guardia: 7.30hs

CIM Residente de guardia saliente + Residentes de piso + Médico de planta
CUIDADOS ESPECIALES: Jefe de Guardia + Residente de guardia saliente +

Residentes de

piso + Médico de planta

Segundo pase de Guardia: 14hs

CIM Residente de guardia entrante + Residentes de piso + Médico de planta
CUIDADOS ESPECIALES: Jefe de Guardia + Residente de guardia

entrante + Residentes
de piso + Médico de planta

Evolución de Historias Clínicas

Deberán evolucionar en forma cronológica las modificaciones clínicas y de indicaciones que sufran los pacientes que fueran dejados a control clínico por guardia.

Los Residentes de Primer y Segundo año evolucionarán los pacientes de los CIM y Sector de Oncología.

Los Residentes de Segundo y Tercer año evolucionarán como los pacientes de Cuidados Especiales.

Todas las evoluciones e indicaciones deberán acompañarse de firma y sello del médico actuante.

Confección de Historias Clínicas

La confección de Historias Clínicas de pacientes internados durante las guardias estará a cargo de los Residentes de Primer año supervisados por los de Segundo y Tercero.

Las presunciones diagnósticas, solicitud de exámenes complementarios y las indicaciones deberán ser confeccionadas por el Residente de Segundo año para los pacientes que se internen en los CIM y por el Residente de Tercer año para los pacientes que se internen en Cuidados Especiales. El médico Full-time de guardia supervisará las actividades desarrolladas y firmará las indicaciones de los pacientes internados en Cuidados Especiales.

Las historias clínicas deberán ser firmadas y selladas por los médicos responsables y deben ser completadas con letra clara y legible.

F- DESCANSO POSTGUARDIA:

A partir de las 12hs del día posterior a una guardia de 24hs (con flexibilidad de acuerdo al servicio de rotación)

Deberán cumplirse las actividades asistenciales habituales en el sector de rotación incluyendo pase de sala, evolución escrita de los pacientes, altas, etc. Los pacientes que queden a control de guardia serán presentados en el Pase de Guardia por otro residente de la misma rotación.

El residente que goce de descanso post-guardia quedará exceptuado de participar del pase de guardia, clases y talleres vespertinos y de realizar traslados urbanos e interurbanos.

La asistencia al Ateneo Central Hospitalario de los días jueves es obligatoria.

No se contempla el descanso post guardia cuando se realicen guardias en el Servicio de Emergencia o las Maternidades ya que las mismas finalizan antes de las 24hs p.m.

GUARDIAS ACTIVAS

Año	Total	Internación	Guardia Central	Maternidad	UCIP	Neonatología
R1	8	8	-	-	-	-
R2	8	7	1-2	*	-	-
R3	8	4-5		4	4	4

Sub – Total	144	120	20			
Desde Diciembre						
R 1	8	7	1	-	-	-
R 2	8	6- 7	1- 2	*	-	-
R 3	8	4	-	4	4	4
Sub - Total	144	108	28			
Total	288	228	48			

* Guardias opcionales, acorde al lugar de Rotación.

VI. PROMOCIÓN

Se adopta en la institución adaptación de los artículos 32 y 33 de la Ley 22.127 resolución 1993/2015.

PROMOCIÓN: Para promover al año superior, el residente indefectiblemente deberá cumplir con el 75% (setenta y cinco por ciento) de presentismo en las actividades asistenciales y 80% de las académicas; como así también, con el mínimo de las prácticas a realizar de acuerdo con los estándares de la especialidad, la evaluación de cada una de las rotaciones, las evaluaciones permanentes y una evaluación anual integradora desarrollada en concordancia con la propuesta formativa. En ningún caso, incluso habiendo cumplido el 75% del presentismo requerido, se podrá dar por concluida la residencia antes de los plazos previstos en la contratación.

PRÓRROGA DE PROMOCIÓN: En aquellos casos donde las residentes que hubieren declarado su embarazo o estuvieren en uso de su licencia por maternidad y se encontraren en la situación de no poder cumplimentar con el presentismo y los requisitos académicos establecidos en el programa de formación, se les podrá prorrogar su fecha de promoción estableciéndose como fecha límite al respecto el 30 de noviembre de cada año, el cual podrá trasladarse a los ciclos subsiguientes en caso que así se requiera. Para efectivizar esta prórroga, el responsable de la residencia deberá realizar antes del 31 de mayo de cada año un informe solicitando formalmente la prórroga; elaborando para ello un plan de recuperación, acordado con la residente y con la aprobación del Director de la institución sede de la residencia y del Responsable de capacitación de la jurisdicción, que será remitido a la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, para su aprobación al momento de reintegrarse de la licencia. Cuando el pedido de prórroga supere los plazos establecidos en el contrato, se realizará una adenda al contrato suscripto, que en ningún caso podrá exceder el término de seis (6) meses. No se realizará adenda alguna cuando dicho período no fuera suficiente para cumplimentar los requisitos académicos, por lo que se considerará que no se han cumplido con los requisitos mínimos de promoción.

VII. ELECCION DEL MÉDICO RESIDENTE JEFE

- La elección se realizará entre todos los Médicos Residentes de tercer año que hayan aprobado sus rotaciones, no hayan recibido sanciones por faltas graves y se comprometan a cumplir con el Programa de Residencias del Hospital (no habrá postulaciones).
- Serán electores todos los MR de Primer y Segundo año y todos los Médicos de Planta de los Servicios del Hospital con rotación de MR. Se hará un padrón único.
- La elección se realizará en la primera semana de marzo y la fecha deberá comunicarse con una semana de anticipación.
- Cada elector tiene derecho a un voto.
- La votación se realizará en una sola mañana y será secreta.
- El MR Jefe tendrá tareas asistenciales
- El MR Jefe que haya completado un año de trabajo y cuya tarea haya sido evaluada como satisfactoria por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital tendrá puntaje en todo concurso de selección que se realice en el Hospital Alassia

Funciones del Médico Residente Jefe

Desempeñará sus funciones a tiempo completo y dedicación exclusiva, con las mismas obligaciones de los demás residentes.

Permanecerá en sus funciones durante 1 año.

Son sus obligaciones:

- ← Organizar y coordinar las tareas de los Médicos Residentes (MR) dentro del Programa establecido.
- ← Confeccionar esquema de guardias, plan de licencias, pasantías, etc.
- ← Participar en el desarrollo del Plan Docente: clases, talleres, ateneos, bibliográficos, etc. bajo supervisión del Instructor de Residentes.
- ← Reunirse con los Jefes de Servicio, Médicos de Planta, Médicos Full-Time, para contribuir a mejorar la atención de los pacientes y facilitar el trabajo en equipo.
- ← Organizar los Ateneos: colaborar con la selección de casos y difusión.
- ← Participar en la evaluación de los MR
- ← Representar a los MR
- ← Desempeñar tarea asistencial en forma rotatoria en alguno de los Servicios en los que trabajan los MR.

VIII- PROGRAMA ANALÍTICO TEMARIO

El desarrollo de los temas será realizado durante tres años para los médicos en formación pediátrica. Los distintos temas serán abordados a través de talleres en donde se planten casos problemas para resolver. En cada patología se deberán transmitir: los conocimientos básicos, lo que hay de nuevo y comentarios sobre los errores más frecuentes que se cometen.

Se debe citar la bibliografía utilizada. Se deberá comunicar a la audiencia cuando se hable en base a datos e impresiones personales.

En toda presentación si lo hubiera se deberán aportar datos locales.

Adolescencia

Entrevista y examen a los adolescentes

Trastornos alimenticios: anorexia, bulimia, obesidad

Trastornos del crecimiento y el desarrollo

Adicciones: tabaco, alcohol, cocaína, marihuana, barbitúricos, etc.

Enfermedades de transmisión sexual

Sexualidad. Anticoncepción

Depresión y suicidio

Maltrato. Abuso sexual

Fracaso escolar

Cardiología

El niño con cianosis. Diagnóstico diferencial

Soplos cardíacos, diagnósticos diferenciales. Cómo actuar

Cardiopatías congénitas

Electrocardiografía: lo que debe conocer el pediatra

Cambios ECG relacionados con drogas y con alteraciones electrolíticas

Arritmias

Hipertensión

Endocarditis

Pericarditis aguda

Manifestaciones cardiológicas de: Fiebre reumática, Kawasaki Miocarditis

Utilización de estudios complementarios

Habilidades: El pediatra debe saber realizar un ECG e interpretar las alteraciones más comunes.

Crecimiento y desarrollo - Nutrición

Evaluación del crecimiento Evaluación del desarrollo

“El niño normal” episodios, situaciones, conductas del niño durante las distintas etapas del desarrollo.

Requerimientos nutricionales – Alimentación del niño sano

Desnutrición –Recuperación nutricional

Obesidad

Habilidades: El pediatra debe saber emplear los instrumentos de medida adecuados. Debe utilizar e interpretar los gráficos de crecimiento reconocidos. Debe utilizar el gráfico sobre “edad de cumplimiento de las pautas de desarrollo” (OMS, Lejarraga, Krupitzky)

Cirugía

Emergencias neonatales quirúrgicas

Hipertrofia de píloro

Sangrado gastrointestinal

Invaginación intestinal

Abdomen agudo
Apendicitis - Peritonitis
Tratamiento quirúrgico en derrames pleurales, neumotórax
Hernias inguinales
Testículos no descendidos
Escroto agudo
Heridas cortantes. Tratamiento sin suturas y con suturas
Atención del niño quemado
Mordeduras
Urgencias por Traumatismo de abdomen

Habilidades: El pediatra debe saber realizar la curación de una herida, del niño recién quemado. Debe saber realizar suturas. Debe asistir a intervenciones quirúrgicas. Debe asistir a la realización de vías centrales, colocación de tubo pleural, drenaje de abscesos.

Dermatología

Dermatitis del pañal
Dermatitis atópica. Dermatitis seborreica
Alopecias
Dermatitis por contacto
Hemangiomas
Nevus
Micosis. Tiñas
Escabiosis. Pediculosis
Acné
Hipocromía
Genodermatosis

Habilidades: El pediatra debe conocer un formulario terapéutico básico. Asistir al especialista en la realización de biopsia en sacabocado y en el empleo de la lámpara de Wood.

Emergencias

Atención Integral del Traumatismo Pediátrico
Resucitación cardiopulmonar
Apoyo vital: básico, avanzado, continuo
Aspiración de cuerpo extraño
Shock
Anafilaxia
Manejo del niño politraumatizado
Transporte del niño traumatizado
Insuficiencia respiratoria aguda
Asfixia por inmersión

Habilidades: El pediatra debe saber, intubar la vía aérea, realizar venopunturas, osteoclisis, drenar neumotórax, realizar suturas. Asistir a canalizaciones venosas. Conocer cómo realizar una traqueotomía de urgencia

Endocrinología

Diabetes
Trastornos tiroideos
Hipoglucemia
Genitales ambiguos
Insuficiencia suprarrenal
Déficit de hormona antidiurética

Enfermedades Respiratorias:

Infecciones respiratorias aguda baja (IRAB)

Bronquiolitis

Neumonías

Derrames pleurales

Niño con síndrome bronquial obstructivo recidivante

Asma

Gripe

Tuberculosis

Malformaciones respiratorias

Infecciones respiratorias de vías superiores

Faringitis

Otitis media - externa

Laringitis

Epiglotitis

Cuerpos extraños en vías aéreas

Manejo de pacientes oxígeno dependientes

Habilidades: El pediatra debe saber: realizar cultivos faríngeos, obtener material nasofaríngeo para exámenes virales, realizar otoscopia, utilizar aerosoles, medidores de pico flujo espiratorio, emplear nebulizadores, utilizar el oxímetro de pulso, “fabricar”: cánulas nasales para la administración de oxígeno e improvisar cámaras para administrar aerosoles, realizar toracocentesis.

Gastroenterología- Hepatología

Hepatitis aguda y crónica

Colestasis neonatal

Diarreas crónicas - Enfermedad celíaca

Fibrosis Quística de Páncreas

Reflujo gastroesofágico

Constipación – encopresis

Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Alergias alimentarias

Infectología

Enfermedades exantemáticas: sarampión, rubéola, escarlatina, sexta enfermedad, eritema infeccioso, varicela, enfermedad boca-mano-pie, molusco contagioso Mononucleosis infecciosa

Parotiditis

Tos convulsa

Piodermitis, celulitis, adenitis, erisipela, síndrome de shock tóxico

Artritis séptica

Osteomielitis

Meningitis bacterianas

Meningitis Asépticas

Encefalitis

Abscesos cerebrales

Guillan- Barre

Hepatitis Virales

Manejo del lactante febril sin foco

Fiebre de origen desconocido Fiebre en el paciente inmunosuprimido H.I.V. y S.I.D.A.

Infecciones Congénitas

Diarreas agudas

Enfermedades transmitidas por alimentos

Enfermedades febriles hemorrágicas

Habilidades: El pediatra debe saber realizar punción lumbar, obtener muestras para hemocultivos, realizar toma de muestras para cultivos faríngeos, de piel, celular subcutáneo. Conocer la técnica para punción del espacio articular ante la sospecha de artritis de rodilla y de cadera

Hematología - Oncología

Anemias ferropénicas

Anemias hemolíticas

Síndromes Talasémicos

Púrpuras

Trastornos de la coagulación

Hemofilia

Aplasias medulares, mielodisplasias

Síndrome hemocitofágicos

Leucemias

Linfomas

Neutropenia y fiebre

Síndrome de lisis tumoral

Tumores sólidos

Cuidados paliativos en el paciente oncológico

Habilidades: Debe asistir a la realización de la aspiración y biopsia de la médula ósea.

Inmunización y profilaxis

Vacunas: indicaciones, efectividad, efectos secundarios

Calendario nacional – Vacunas disponibles no incorporadas a calendario nacional

Vacunas combinadas: cuádruples, quintuples, séxtuple, acelulares

Vacunación en el inmunosuprimido y en los que tienen posibilidad de ser trasplantados

Vacunación al viajero

Profilaxis con gama globulina

Profilaxis antibiótica

Habilidades: El pediatra debe conocer las vacunas disponibles en el país, cómo mantener la cadena de frío y colocar vacunas.

Intoxicaciones

Manejo general del paciente intoxicado

Intoxicaciones específicas: salicilica, con paracetamol, con hidrocarburos, barbitúricos, anticonvulsivantes, etanol, hierro, álcalis, insecticidas organofosforados, clorados.

Mordedura de ofidios

Accidentes por: escorpión, arañas, hormigas, rayas, pirañas.

Metahemoglobinemias

Intoxicación por monóxido de carbono

Habilidades: El pediatra debe conocer las maniobras para eliminar el tóxico. Cuando están indicadas y cuando no. Realizar lavado gástrico. Emplear jarabe de ipecacuana. Forzar diuresis. Administrar antídotos. Reconocer reptiles arañas y escorpiones de la región.

Medio interno: manejo de líquidos y electrolitos

Requerimiento de líquidos y electrolitos

Deshidratación: signos clínicos, causas, tipos

Rehidratación oral

Rehidratación parenteral, distintas modalidades

Hipo e hipernatremia, hipo e hiperpotasemia

Tratamiento de la deshidratación hipo e hipertónica

Intoxicación hídrica

Alteraciones e interpretación del equilibrio ácido-base

Otras alteraciones del medio interno

Habilidades: El pediatra debe conocer la composición de las sales de rehidratación oral y las distintas soluciones parenterales. Saber improvisar una “solución de RHO casera”, interpretar un informe de laboratorio de electrolitos y estado ácido base, realizar balance de ingresos-egresos.

Nefrología

Pruebas de la función renal

Infecciones urinarias: diagnóstico, estudios complementarios, tratamiento

Insuficiencia renal aguda

Insuficiencia renal crónica

Glomerulonefritis

Síndrome urémico-hemolítico

Proteinurias

Síndrome Nefrótico

Hipertensión

Diálisis peritoneal ambulatoria crónica

Enuresis

Habilidades: El pediatra debe saber indicar cómo recoger la orina. Realizar cateterización vesical. Realizar punción suprapúbica. Interpretar los test rápidos de orina (tiras reactivas). Tomar la presión arterial. Solicitar ecografías, uretrocistografías, centellografías. Asistir a la realización de diálisis peritoneal.

Neurología

Semiología

Desarrollo del niño

Convulsiones febriles

Epilepsias

Ataxia aguda

Parálisis flácida

Coma, evaluación del niño con nivel alterado de conciencia

Hemiplejía

Traumatismo de cráneo

Evaluación de un sistema de derivación bloqueado

Cefaleas

Trastornos paroxísticos no epilépticos

El niño con parálisis cerebral

El niño con Trastorno del Espectro Autista

El niño con síndrome de Déficit de Atención

Encefalopatías no evolutivas

Odontología

Cómo debe actuar el pediatra ante un niño con: dolor dental, traumatismo dental, hemorragia dental pos operatoria, caries

Problemas con la posición de las piezas dentales

Ortopedia- Traumatología

Problemas del miembro inferior: desviación interna de los dedos, desviación externa, problemas de la forma del pie. Dolor de rodilla

Problemas de cadera: Displasia madurativa de cadera. Enfermedad de Legg-Perthes. Sinovitis transitoria.

Cadera séptica. Deslizamiento epifisario femoral superior.

Problemas de columna: Escoliosis. Cifosis. Discitis.

Miembro superior: Pronación dolorosa del codo. Pulgar en gatillo.

Cuello: Tortícolis muscular congénita.

Traumatismos: ¿qué debe hacer el pediatra? (y que no debe)

Habilidades: El pediatra debe saber: cómo inmovilizar y trasladar al traumatizado. Debe solucionar una pronación dolorosa de codo. Realizar punción aspiración de la rodilla. Asistir al traumatólogo en la realización de la punción de cadera.

Parasitosis

Enteroparasitosis: Giardiasis, Criptosporidiosis, Amebiasis, Ascariosis, Strongyloidiasis Oxiurosis, Uncinariasis, Trichuriasis, otras

Parasitosis cutáneas

Hidatidosis

Enfermedad de Chagas

Toxocariosis

Paludismo

Esquistosomiasis

Parasitosis y medio ambiente

Métodos diagnósticos

Habilidades: El pediatra debe conocer las parasitosis prevalentes en su región. Cómo solicitar un examen parasitológico. Cómo interpretar un informe del laboratorio de parasitología. Cómo enseñar a prevenir las parasitosis. Cuáles son los parásitos que deben medicarse

Reumatología

Semiología

Artritis

Espondiloartropatías

Lupus eritematoso sistémico

Dermatomiositis

Enfermedad mixta del tejido conectivo

Púrpura de Schönlein – Henoch. (R1)

Vasculitis

Fiebre reumática

Hipo e hipercalcemias

Trastornos de conducta

Problemas psicossomáticos

Neurosis de conversión

Rechazo escolar

El niño maltratado. Abuso en la infancia

Adopción

Anorexia nerviosa y bulimia
Separación de los padres
El niño ante la muerte
El niño con enfermedades crónicas
La discapacidad física e intelectual

Neonatología: enfoque pediátrico

Control prenatal y consulta prenatal. Normas Provinciales
Embarazo de Alto Riesgo
Sospecha de detección de alteraciones en el RN durante el embarazo
RCIU y BPEG Diagnóstico Prenatal. Conducta. Formas Clínicas. Evaluación a largo plazo.
Malformaciones congénitas
Incompatibilidad RH y ABO
Infecciones perinatales
Recepción del RN Normal. Determinación de la EG
Recepción y reanimación
Rooming In. RN Normal
Pesquisa de malformaciones congénitas en mesa de recepción y control de Rooming In.
Lactancia Materna
Seguimiento del RN
1° Control. Reflejo Rojo. Reflejos
2° Control. Descenso fisiológico de peso. Control de amamantamiento.
3° Control. Administración de Hierro y vitaminas
Pesquisa de alteraciones neurológicas en el RN
Estimulación Temprana. Indicaciones Derivación a Neonatología.
Traslado RN
Recién Nacido Pretérmino:
Clasificación
Manejo de mesa de recepción
Traslado
Riesgo
Etiología
Síndrome de Muerte Súbita. Apneas
Programa Madre Canguro
Protocolo de Intervención Mínima
Luxación congénita de cadera
Retinopatía del prematuro
Hemorragia Primaria
Oftalmia Gonocócica. Conjuntivitis del RN. Onfalitis. Infecciones de Piel
Seguimiento del RN pretérmino. Detección de Secuelas
Detección de alteraciones congénitas. Screening Neonatal
Conducta con la ruptura prematura de membranas, Parto domiciliario
Conducta con el embarazo sin control
Madre con infección por estreptococo grupo B
Conducta con el desprendimiento normoplacentario

Temas de Cuidados Intensivos para el Pediatra

Los temas de cuidados intensivos que debe conocer todo pediatra general, están más relacionados a *“las primeras horas”* (manejo inicial) de cualquier enfermedad que comprometa la vida del niño que al cuidado intensivo en sí mismo.

Todo pediatra debe saber que hacer y qué no hacer ante esta circunstancia inesperada y urgente, hasta tanto pueda derivar a su paciente a un centro que le provea de atención de mayor complejidad.

Trastornos de pacientes graves: Trastornos hidroelectrolíticos

Quemaduras (manejo inicial)

Manejo de la Vía aérea

Reanimación cardiopulmonar

Enfermedad meningocócica

Monitoreo del paciente crítico (previo al ingreso a UTIP)

Criterios de gravedad

Criterios de ingreso a UCIP

Manejo del Status Convulsivo

Participación en informes a padres

Manejo del politrauma pediátrico

Manejo inicial del coma

Bases de A.R.M

Bases de Diálisis Peritoneal

Reconocimiento y manejo del shock

Manejo de vías endovenosas y catéteres centrales

Insuficiencia Renal

Insuficiencia Hepática

Insuficiencia Cardíaca

Bases del traslado del paciente crítico

Manejo de drogas: Inotrópicas, Sedantes, etc.

Manejo del paciente crítico fuera de la UCIP

Programas Provinciales

Siendo la Residencia de Pediatría del Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia dependiente del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe, se considera pertinente incluir en la formación los Programas Provinciales relacionados con la atención de la madre y el niño:

Lista de Programas de la Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud

Perinatología

Vacunación Responsable

Crecimiento y Nutrición

Control de las Infecciones Respiratorias Agudas

Control de las Enfermedades Diarreicas Agudas

Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y sida

Vigilancia Epidemiológica

Tuberculosis

Control de Chagas

Control de Zoonosis

Control de Cáncer

Control de Diabetes

Enfermedades Cardiovasculares

Higiene Escolar

La formación del pediatra deberá completarse con:

- Idioma extranjero: *inglés*. Se exige conocimiento de dicho idioma con nivel de traducción ●
“*Medicina folclórica*”: conocer las prácticas y costumbres que utiliza la gente de la región para” tratar” las enfermedades de los niños

-
- Epidemiología
 - Método científico ● Informática.

PROCEDIMIENTOS

Listado de habilidades que debe completar el egresado de la residencia de Pediatría

- Mediciones de peso, talla y perímetro cefálico, tensión arterial. Interpretación de gráficos de percentiles
- Otoscopía
- Oftalmoscopía
- Vacunación: colocación de vacunas y conocimientos sobre cadena de frío ● Venopunciones. Recolección de sangre e infusión endovenosa.
- Preparación de soluciones de rehidratación oral. Preparación de venoclisis. Manejo de bombas de infusión. Osteoclisis, gastroclisis.
- Cultivos faríngeos. Obtención de material nasofaríngeo para exámenes virales.
- Tomas de muestra para hemocultivos. Toma de muestra para cultivos de celular subcutáneo. ● Maniobras para reducción de luxación del cúbito pronó. Técnica para punción articular ante la sospecha de artritis de rodilla y de cadera.
- Colocación de sondas nasogástricas. Realización de lavado gástrico. Provocación del vómito. ● Administración de medicamentos con nebulizadores, aerosoles, inhaladores. Manejo de aerocámaras. Medición de pico flujo espiratorio. Administración de oxígeno. Manejo de cánulas nasales, máscaras, halos. Empleo del oxímetro de pulso.
- Recolección de orina para urocultivo: al acecho, cateterización vesical, punción suprapúbica. Interpretación de las tiras reactivas de orina.
- Electrocardiograma. Lectura de monitores
- Curación de heridas. Atención del recién quemado. Suturas. Toracocentesis. ● Atención integral del trauma pediátrico (AITP) ● Intubación endotraqueal.
- Punción lumbar. Punción ventricular. Manejo del paciente con válvula de derivación ventricular
- Diagnóstico por imágenes: interpretación de Rx. Conocimientos básicos de imágenes ecográficas, TAC y RMN.
- Utilización del correo electrónico. Búsqueda bibliográfica por internet. Presentaciones en Power-point.
- Técnicas para favorecer la alimentación con pecho materno. Recepción y reanimación del Recién Nacido. Traslado del RN.

Los procedimientos realizados deben ser registrados por escrito por el médico residente y quien supervisó el mismo. Estos luego serán expuestos cada vez que se realicen las evaluaciones periódicas y los exámenes semestrales, formando parte de la nota de evaluación.

TEMARIO PARA RESIDENTES DE PRIMER AÑO

El Residente de Primer año deberá adquirir los conocimientos básicos relacionados con la semiología, sospecha diagnóstica y el manejo inicial de las patologías prevalentes en Pediatría. Se insistirá en el conocimiento del Niño Normal, la Promoción y Prevención de las enfermedades dentro de la Atención Primaria de la Salud. Los temas están marcados con la sigla R1.

TEMARIO PARA RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO

A través de talleres y presentación de casos clínicos se afianzarán los conocimientos básicos adquiridos en el primer año, con énfasis en el diagnóstico, manejo terapéutico y seguimiento de las distintas patologías.

TEMARIO PARA RESIDENTES DE TERCER AÑO

Durante el Tercer año los residentes del Hospital realizarán sus rotaciones por Neonatología, Unidad de Cuidados Intensivos, Consultorios de Especialidades y Centros de Mayor complejidad.

Se estimulará el estudio sistemático durante cada una de las rotaciones, haciendo hincapié en temas relacionados con las mismas (UCIP, Neonatología)

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

- Tratado de Pediatría- Nelson-Behrman
- Guía de Diagnóstico y Tratamiento – Hospital Municipal de Niños de Buenos Aires “Dr. Ricardo Gutiérrez”
- PRONAP – Programa Nacional de Actualización Pediátrica – Sociedad Argentina de Pediatría • Pediatrics in Review
- Libro Azul de Infectología Pediátrica – Comité Nacional de Infectología Pediátrica - Sociedad Argentina de Pediatría
- Red Book – Enfermedades Infecciosas en Pediatría.
- Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas de la American Academy of Pediatrics
- PRONEO
- Sola
- Tapia JL, González, A, eds. Neonatología 3ª ed. Santiago: Mediterráneo, 2008 • Ceriani Cernadas. Neonatología Práctica 4º ed. Buenos Aires: Panamericana, 2009.

VIII- SISTEMA DE EVALUACIÓN

Se exigirá asistencia al 80% de las actividades teórico - prácticas programadas para cada año. Los Médicos Residentes serán evaluados en cada una de las rotaciones que realicen por los Jefes de Servicio o los responsables de las mismas.

Se utilizará la “Planilla de evaluación” aprobada por el Comité de Docencia e Investigación del Hospital en la que se consideran aspectos relacionados con los conocimientos, habilidades adquiridas y relaciones con los pacientes y resto del equipo de salud.

La decisión de evaluar en forma oral o escrita los conocimientos teóricos es individual para cada uno de los Servicios.

En forma semestral serán evaluados a través de Exámenes de múltiple opción elaborados por la Dirección de Docencia con la colaboración de los diferentes Servicios. Los exámenes se aprobarán con el 70% del puntaje total.

Se exigirá el conocimiento del idioma inglés con nivel de traducción.

Los médicos residentes que reprobren alguna de sus rotaciones o exámenes tendrán derecho a un examen recuperatorio. La reprobación del mismo implicará la aplicación de un “Apercibimiento” (sanción disciplinaria contemplada en el decreto N° 0635 de la Ley 9529 del Sistema provincial de Residencias de la Salud de la Provincia de Santa Fe, la cual constará en el legajo correspondiente al residente en cuestión) y se elevará el caso al Comité de Docencia e Investigación y a la Dirección de Residencias Médicas para decidir la continuidad de dicho médico dentro del Sistema de Residencias.

También forma parte de la evaluación final, el puntaje obtenido en la presentación de los trabajos científicos realizados dentro del programa de investigación obligatorio.

Las calificaciones obtenidas se elevarán a la Dirección de Residencias Médicas en forma semestral, de acuerdo a lo estipulado por la Ley de Residencias Médicas.

En caso de sanciones disciplinarias las mismas serán elevadas al Comité de Docencia del Hospital y a la Dirección de Residencias Médicas.

También se evaluarán a través de un examen con preguntas de opción múltiple al finalizar cada módulo (20-25 preguntas), confeccionadas por la Dirección de Docencia e Investigación, y con la colaboración de los médicos expositores.

Siendo el Hospital de Niños Orlando Alassia un efector de Alta Complejidad la aprobación de los exámenes semestrales es condición para la Solicitud de Rotaciones por otros centros de mayor

complejidad y para poder acceder a ellas una vez que han sido aprobadas. El Comité de Docencia e Investigación no autorizará rotaciones por fuera del HNOA a Residentes que reprobren exámenes semestrales.

IX – SANCIONES Y FALTAS DISCIPLINARIAS

Todas aquellas faltas o incumplimientos al Plan Docente, con respecto a la actividad científica, asistencial o relaciones interpersonales, serán elevadas a la Dirección de Docencia e Investigación para luego ser evaluadas por el Comité de Docencia y Dirección de Residencias Médicas de la Provincia de Santa Fe, pudiendo inclusive suspenderse el contrato al médico implicado.

COMENTARIO: a pesar de todas sus deficiencias defendemos al Sistema de Residencias como el mejor método para lograr que jóvenes recién egresados de las Facultades de Medicina, al trabajar y estudiar de manera intensiva durante tres o cuatro años, se conviertan en médicos capaces de resolver problemas que la comunidad plantea.

Es necesario que el Sistema de Residencia no se desvirtúe. Para ello se debe continuar cumpliendo con cinco ítems:

- 1) Ingreso por concursos.
- 2) Dedicación a tiempo completo
- 3) Realización de guardias.
- 4) Evaluaciones periódicas
- 5) Salario.

Si faltara alguna de estas condiciones no es posible hablar de Residencia

ANEXO II

PROGRAMA DE RESIDENCIAS CENTRO FORMADOR B

I - LOCALIZACIÓN.

ESPECIALIDAD DE RESIDENCIA: Pediatría.

SERVICIO RESPONSABLE DE LA CAPACITACIÓN: Servicio de Pediatría.

ORGANISMO DEL QUE DEPENDE EL HOSPITAL: Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe.

ORGANISMO DEL QUE DEPENDE LA RESIDENCIA: Dirección de Residencias Médicas del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe.

II - COMPOSICIÓN DE LA RESIDENCIA

Duración: 3 años.

Fecha de iniciación y terminación prevista para todo el periodo de capacitación: 01-10-2020 al 30/09/2022.

- Número de residentes para cada año lectivo: 3 (tres) por cada año.
- Número de concurrentes para cada año lectivo: 3 (tres) por cada año.

-
- Número de Jefes de Residentes: 1 (uno).
 - Número de Instructores de Residentes rentados: 1 (uno).
 - Número de Colaboradores Docentes: 15 (quince) honorarios. ● Número total de profesionales del Servicio (rentados): 4 (cuatro) durante el horario matutino y 2 (dos) rotatorios durante el resto del día.

II.1- PROGRAMA PARA LOS MÉDICOS CONCURRENTES

Duración: 4 años.

Número de concurrentes para cada año electivo: 3 (tres) por cada año.

III - OBJETIVOS

Como pilar fundamental para un buen funcionamiento de la formación académica, se mantendrá en todo momento un régimen basado en el trabajo Responsable, Ético, Eficiente de actividades de tiempo completo, con dedicación exclusiva mediante la adjudicación y ejecución personal supervisada de los actos médicos. Se continuará trabajando en la formación de Médicos Residentes y Concurrentes, ya inmersos en la especialidad, mejorando así el desempeño de médicos que recién ingresen al sistema de Residencias Médicas.

Se desarrollará un programa completo, que no atente con la armonía y normal desenvolvimiento del personal relacionado, generando de esta manera un ámbito de trabajo agradable.

Promover la adquisición de conocimientos y prácticas profesionales específicas.

Propiciar el trabajo en equipo e interdisciplinario.

Aumentar las capacidades de análisis y comprensión de los problemas de salud de la población, a través del desarrollo de marcos interpretativos y éticos. Ampliar y profundizar la disposición al aprendizaje continuo y a la actualización profesional necesaria en contextos de cambio.

Generar espacios para la Investigación como práctica necesaria para la formación.

Otorgar especial relevancia, dentro del Programa, a la capacitación para la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia y adolescencia; enfatizando la importancia de las interrelaciones del niño con su familia y de ésta con la comunidad.

Reconocer e implementar acciones de promoción y prevención de la salud.

Incorporar el uso de herramientas que permitan obtener la mejor información médica disponible, teniendo en cuenta el desarrollo de la medicina basada en la evidencia.

IV- OBJETIVOS A LOGRAR POR AÑO

Primer año de residencia–primer y segundo año de concurrencia: Objetivos Generales:

- Saber identificar un niño sano.
- Saber identificar un niño enfermo.
- Orientarse por aspectos ante un paciente enfermo.
- Reconocer los criterios de gravedad y de derivación oportuna.

Objetivos Específicos:

- Realizar historias clínicas completas, comprensivas, capaz de reflejar la patología del paciente.
- Realizar un completo y adecuado examen físico conociendo la semiología básica para explorar un paciente. Adecuada medición de signos vitales. Importancia de la antropometría.
- Realizar procedimientos manuales básicos.
- Resolver consultas más frecuentes de la pediatría ambulatoria.
- Recepción de recién nacidos sanos. Reconocer los cambios fisiológicos del recién nacido. Revisar al neonato internado junto a su madre. Screening (FEI, OEA). Puericultura.
- Reconocer la importancia de la prevención y promoción de la salud en pediatría.
- Capacitarse en brindar información a la familia, enfatizando la relevancia de lograr una adecuada relación médico-paciente.
- Adquirir habilidades para el trabajo en equipo.
- Entrevista médica. Control de niño sano (neonato - 1ra y 2da infancia, adolescentes). Control de crecimiento y desarrollo. Vacunas. Nutrición Lactancia materna. Escolaridad. Prevención de accidentes y adicciones.

Segundo año de residencia-tercer año de concurrencia: Objetivos Generales:

- Reconocer y tratar la patología prevalente en niños y adolescentes.
- Realizar acciones de promoción y prevención de la salud.
- Comprender los criterios de gravedad e intervención oportuna.
- Saber y reconocer la patología quirúrgica más frecuente.
- Conocer y aplicar los diferentes criterios de internación.
- Desempeñar, durante las guardias el rol de médico encargado de los pacientes internados en conjunto con el médico de guardia pasiva y participar de las decisiones de los médicos de guardia activa en servicio de guardia central.

Objetivos Específicos:

- Adquirir fundamentos académicos que le permitan mayor especificidad diagnóstica.

3

- Mayor autonomía en la entrevista médica. Control de niño sano (neonato - 1ra y 2da infancia, adolescentes). Control de crecimiento y desarrollo. Vacunas. Nutrición - Lactancia materna. Escolaridad. Prevención de accidentes y adicciones.
- Orientar correctamente el diagnóstico. Evaluar y reconocer la necesidad de estudios complementarios, criterios de internación, interconsulta con especialistas.
- Plantear diagnósticos diferenciales.
- Reconocer y tratar al paciente crítico.

Tercer año de residencia y cuarto año de concurrencia. Objetivos

Generales:

- Adquirir autonomía creciente en la capacidad de resolución de problemas del paciente, participando en las decisiones con los médicos de planta y/o los especialistas.
- Desempeñar, durante las guardias, el rol de médico encargado de los pacientes internados en conjunto con el médico de guardia pasiva. En servicio de guardia desempeñar un rol más activo en urgencias/emergencias junto a los pediatras a cargo de la misma.
- Informar y orientar a la familia en los diferentes ámbitos, atención primaria, promoción de salud, unidad de cuidados intermedios e intensivos. (ésta última durante la rotación por UCIP).
- Colaborar con actitud didáctica y empática en las tareas de los residentes/concurrentes inferiores.

Objetivos Específicos:

- Adquirir fundamentos académicos que le permitan mayor especificidad diagnóstica.
- Orientar correctamente el diagnóstico.
- Plantear diagnósticos diferenciales.
- Adquirir durante las rotaciones por áreas críticas el manejo de los pacientes, las prácticas a realizarse, la relación con la familia en momentos críticos. Notificación de malas noticias.

VI – PLAN DE ACTIVIDADES.

Las actividades teóricas, prácticas y asistenciales se desarrollan en:

Se comenzará a utilizar planigrafo digital vinculado al sistema Epi-Info para el procesamiento de datos cuando sea necesario.

Se comenzará a trabajar con la plataforma Class-room como medio donde se organizará y reunirá todo lo planificado en cuanto a clases virtuales, actualización bibliográfica, fecha de exámenes, etc.

- Servicio de Pediatría del Hospital: compuesto por sala de internación para lactantes, niños de 1^a y 2^a infancia, adolescentes.
- Servicio de guardia del Hospital: donde junto a médicos pediatras realizarán la atención de urgencias/emergencias y demanda espontánea de variada complejidad adquiriendo la habilidad del manejo del paciente que llega por guardia.
- Servicio de Maternidad del Hospital: donde se realiza recepción de recién nacidos y atención de neonatos en internación conjunta.
- Centro Perinatólogico del Hospital : internación de neonatos de mediana y alta complejidad (no quirúrgicos).
- SIM II y III del Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia. Manejo de pacientes con mayor complejidad y quirúrgicos.
- Consultorio de seguimiento de pacientes crónicos. ● Consultorio de seguimiento de pacientes post alta.
- Consultorio de seguimiento de pacientes con síndrome de Down. ● Consultorio de seguimiento de pacientes con HIV.
- Consultorio de adolescencia y atención del adolescente en internación en el Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia.
- Unidad de Cuidados Especiales del Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia.
- Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Niños Dr. Orlando Alassia”.
- Centro de Salud Periférico: entrenamiento en atención primaria de salud.
- Consultorios de especialidades pediátricas del Hospital O. Alassia. ● Centros de mayor complejidad en hospitales de otras provincias (optativo sólo para residentes de 3^o año y concurrentes de 4^o año).
- Asistencia obligatoria a clases teórico-prácticas a desarrollarse en sala de pediatría Hospital J. B. Iturraspe. Las mismas serán realizadas

y dictadas por residentes y/o concurrentes, bajo supervisión de instructor de residentes y médicos de planta.

5

116

- Asistencia obligatoria a las clases/talleres de crecimiento y desarrollo a realizarse en pediatría del Hospital J. B. Iturraspe.
- Asistencia obligatoria a talleres de educación continua de la SAP y talleres de capacitación programados.
- Participación y/o realización en forma individual o grupal de trabajos de investigación y estudios.
- Asistencia a cursos y Congresos, de acuerdo a posibilidades y circunstancias.
- Realización de cursos de educación continua como PRONAP, MIP, MAP.
- Asistencia a clases teóricas desarrolladas por personal idóneo.
- Asistencia a clases virtuales, por intermedio de diferentes plataformas como Polycom, Zoom.

RESIDENTES DE PRIMER AÑO Y CONCURRENTES DE PRIMERO Y SEGUNDO AÑO.

DISTRIBUCIÓN DE ROTACIONES. Sala internación 6 meses. Maternidad / Recepción 4 meses.
Atención primaria 2 meses.

RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO Y CONCURRENTES DE TERCER AÑO.

DISTRIBUCIÓN DE ROTACIONES.

Sala internación 4 meses.
Maternidad / Neo 2 meses.
Cuidados Especiales 2 meses.
Atención primaria Sala 2 meses.
Internación en centro de mayor complejidad/
área quirúrgica 2 meses

RESIDENTES DE TERCER AÑO Y CONCURRENTES DE CUARTO AÑO.

DISTRIBUCIÓN DE ROTACIONES. Sala internación 4 meses.

Neonatología (UCIN) 1 meses. UCIP 2 meses. Rotación Especial 3 meses.
Adolescencia 2 meses.

Las rotaciones de Neonatología y UCIP se llevarán a cabo en el Centro Perinatólogico Hospital J. B. Iturraspe y Hospital de Niños O. Alassia respectivamente.

Las rotaciones especiales podrán ser solicitadas en diferentes nosocomios y especialidades según elección del residente de tercer año y/o concurrente de cuarto año.

A - ACTIVIDADES PRÁCTICAS.

RESIDENTES DE PRIMER AÑO Y CONCURRENTES DE PRIMERO Y SEGUNDO AÑO.

07:00 - 08:00: Reporte y examen físico de pacientes internados.

08:00 - 11:00: Pase de sala con médicos de planta y/o Jefe de Servicio. **11:00 -**

13:00: Informe a los padres de diagnósticos y decisiones terapéuticas, confección de historias clínicas e ingreso de pacientes, evolución diaria de pacientes internados, informes de alta y resumen para los médicos de cabecera, traslados de pacientes para la realización de estudios, realización de prácticas especiales bajo la supervisión de residentes superiores, jefe residentes,

instructor, médicos de planta (punción lumbar, punción suprapúbica, colocación de sondas vesicales y nasoyeyunales, extracción de muestras para cultivos y aspirados nasofaríngeos, colocación de vías percutáneas, saturometrías, curaciones, técnicas de bacteriología básica, toma de biopsias cutáneas, suturas, etc.), consultorio de pacientes crónicos con médico de planta cuando roten en centro de salud.

13:00 - 13:45: Pase de guardia. **13:45 -**

14:15: Almuerzo.

14:15 - 15:00: Entrenamiento básico con el Jefe de Residentes. Se realiza dos veces por semana durante la primera mitad del ciclo lectivo. Completado y revisión de historias clínicas.

15:00: Comienzo de guardia para los residentes que corresponda.

RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO Y CONCURRENTES DE TERCER AÑO. 07:00 -

08:00: supervisión de los residentes de 1º año en el trabajo de la sala de internación (Report de enfermería, examen físico, confección de historias clínicas), con actitud colaboradora y docente.

08:00 - 11:00: Pase de sala con médicos de planta o jefe del Servicio (presentación de los ingresos del día previo e indicaciones médicas para enfermería).

11:00 - 13:00: Ingresos a la sala, supervisando al residente de 1º año en la confección de historia clínica; realización de planteos diagnósticos y resumen de ingreso, solicitud de exámenes complementarios e interconsultas, realización

7

de indicaciones médicas, examen físico de los pacientes que queden a control clínico durante el pase de sala, supervisión de las altas y de prácticas especiales realizadas por los residentes de 1º año, realización de prácticas especiales de mayor complejidad y técnicas básicas de bacteriología.

13:00 - 13:45: Pase de guardia. **13:45 -**

14:15 Almuerzo.

14:15 - 15:00: Completado y revisión de historias clínicas. **15:00:** Comienzo de guardia para los residentes que corresponda.

RESIDENTES DE TERCER AÑO Y CONCURRENTES DE CUARTO AÑO.

07:00 - 08:00: Supervisión con actitud educativa de los residentes de 1º y 2º año en la sala de internación; examen físico de los pacientes graves.

08:00 - 11:00: Supervisión de los residentes de 2º año en la confección de indicaciones para enfermería y control general de los pacientes internados (planígrafo).

11:00 - 13:00: Revisión de historias clínicas, supervisión de internaciones y prácticas especiales, realización de interconsultas e intervenciones con el especialista, realización de prácticas especiales de mayor complejidad (punción pleural, canalización de cordón umbilical, recepción de recién nacidos patológicos, intubación endotraqueal, técnicas básicas de bacteriología).

Realización del consultorio de pacientes post alta junto a médicos de planta y/o instructor o jefe de residentes. **13:00 - 13:45:** Pase de guardia. **13:45 - 14:15** Almuerzo.

14:15- 15:00: Control de epicrisis.

15:00: Comienzo de guardia para los residentes que corresponda.

B - ACTIVIDADES TEÓRICAS.

RESIDENTES DE PRIMER AÑO Y CONCURRENTES DE PRIMERO Y SEGUNDO AÑO.

08:00 - 09:00: Asistencia obligatoria a clases, ateneos y presentación de casos clínicos.

14:00 - 15:00: Lectura de actualizaciones y revisión bibliográfica. Asistencia obligatoria a Talleres de educación continua de la SAP: 1 vez por mes (5 horas mensuales).

Asistencia obligatoria a cursos de capacitación sobre Lactancia materna, organizados por el Comité de Lactancia Materna del Hospital J. B. Iturraspe (18 hs. de duración con evaluación).

Asistencia obligatoria a Cursos sobre control de la Tuberculosis, organizados anualmente por el Programa Provincial de control de Enfermedades Respiratorias y Tuberculosis del Ministerio de Salud de Santa Fe (20 hs. de duración con evaluación).

Curso Introducción a la salud pública.

Curso PALS (Pediatric Advanced Life Support).

Asistencia a Cursos y Congresos durante el transcurso del año, de acuerdo a las posibilidades y circunstancias.

RESIDENTES DE SEGUNDO AÑO Y CONCURRENTES DE TERCER AÑO. 08:00 -

09:00: Asistencia obligatoria a clases, ateneos o presentación de casos clínicos. Preparación de clases teóricas, ateneos o actualizaciones y presentación de casos clínicos que le fueran asignados.

14:00 - 15:00: Lectura de actualizaciones y revisión bibliográfica. Asistencia obligatoria a ateneos del Hospital de Niños, talleres de educación continua de la SAP y talleres de capacitación programados.

Curso de metodología de investigación.

Curso PALS (Pediatric Advanced Life Support). Curso RCP neonatal.

Asistencia a Cursos y Congresos durante el transcurso del año, de acuerdo a las posibilidades y circunstancias.

RESIDENTES DE TERCER AÑO Y CONCURRENTES DE CUARTO.

08:00 - 09:00: Asistencia obligatoria a clases, ateneos o presentación de casos clínicos (mientras se encuentren rotando por la Sala de internación). Preparan clases teóricas, ateneos o actualizaciones y presentación de casos clínicos que le fueran asignados.

14:00 - 15:00: Lectura de actualizaciones y revisión bibliográfica. Asistencia obligatoria a ateneos del Hospital de Niños, talleres de educación continua de la SAP y talleres de capacitación programados.

Asistencia a cursos y Congresos durante el transcurso del año, teniendo prioridad con respecto a los residentes de 1º y 2º año. Curso PALS (Pediatric Advanced Life Support). Curso RCP neonatal.

Cuando se encuentren rotando fuera del Hospital, se adaptarán a la actividad científica programada por el Servicio en el cual rotan.

C- ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO.

Los residentes de primero, segundo y tercer año deberán participar y colaborar al menos en un trabajo de investigación (de revisión), en forma individual o grupal, preferentemente durante la segunda mitad del ciclo lectivo.

Los residentes de primer año y concurrentes de primero y segundo año deberán realizar lectura de temas programados de acuerdo al desarrollo del programa analítico, realizar interpretación de radiografías, laboratorios y electrocardiogramas.

Los residentes de segundo año y concurrentes de tercero y cuarto año deberán, además, preparar actualizaciones bibliográficas, traducciones de artículos y presentaciones de pacientes con patologías crónicas o casos clínicos de interés que hubieran estado internados en el Servicio.

Los residentes de tercer año y concurrente de cuarto año realizarán, además, revisiones de historias clínicas y trabajos de casuística sobre patologías prevalentes en la Sala de Internación.

D- DESCANSO.

13:45 - 14:15: Destinado al almuerzo en el comedor general del Hospital. Se podrán solicitar 6 días hábiles libres por año (pedido de artículo 64). El pedido de vacaciones se hará respetando la antigüedad de los integrantes de la residencia y de acuerdo a las necesidades asistenciales del Servicio por el cual se encuentran rotando en ese momento.

Se aplica el régimen de post guardia.

La licencia por maternidad será de un total de 90 días, sin recuperación de las guardias por parte de la afectada. A su regreso se respetará el horario de lactancia establecido por ley.

E - GUARDIAS.

Las guardias estarán a cargo de dos o tres residentes durante todo el año y se distribuirán de la siguiente manera:

- **RESIDENTES DE 1º AÑO:** 8 guardias mensuales (6 días hábiles y 2 días no hábiles).
- **RESIDENTES DE 2º AÑO:** 8 guardias mensuales (6 días hábiles y 2 días no hábiles).
- **RESIDENTES DE 3º AÑO:** 8 guardias mensuales (6 días hábiles y 2 días no hábiles).

-
- **CONCURRENTES DE 1° Y 2° AÑO:** 4 guardias mensuales (3 días hábiles y 1 día no hábil).
 - **CONCURRENTES DE 3° AÑO:** 4 guardias mensuales (3 días hábiles y 1 día no hábil).

- **CONCURRENTES DE 4º AÑO:** 4 guardias mensuales (3 días hábiles y 1 día no hábil).

El número de guardias de los residentes podrá ser modificado en base a las necesidades del servicio, con un máximo de 8 por mes. El cronograma de guardias estará a disposición 7 días antes de comenzar cada mes y en caso de solicitar ser exceptuado de realizar una guardia, se deberá comunicar al Jefe de Residentes por escrito y con anticipación.

La guardia será activa, con un residente y/o concurrente superior (R2, R3, C3 o C4) y uno o dos inferiores (R1, C1 o C2); contarán con la colaboración de un médico de guardia activa y pasiva (médicos de planta) al que comunicarán el estado de los pacientes internados, en forma personal o telefónica, el cual tomará decisiones terapéuticas en caso de pacientes críticamente enfermos, uso de antibióticos de amplio espectro o fuera de las pautas habituales.

La actividad de los médicos de guardia será: atención de pacientes internados, atención de consultorio externo y de urgencias en servicio de guardia, confección de historias clínicas de pacientes que se ingresen durante la guardia, traslado de pacientes derivados a otros centros o para realización de estudios.

VIII - PROGRAMA ANALITICO DE MATERIA

MÓDULO 1: RESPIRATORIO.

- Temas: Factores de riesgo para IRAB, bronquiolitis, neumonías bacterianas y atípicas, complicaciones de neumonía, asma, neumopatías crónicas, diagnóstico diferencial del paciente sibilante, fibrosis quística, tuberculosis infantil, displasia broncopulmonar, malformaciones congénitas, enfermedades de la pleura, exámenes complementarios en patologías respiratorias, infecciones del oído, faringoamigdalitis, laringitis, sinusitis, laringomalacia, epiglotitis, estenosis laríngea, rinitis alérgica, apneas.
- Objetivos:
- El R1, C1 y C2: deberán aprender semiología respiratoria, reconocer factores de riesgos para IRAB (del medio, del huésped y de gravedad), realizar diagnóstico de patologías respiratorias agudas y determinar su tratamiento específico (ambulatorio o necesidad de internación), conocer la utilidad de los métodos complementarios de diagnóstico, instruir a los padres sobre cuidados medioambientales, reconocer elementos de sospecha para tuberculosis infantil, conocer el manejo del síndrome bronquial obstructivo y la utilidad de las tablas con puntuación (ej Tal, Wood, etc) y saturometría.
- El R2 y C3 deberán, además: realizar planteos diagnósticos de patologías respiratorias y diagnósticos diferenciales, realizar indicaciones terapéuticas y control evolutivo de pacientes con patologías agudas en internación y post-alta, supervisar actividades teórico-prácticas de los R1, realizar prácticas especiales de mediana complejidad.
- El R3 y C4 deberán, además: realizar el seguimiento de pacientes con patologías crónicas (asma, EPOC, EFQP), evaluando los aspectos nutricionales, de crecimiento, pedido de exámenes complementarios e interconsultas con especialistas y adherencia al tratamiento, supervisar las actividades de los inferiores y realizar prácticas especiales de mayor complejidad.

MÓDULO 2: NUTRICIÓN.

- Temas: Lactancia materna, fórmulas lácteas, alimentación complementaria, suplementos vitamínicos y minerales, anemias carenciales, raquitismo, malnutrición (desnutrición, sobrepeso, obesidad), kwashiorkor, marasmo. Síndrome metabólico. Síndrome de realimentación. Generalidades de las enfermedades por depósito.
-

MÓDULO 3: LACTANCIA MATERNA.

- Temas: Fisiología de la lactancia materna, composición de la leche materna, técnicas de amamantamiento, problemas frecuentes durante la lactancia, lactancia en situaciones especiales, drogas y lactancia materna, ley de

15

123

sucedáneos de la leche materna, ley de lactancia materna, hospital Amigo de la Madre y el Niño.

- Objetivos:
- Todo el personal médico y no médico del servicio deberá conocer y aplicar los diez pasos de la iniciativa del hospital Amigo de la Madre y el Niño, para que de esta forma las madres ejerciten su derecho de amamantar a sus hijos y todos los niños puedan ser amamantados en forma exclusiva hasta los seis meses de edad.

MÓDULO 4: CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

- Temas: Crecimiento y desarrollo normal, antropometría, patrones normales de peso, talla, perímetro cefálico, edad ósea, desarrollo de la dentición primaria y secundaria, prevención de caries dentales, maduración sexual y dentición, interpretación y manejo de tablas, talla baja, desarrollo psicomotor y neurosensorial, screening oftalmológicos, auditivos y de detección en enfermedades congénitas, alertas para la detección temprana de trastornos del aprendizaje (evolución del lenguaje, la gráfica y la comprensión).

Adolescencia: la entrevista en el consultorio, confidencialidad, consentimiento informado, principios de autonomía, leyes de protección del adolescente, escolarización, hábitos alimentarios, de sueño, actividad física, recreación. Adicciones. Salud sexual y reproductiva. Embarazo adolescente. Aborto. Trastorno de la conducta alimentaria. Problemas psicopatológicos. Prevención del suicidio, bullying, grooming.

Certificado de salud, deportes recreativos/competitivos.
Prevención de accidentes.

- Objetivos:
- El R1, C1 y C2 deberán: realizar promoción de la lactancia materna, conocer los requerimientos nutricionales a distintas edades y la secuencia de introducción en la alimentación complementaria, reconocer y clasificar los distintos grados y tipos de malnutrición (desnutrición, sobrepeso, obesidad), conocer las pautas de crecimiento y desarrollo en las distintas etapas de la vida del niño, conocer y aplicar los métodos de valoración de crecimiento y desarrollo.
- El R2 y C3 deberán, además, aplicar los conocimientos obtenidos durante el primer año, especialmente en el ámbito de atención primaria de salud, plantear diagnósticos diferenciales de patologías del crecimiento y desarrollo y alteraciones nutricionales, iniciar estudios e indicar terapias ante la detección de las mismas.

16

- El R3 y C4 deberán, además: realizar seguimiento de pacientes con alteraciones del crecimiento y desarrollo y trastornos nutricionales en conjunto con especialistas si fuera necesario.

MÓDULO 5: VACUNAS.

- Temas: Generalidades sobre vacunas, calendario oficial, vacunas recomendadas en niños sanos, vacunas en inmunosuprimidos, situaciones especiales y enfermedades crónicas. Conocer las últimas actualizaciones del calendario oficial de vacunación.
- Objetivos:
- El R1, C1 y C2 deberán: verificar el estado de inmunización de todos los niños en dispensario, consultorio externo o internación, indicar inmunizaciones según edad y no perder oportunidades de vacunación, conocer las verdaderas contraindicaciones de vacunas y sus efectos adversos, educando a los padres al respecto. Conocer cómo completar un carnet atrasado.

-
- El R2 y C3 deberán, además, conocer las indicaciones de vacunas recomendadas fuera del calendario oficial.
 - El R3 y C4 deberán, además, conocer las indicaciones de vacunas en inmunosuprimidos y enfermedades crónicas, sus dosis, intervalos, contraindicaciones y manejo de reacciones adversas.

MÓDULO 6: HIDRATACIÓN Y MEDIO INTERNO

- Temas: Deshidratación, rehidratación oral, rehidratación parenteral, trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base (EAB).
- Objetivos:
- El R1, C1 y C2 deberán reconocer los distintos grados de deshidratación clínica, conocer las distintas formas de rehidratación y sus indicaciones - contraindicaciones.
- El R2 y C3 deberán realizar el tratamiento en internación de pacientes con deshidratación grave, trastornos hidroelectrolíticos y del EAB.
- El R3 y C4 deberán, además, realizar el tratamiento y seguimiento de pacientes graves.

MÓDULO 7: DIGESTIVO.

- Temas: trastornos dentarios, trastornos deglutorios, reflujo gastroesofágico, vómitos, gastritis, hemorragia digestiva, hepatopatías, colestasis, pancreatitis, diarrea aguda y crónica, síndrome de malabsorción, enfermedad celíaca, parasitosis intestinales, alergia alimentaria, APLV, enfermedad inflamatoria intestinal, disentería, divertículos, pólipos,

17

125

constipación, encopresis, hemorroides, fisuras anales, prolapso rectal, enfermedades transmitidas por alimentos, dolor abdominal recurrente.

- Objetivos:
-

- El R1, C1 y C2 deberán promover medidas de higiene para prevenir enfermedades transmitidas por agua y alimentos (principalmente en el ámbito de atención primaria de salud), conocer las principales causas de diarrea aguda en nuestro medio, formas de presentación y tratamiento, conocer las parasitosis prevalentes y sus tratamientos, identificar rápidamente las hemorragias digestivas para instaurar tratamiento, conocer los estudios complementarios para cada situación.
- El R2 y C3 deberán realizar el tratamiento en internación de pacientes con deshidratación grave, trastornos hidroelectrolíticos y del EAB, planteando diagnósticos diferenciales de diarreas agudas y crónicas, saber solicitar estudios complementarios y medidas terapéuticas según patología (ERGE, gastritis, colestasis, celiacía, etc.)
- El R3 y C4 deberán, además, realizar el tratamiento y seguimiento de pacientes graves y con enfermedades crónicas del aparato digestivo.

MÓDULO 8: INFECTOLOGÍA.

- Temas: Manejo de la fiebre, fiebre en el niño menor de 1 mes, fiebre sin foco, fiebre de origen desconocido y síndrome febril prolongado, neutropenia, antibioticoterapia, sepsis, enfermedades exantemáticas, enfermedades endémicas, infección por VIH - SIDA, ITS, neutropenia febril, mononucleosis, Infección intrahospitalaria, parasitosis, infecciones fúngicas, meningitis, infección urinaria, artritis y osteomielitis, infecciones del oído, faringoamigdalitis, laringitis, sinusitis. Mordeduras y picaduras. Manejo de contactos en enfermedades contagiosas. TORCH.
- Objetivos:
- El R1, C1 y C2 deberán conocer el manejo de la fiebre en las distintas edades del niño, reconocer los factores de riesgo y signos clínicos de infecciones bacterianas graves, conocer la utilidad del laboratorio y métodos complementarios de diagnóstico en enfermedades infecciosas, conocer el uso adecuado de antibióticos en enfermedades infecciosas, educar a los padres con respecto al manejo de la fiebre y signos de alarma de infecciones graves (principalmente en el ámbito de atención primaria de salud), conocer el manejo del recién nacido expuesto perinatal a HIV.
- El R2 y C3 deberán, además, realizar planteos diagnósticos y diagnósticos diferenciales en enfermedades infecciosas, realizar los pedidos de exámenes complementarios adecuados a cada patología,

conocer y aplicar las normas para el manejo de pacientes neutropénicos febriles, realizar el

uso correcto de antibióticos en enfermedades infecciosas, ejercitando diagnósticos diferenciales de enfermedades exantemáticas.

- El R3 y C4 deberán, además, realizar el seguimiento de niños expuestos perinatales a HIV, y el manejo y seguimiento de niños con SIDA, pacientes con sepsis o infecciones graves.

MÓDULO 9: URGENCIAS Y EMERGENCIAS.

- Temas: Politraumatismo, reanimación cardiopulmonar neonatal y pediátrica, convulsiones, shock, anafilaxia, escorpionismo, quemaduras, ahogamiento, intoxicaciones, síndrome urémico-hemolítico, síndrome de Reyé, síndrome de muerte súbita del lactante, BRUE, insuficiencia cardíaca, traumatismo craneoencefálico, cetoacidosis diabética, heridas penetrantes, abdomen agudo, escroto agudo, electrocución.

MÓDULO 10: HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA.

- Temas: leucemias, linfomas, adenomegalias, púrpuras, principales tumores sólidos de la infancia, aplasia medular, anemias, trastorno de coagulación. Histiocitosis. Paciente paliativo. Manejo básico de pacientes neutropénicos y trasplantados. Transfusiones.
- Objetivos:
- El R1, C1 y C2 deberán: conocer los factores predisponentes que pueden determinar situaciones de urgencias y emergencias, promover la prevención de accidentes en la infancia, realizar la sospecha de enfermedades oncohematológicas y tumorales de la infancia, conocer las normas de reanimación neonatal y pediátrica (ABC).
- El R2, R3, C3 y C4 deberán, además: manejo de urgencias, monitoreo de pacientes graves y maniobras de urgencia, manejo de pacientes oncohematológicos, traslado de pacientes críticos a centros de mayor complejidad.

MÓDULO 11: SALUD AMBIENTAL.

- Temas: vulnerabilidad de los niños a los factores ambientales, exposición pre y post concepcional (epigenética), en el hogar, en la

comunidad y en el mundo, aire, monóxido de carbono, plomo, mercurio, plaguicidas, COP, nitratos, productos de uso doméstico, etc., repercusiones en la salud de los niños, historia clínica ambiental, drogas de abuso, plantas medicinales, golpes por calor. Prevención de accidentes.

- Objetivos:
- Los residentes y concurrentes de todos los años deberán confeccionar la historia clínica ambiental desarrollada por el servicio para

determinar el riesgo y grado de exposición a productos tóxicos de los pacientes y sus familias. Las historias estarán bajo la supervisión de médicos de planta, jefe de servicio y mensualmente por auditoría médica del hospital.

MÓDULO 12: BACTERIOLOGÍA.

- Temas: Microscopio óptico, tinciones de Gram, Zihel Nilsen y otras; técnicas y medios de cultivos, toma y transporte de muestras, técnicas de antibiograma, CIM.
- Objetivos:
- Residentes y concurrentes de todos los años deberán rotar por el servicio de microbiología del hospital J.B. Iturraspe para conocer técnicas básicas de bacteriología.

MÓDULO 13: SISTEMA URINARIO

- Temas: Hematuria, proteinuria, Sme nefrítico, Sme nefrótico, nefropatía por Ig A, nefropatías tubulointersticiales, infección urinaria, Reflujo, incontinencia, enuresis, vejiga neurogénica, litiasis, tumores renales, vasculitis, dilatación tracto urinaria, hipertensión arterial, insuficiencia renal aguda, insuficiencia renal crónica, anomalías del tracto genital (válvula uretral posterior, hidronefrosis, traumatismos, etc). Diálisis. indicaciones de trasplante.

MÓDULO 14: REUMATOLOGÍA - INMUNOLOGÍA

- Temas: sistema inmune, Artritis Reumatoidea Infantil, Lupus eritematoso sistémico, Kawasaki, Purpura Schonlein Henoch,

Takayasu, Sjogren, Poliarteritis nodosa y cutánea, hepatitis autoinmune. Uso de gammaglobulina, inmunodeficiencias primarias y secundarias. Uso de AINES e inmunomoduladores. Síndrome hemofagocítico.

MÓDULO 15: CARDIOLOGIA

- Temas: Ecocardiograma, ECG, Tele torax, Cardiopatías congénitas, insuficiencia cardíaca, soplos, síncope, taquicardias, trastornos del ritmo cardíaco, endocarditis, cardiopatía reumática, miocardiopatías, pericarditis, HTA.

MÓDULO 16: GINECOLOGIA

- Temas: Vulvovaginitis, poliquistosis ovárica, trastornos menstruales, ginecorragia, consejería - anticoncepción. Patología mamaria. Adolescencia. Embarazo adolescente. Aborto. Tumores más frecuentes.

MÓDULO 17: ENDOCRINOLOGÍA

- Temas: diabetes, diabetes insípida, cetoacidosis diabética, trastorno desarrollo puberal, hipotiroidismo, hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal, hipopituitarismo.

MÓDULO 18: NEUROLOGIA

- Temas: mielomeningocele, microcefalia, hidrocefalia, epilepsia, trastorno convulsivo, meningoencefalitis, cefalea, ataxia, parálisis cerebral, trastorno paroxísticos, trastornos neurodegenerativos, miastenia, Guillain Barré, Parálisis de Bell, lactante hipotónico, miopatías, tics, mareos, vértigo, apneas centrales, hipertensión endocraneana, malformaciones craneales, tumores.

MÓDULO 19: OFTALMOLOGIA

- Temas: Glaucoma, Traumatismo, Estrabismo, Catarata congénita, Neuroblastoma. Agudeza visual, fondo de ojo. Alteraciones de la refracción. Orzuelo y chalazión. Retinopatía del prematuro.

MÓDULO 20: ORL

-
- Temas: Hipoacusia, Cuerpo extraño, Epistaxis, Hipertrofia adenoide, Hipertrofia amigdalina, Faringitis, SAOS. OMA, otitis externas, sinusitis, laringitis, faringitis.
Otoemisiones acústicas, BERA, audiometría.

MÓDULO 21: DERMATOLOGÍA:

- Temas: dermatosis neonatales: mancha mongólica, mancha salmón, milia, , perlas de epstein, sudamina, eritema neonatal, melanosis pustular transitoria neonatal, acné neonatal, cefalohematoma, caput succedaneum, dermatitis seborreica, aplasia cutis, sífilis congénita, granuloma del cordón.

Exantemáticas: exantemas bacterianos (escarlatina, síndrome estafilocócico de la piel escaldada), exantemas virales (sarampión, rubéola, quinta enfermedad, sexta enfermedad, enfermedad mano-pie-boca, varicela, mononucleosis infecciosa, síndrome de Gianotti-Crosti), impétigo, foliculitis/forunculosis, celulitis, sífilis, molusco contagioso, verrugas, herpes (simple tipo 1/zóster), tiña corporal, tiña crural, tiña de la cabeza, tiña de la cabeza, querion de Celso, alopecia areata, tricotilomanía, pitiriasis versicolor, escabiosis, pediculosis, larva migrans, miasis, dermatitis atópica, del área del pañal, de contacto/irritativa, pitiriasis alba, dishidrosis, prurigo, estomatitis aftosa recurrente, muguet, vulvovaginitis, fusión de labios menores,

129

dermatosis del prepucio, balanopostitis, verrugas ano-genitales, fisuras anales. Onicomycosis, traumatismos ungueales, eritema nudoso, pitiriasis rosada de Gilbert, psoriasis, pénfigo ampolloso, urticaria aguda y crónica, síndrome de Steven-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, síndrome DRESS, tumores vasculares (hemangiomas congénitos e infantiles, hemangioendoteliooma kaposiforme), nevos, neurofibromatosis, histiocitosis, vitiligo, acné, estrías, acantosis nigricans.

MÓDULO 22: TRAUMATOLOGÍA

-
- Temas: Variaciones normales, displasia congénita de cadera, escoliosis, Enfermedad de Phertes, osteomielitis, artritis, epifisiolisis, miembro fantasma, fracturas y luxaciones más frecuentes según edad. Acondroplasia. Osteogénesis imperfecta.

MÓDULO 24: CIRUGÍA

- Temas: suturas, biopsias, curaciones, punciones pleurales, punciones abdominales, drenajes pleurales y ostomías.

Fimosis, hipospadias, escroto agudo, criptorquidia, hernia inguinal. Síndrome pilórico, apendicitis, invaginación intestinal, masas abdominales, megacolon, atresia esofágica, duplicaciones intestinales, atresia anal.

Anestesia. Recuperación.

MÓDULO 25: SALUD MENTAL-PSIQUIATRÍA:

- Temas: excitación psicomotriz, consumo de sustancias lícitas e ilícitas, suicidio infantil/adolescente, trastornos de la alimentación, bullying, grooming, aborto, maltrato infantil, ASI, trastornos de la conducta, signos de alerta para la detección de psicosis. Trastornos de ansiedad. Trastorno generalizado del desarrollo y psicosis infantiles (autismo, asperger, esquizofrenia, psicosis asociada a epilepsias, alucinaciones agudas).

MÓDULO 26: GENÉTICA:

- Temas: generalidades, asesoría genética, trisomía 21 (síndrome de Down), síndrome de Turner, telangiectasia hemorrágica hereditaria (Rendú-OslerWeber), Neurofibromatosis, Silver-Russell, síndrome de Noonan, GigantismoAcromegalia, síndrome Beckwith-Wiedemann, síndrome de Marfan, Prader-Willi, Craneosinostosis, Labio leporino, Klippel-Feil, Kartagener, Alagille, Prune-Belly, Potter, Ehlers-Danlos,

Duchenne, Miastenia gravis, Moebius,
Holoprosencefalia, Acondroplasia,
Osteogénesis imperfecta,
Mucopolisacaridosis, Fanconi, Edwards, Patau, síndrome XXY, síndrome cromosoma X frágil, síndrome alcohólico fetal, síndrome Mccune-Albright.

IX – SISTEMA DE EVALUACIÓN.

La evaluación constará de 3 (tres) exámenes parciales escritos (modalidad múltiple Choice), teórico-prácticos, durante los meses de enero, mayo y septiembre que serán evaluados por Jefe de residentes y el Instructor de Residentes; y 1 (uno) examen teórico-oral al finalizar el ciclo lectivo y serán evaluados por el Jefe de Servicio y los Médicos de Planta. Deberán además acreditar examen quincenal de vacunas y crecimiento y desarrollo. El mismo será bajo la modalidad de múltiples choice. Presentarán casos clínicos de pacientes con patologías poco frecuentes o aquellas que presenten actualizaciones frecuentes con el fin de conocer cada modificación.

Se realizará evaluación, durante todo el ciclo lectivo, de prácticas especiales que son registradas en una planilla confeccionada a tal fin, siendo supervisados por residentes superiores, Jefe e Instructor de residentes y médicos responsables de los Servicios por los que puedan estar rotando en ese momento.

Los residentes deberán acreditar una asistencia mínima del 80% a todas las actividades teórico-prácticas y asistenciales previstas durante el ciclo lectivo y el 100% de las guardias programadas, debiendo recuperar las mismas en caso de inasistencia, siempre y cuando no sean por motivos médicos.

Se evaluarán también las aptitudes técnicas, laboriosidad, responsabilidad, aprovechamiento, iniciativa, relación médico-paciente y con inferiores y superiores; y el cumplimiento de actividades de investigación y estudio, presentación de clases teóricas, ateneos y casos clínicos. Se evaluará la acción de los residentes en consultorio externo,

centro de salud, internación y actividades durante las guardias, como así también a través de la auditoría de historias clínicas.

ANEXO III

ENTREVISTA FORMADORES HISTÓRICOS

- 1- ¿Cuándo surge la residencia de pediatría en la provincia de Santa Fe y con qué característica o modalidad? Cuáles fueron los principales cambios en la organización y perspectiva de trabajo que fueron sucediendo a la largo del tiempo
- 2- ¿En qué aspectos cree usted que se mejoró la atención hospitalaria luego de la implementación de la residencia?
- 3- En cuanto a la enseñanza del residente, cree que hubo cambios o adaptaciones a la época
- 4- Desde su punto de vista, cómo cree usted que se enseña hoy en día al médico en formación en pediatría
- 5- Desde el 2002 cambió la formación de grado en Medicina en Santa Fe, usted, nota cambios de los que ingresan en cuanto a los conocimientos que traen
- 6- Por último para ir cerrando a manera de reflexión: ¿qué fue lo que le dejó tantos años formando pediatras?

ANEXO IV

ENTREVISTA A JEFES E INSTRUCTORES DE RESIDENTES

1. ¿Cómo está organizada la formación del residente en Pediatría?
2. Del total de horas que el residente está en el hospital, ¿Podría relatarnos cómo se distribuyen las horas entre atención al público, formación e investigación?
3. ¿Qué temáticas específicas se abordan en los espacios de formación?
4. ¿Tienen definidas formas particulares de enseñanza para los residentes? ¿Cuáles son? ¿Podría describirnos las que se implementan con más frecuencia?
5. Desde el 2002 hubo una modificación importante del Plan de estudios de la Universidad del Litoral para la formación del médico en el grado. ¿Estima que hubo cambios en los graduados de esas nuevas cohortes? ¿Qué tipo de cambios pudo observar?
6. ¿Consideran que los egresados ingresan a la residencia con algún déficit o ausencias importantes en su formación? ¿Cuáles son a su criterio las ausencias más importantes?
7. En el plan de estudio de la formación del médico se plantea una concepción biopsico-social del paciente, ¿Cree que se debería profundizar más en algún aspecto no atendido en la actualidad?
8. Estas dimensiones están presentes en la formación del pediatra? ¿De qué modo están presentes?
9. En estos últimos años ¿se desarrollaron proyectos de investigación en donde participaron los residentes? ¿Cuáles fueron las temáticas de esos proyectos? ¿Hay reportes y/o publicaciones de dichos proyectos?

ANEXO V

ENTREVISTA A MÉDICOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA

- 1- ¿Cómo describiría la modalidad de enseñanza en su formación en el grado?
- 2- ¿Cómo describiría la modalidad de formación en el posgrado que actualmente realiza? ¿Qué fortalezas y debilidades tiene esta residencia según su consideración?
- 3- ¿Considera que existen similitudes o diferencias entre ambas modalidades de formación? ¿Podría nombrarlas?
- 4- ¿Cuáles son los temas o áreas que mayormente tienen relevancia durante el desarrollo de los contenidos académicos en la residencia?
- 5- ¿Cuáles son los temas o áreas que menor relevancia o tiempo dedicado tienen durante el desarrollo de los contenidos académicos en la residencia?
- 6- ¿Considera que se está teniendo una formación integral en los problemas de salud durante su formación de posgrado?