

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 541/MSGC/17**GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

Buenos Aires, 7 de diciembre de 2016

MOTIVO: Elevación del programa de la residencia postbásica interdisciplinaria en cuidados paliativos

DIRECCION GENERAL DE DOCENCIA INVESTIGACION Y DESARROLLO PROFESIONAL

Por medio de la presente, y en virtud de lo dispuesto por el Anexo I de la Resolución N° 987-MSGC-2014, respecto de las tareas encomendadas a la Coordinación General de Residencias y Concurrencias en las distintas especialidades a los profesionales del Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, elevo a vuestra consideración, el programa docente de la Residencia Postbásica Interdisciplinaria en Cuidados Paliativos, en mi carácter de Coordinador/a General de la misma.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. De Simone'.

Gustavo G. De Simone

FC 347648

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 541/MSGC/17 (continuación)



MINISTERIO DE SALUD

2016-Año del Bicentenario de la Declaración de Independencia de la República Argentina

PROGRAMA DOCENTE
RESIDENCIA POSBÁSICA INTERDISCIPLINARIA en
CUIDADOS PALIATIVOS

ANEXO

AÑO 2016

INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. FUNDAMENTACIÓN 2.1- Consideraciones generales sobre los programas de residencia/concurrencia del GCBA 2.2. Descripción de la población destinataria
3. PROPOSITOS GENERALES
4. PERFIL PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS 4.1 Áreas de competencia
5. ORGANIZACION GENERAL Y CONDICIONES MINIMAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA 5.1. Funciones docentes y de supervisión para el desarrollo del programa
6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACION
7. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR AÑO, SEGUN ÁMBITO DE DESEMPEÑO Y APRENDIZAJE. 7.1 Organización general de las actividades por áreas de formación 7.2. Objetivos, actividades, contenidos por año y por rotación
8. CONTENIDOS 8.1. Contenidos generales 8.2. Contenidos transversales 8.3. Contenidos específicos
9. SISTEMA DE EVALUACION
10. BIBLIOGRAFIA
11. APENDICE

1. INTRODUCCION

“Los Cuidados Paliativos consisten en la atención integral, individualizada y continuada de personas y sus familias con una enfermedad avanzada, progresiva o terminal, que tienen síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual, y alta necesidad y demanda de atención. Estas necesidades deben ser atendidas de manera competente, con los objetivos de mejora del confort y la calidad de vida, definida por enfermos y familias, y de acuerdo con sus valores, preferencias y creencias.”⁽¹⁾

La Residencia postbásica interdisciplinaria en Cuidados Paliativos (RPICP) fue creada por Decreto N° 193/2005 del Sr. Jefe de Gobierno de la CABA (Boletín 2137 25/FEB/2005) - ver anexo (i)-, iniciando el primer año de funcionamiento efectivo el día 1º de Junio de 2005.

La creación de la residencia se produce en función de las necesidades de la población con respecto al impacto en la calidad de vida que producen las enfermedades crónicas, avanzadas y progresivas, y particularmente el cuidado del final de la vida. El propósito es formar profesionales que alcancen competencias en cuidados paliativos, colaborando en la atención y resolución de los problemas de salud emergentes de esas situaciones, que afectan a la persona enferma y a la red familiar y comunitaria.

Esta residencia postbásica de dos años de duración está dirigida para profesionales con residencias básicas completas en clínica médica, medicina general y/o familiar, psiquiatría, clínica médica con orientación en oncología, geriatría, neurología, residencias completas en enfermería (enfermería clínica, enfermería en cuidados críticos y emergencias, enfermería general, integral y comunitaria), residencias completas del equipo de salud en psicología clínica, terapia ocupacional, servicio social o farmacia.

De acuerdo con las políticas desarrolladas, el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires definirá anualmente qué profesiones son llamadas a concurso y las vacantes ofrecidas cada año.

La Residencia tiene una coordinación general y dos sedes centrales en el Hospital “Dr Carlos Bonorino Udaondo” y el Hospital “Dr Enrique Tornú”, además de sedes de rotación (hospitales, CeSACs y otras)

La residencia constituye un proceso de formación médica continua y permanente que tiene como objetivo formar profesionales especialistas en cuidados paliativos de acuerdo al perfil definido por las necesidades del sistema sanitario, establecidas por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Por la posibilidad de práctica intensiva, gradual y supervisada, la RPICP es la instancia formativa esencial y privilegiada que permitirá formarse en la especialidad.

2. FUNDAMENTACION

Según la OPS/OMS, las enfermedades no transmisibles son la mayor causa de muerte y discapacidad en el mundo. Este panorama corresponde a la transición epidemiológica del aumento de la esperanza de vida, un fenómeno propio de los países donde mejora el nivel de vida y las enfermedades crónicas empiezan a tener mayor peso que las transmisibles.

Dos de cada tres personas morirán a causa de una o varias enfermedades crónicas progresivas, tras un proceso evolutivo con crisis, alta necesidad y demanda de atención, frecuentes decisiones de carácter ético clínico y elevado uso de los servicios sanitarios y sociales ² (fig 1).

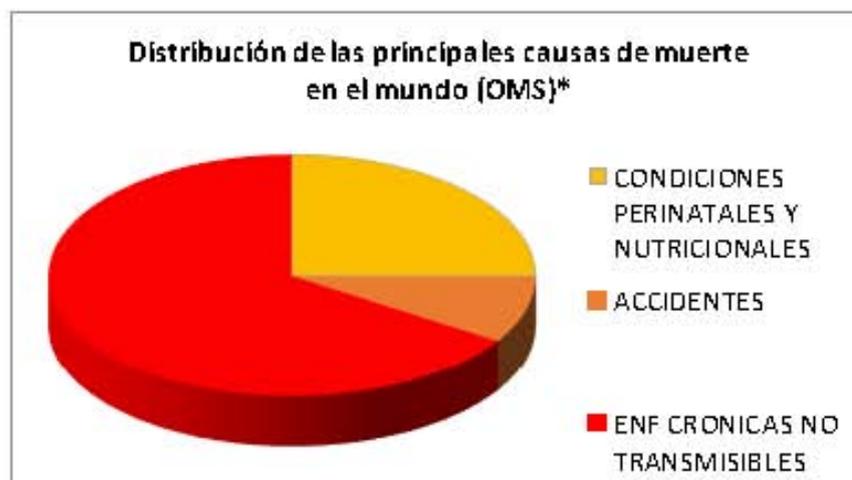


Figura 1: *datos OMS²³ sobre 54.591.143 óbitos en el año 2011

Por este motivo, la OPS/OMS instó a los países a diseñar y establecer estrategias adecuadas para hacer frente a la cronicidad reorientando sus sistemas de atención sanitaria. A partir de 2014 se delinearon las acciones a seguir para el fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida ².

Los Cuidados Paliativos nacieron en el Reino Unido con denominación original de "Hospices" en la década de 1960, y propusieron un modelo de atención, servicios, organización, y programas públicos que se adaptaron a las características culturales y propias de cada sistema de salud – ver anexo (ii).

Aun así, el desarrollo de los cuidados paliativos en la mayoría de los países están centrados en atender a enfermos de cáncer, en fases muy avanzadas, durante pocos meses, en servicios específicos, con criterios de acceso frecuentemente basados en el pronóstico, y modelos de intervención «dicotómicos», con escasa interacción entre servicios, y modelos de organización basados en intervenciones urgentes, muy fragmentados y generalmente «reactivos» a las crisis de necesidades. (Fig 2)

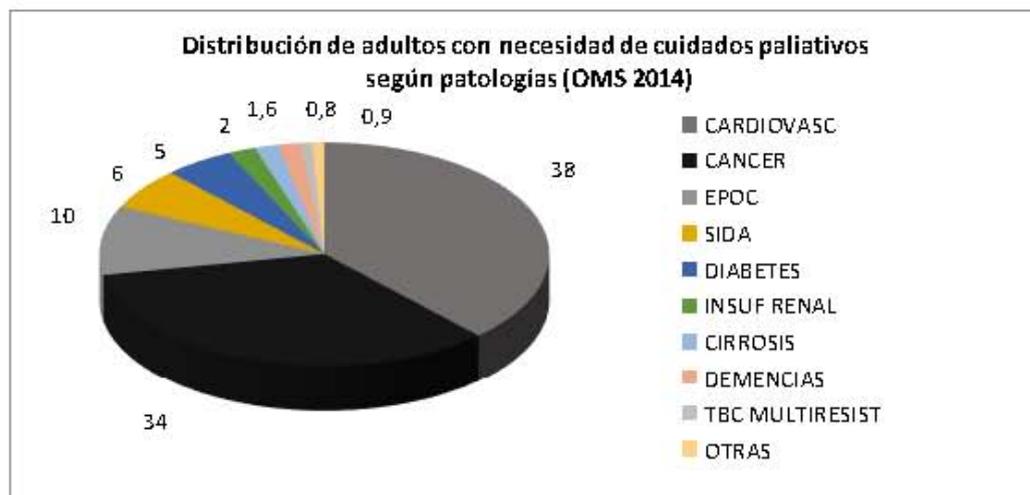


Figura 2: *datos globales OMS⁽²⁾ sobre causas de óbitos en adultos, año 2011

Por esta razón se prefiere, en la actualidad, el término «Atención Paliativa» (o «Palliative Approach» en la terminología anglosajona), que se aplica para personas con enfermedades crónicas avanzadas y sus familias, como el más apropiado, para describir el conjunto de medidas orientadas a mejorar la calidad de vida en estos pacientes, de manera precoz. Es un concepto complementario del de «Cuidados Paliativos», que se identifica más con los servicios específicos, los cuales constituyen el motor indispensable e insustituible para generar esta transición de conceptos y de gestión. La aportación de la experiencia de los servicios de cuidados paliativos es una necesidad que debe ser compartida con otros sectores sanitarios y sociales, particularmente APS y hogares geriátricos, y con criterios de Salud Pública⁽³⁾.

En nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación publicó las Directrices de Organización y Funcionamiento de Cuidados Paliativos con el consenso de las sociedades científicas y organizaciones líderes (Resolución MSN N° 357/2016) y la Ley de Derechos de los Pacientes (conocida vulgarmente como "ley de muerte digna") así como la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires garantizan la asistencia de esta categoría de pacientes.

Diferentes países de los distintos continentes han reconocido la especialidad de Medicina Paliativa, y desarrollado el marco de referencia para la misma. En el año 2010, un comité de expertos de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) publicó un documento titulado "Recomendaciones de la EAPC para el Desarrollo de la Especialidad en Medicina Paliativa"⁽⁴⁾, considerado en los diferentes países como el informe de referencia. Esa misma entidad publicó el consenso sobre las competencias en cuidados paliativos de las diferentes profesiones de la salud⁽⁵⁾.

En Argentina, el Colegio Médico de Santa Fe circunscripción 2 (Rosario) reconoció la especialidad de cuidados paliativos en junio del 2006, mientras que el Ministerio de Salud de la Nación reconoció especialidad de cuidados paliativos en enfermería en el año 2008 (comisión de atención de la salud acta N° 1/2008) y la especialidad Medicina Paliativa según resolución N° 1814/2015.

El Atlas Latinoamericano de cuidados paliativos identifica a la Argentina como uno de los tres países con mayor desarrollo de esta disciplina en el continente⁽⁶⁾. En la Ciudad Autónoma existen equipos consolidados en asistencia, docencia e investigación: el Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos del Hospital Udaondo, en

vínculo con la asociación Pallium Latinoamérica, y el Programa Tornú - FEMEBA, además de los equipos de hospitales universitarios (Lanari, Roffo) y el desarrollo progresivo en APS con apoyo matricial de esos equipos.

Mapa de servicios de cuidados paliativos en América Latina*

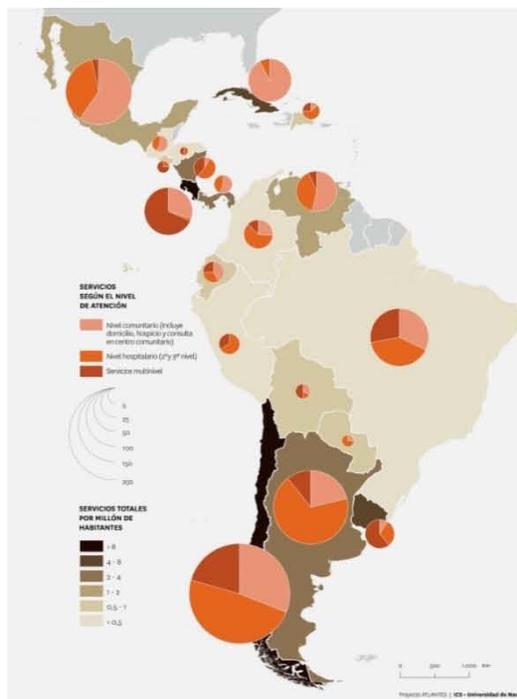


Figura 3: *mapa de servicios de cuidados paliativos en América Latina - Atlas 2012⁽⁶⁾

Acerca de la interdisciplinariedad

Los cuidados paliativos son por naturaleza interdisciplinarios, y así lo señalan las entidades líderes de opinión mundial. Pero es sabido que no todo conjunto de miradas disciplinares conforman una perspectiva interdisciplinaria. Cuando no se plantea un marco teórico común ni un espacio de prácticas compartidas que haga posible algún tipo de integración, se trata de una mera yuxtaposición de disciplinas, debiendo reservarse entonces el término de multidisciplinaria.

La perspectiva interdisciplinaria excede la sumatoria de miradas disciplinares parciales para avanzar en un nuevo modo de construir el objeto, pues no supone el borrado de las especificidades disciplinares y sus incumbencias sino, por el contrario, el reconocimiento de las múltiples dimensiones implicadas en los distintos momentos del proceso de atención.

Tal como sostiene Rolando García, “la interdisciplina supone que los miembros del equipo tengan la capacidad de descentración necesaria para:

- a) Comprender y apreciar los problemas planteados a su propio dominio desde los otros dominios;
- b) Percibir aquellos problemas de su dominio que se prolongan en los otros...”⁽⁷⁾.

Este enfoque permite vincular la problemática del padecimiento mental a los determinantes sociales implicados e imbricados en su producción.

La interdisciplina es un proceso de construcción relacional entre actores institucionales, quienes más allá de su disciplina habitan un espacio sin fronteras precisas. La construcción de un espacio de conocimiento que expande las fronteras de lo disciplinario surge de un intenso proceso de interpelación entre disciplinas particulares que problematizan su objeto (por medio de interrogaciones o cuestionamientos recíprocos) y, al mismo tiempo, permiten revisar los propios supuestos teóricos y metodológicos en los que se basa la perspectiva de cada especialización profesional.

Por ello, cuando un equipo de trabajo conformado por disciplinas distintas se plantea una tarea compartida para dar respuesta a problemas comunes no está exenta de conflictos que deben ser reconocidos como parte inherente del proceso de integración. Dice Rolando García: "La integración debe realizarse no sólo a nivel de las disciplinas sino entre los miembros del equipo, porque el saber no basta para saber hacer. La interdisciplina se relaciona con aperturas conceptuales y perceptivas relacionadas con vínculos y emociones más que con voluntades. Se juegan en ello no sólo identidades profesionales sino también personales" ⁽⁷⁾

Un concepto central que ha alentado aún más el enfoque interdisciplinario es el problema o la situación problema. El problema es un aspecto de la realidad que no se agota ni se explica por una sola mirada disciplinar (que, habitualmente, destaca una dimensión por sobre las restantes. Ej.: biológica, social, psicológica, cultural, política) y cuyo abordaje requiere una modalidad original de trabajar entre las disciplinas.

Con el objetivo de afrontar tales problemas (difícilmente encasillables como objetos puros del conocimiento ya que suelen presentarse como demandas complejas e inarticuladas) se desarrollan prácticas sustentadas en enfoques ideológicos, científicos y técnicos de muy diverso orden, y a menudo atravesadas por contradicciones que es menester superar para otorgarle mayor coherencia y eficacia a las acciones.

En el ámbito de los servicios, los equipos interdisciplinarios de atención se constituyen a través de la identidad profesional mucho más que por la identidad científica y/o disciplinaria que fundamenta dicho accionar profesional, lo cual refleja un deslizamiento del campo científico y/o metodológico al campo de las prácticas institucionales ⁽⁸⁾.

A partir de este marco referencial deben incorporarse a la RPICP los siguientes lineamientos orientadores de la formación:

- a) El aprendizaje de lo interdisciplinario se realiza no desde una perspectiva meramente investigativa sino a través de prácticas que se realizan para afrontar problemas comunes que afectan el desempeño de los servicios.
- b) Dicho aprendizaje, en el cual debe conjugarse lo teórico y lo práctico, se realiza a partir de una base cualitativamente distinta sustentada en la formación diferencial que porta cada uno de los miembros del equipo profesional.
- c) Lo anterior no obstaculiza a que la carga horaria sea en una importante proporción volcada al aprendizaje de contenidos comunes a todas las disciplinas (ej.: marco normativo, cuidado de cuidadores, identificación de necesidades de la unidad de tratamiento) pero que reserven también un número de horas para efectuar la necesaria supervisión de aquellos aspectos que remiten a la especificidad (e incumbencias) propias de cada profesión.
- d) Se infiere, a partir de lo anterior, que deben plantearse espacios comunes de formación y espacios específicos para cada disciplina pero que ello no debe obstaculizar nunca la finalidad última de promover la integración en la práctica del equipo interdisciplinario de cuidados paliativos.

e) La integración en el plano de las prácticas es condición para pensar en una mayor integración en el plano teórico y científico, mediante la producción de un conocimiento emergente de carácter interdisciplinario que trasciende la mera sumatoria de los conocimientos disciplinares.

El sistema de salud y los programas educativos en temas socio-sanitarios encuentran en esta Residencia una posibilidad de mayor crecimiento y madurez, a fin de implementar decisiones políticas y clínicas más eficientes en relación con el área de las enfermedades potencialmente incurables o terminales, que complementen los avances consolidados en otras especialidades y disciplinas ⁽⁹⁾.

2.1- Consideraciones generales sobre los programas de residencia del GCBA

El sistema de Residencia del GCABA

Las Residencias del Equipo de Salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de postgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar para el ámbito intra y extra hospitalario un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad.

Las Residencias en su conjunto, se incorporan al Sistema de Atención de la Salud dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y se desarrollan con la activa participación de todos sus integrantes en la programación, ejecución y evaluación de las mismas (Ordenanza 40997/86).

Las residencias, como integrantes del Sistema de atención de la Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma, ajustarán sus programas en acuerdo con las pautas establecidas por la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma (Ley 153, art 3) y su modificatoria.

Según dicha ley, la garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

- ✓ La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
- ✓ El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
- ✓ La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.
- ✓ La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.
- ✓ La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel.
- ✓ El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.

El Programa por especialidad

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

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

El concepto de “red” relativiza a los distintos ámbitos como unidades autosuficientes de formación transformándolos en recursos complementarios.

Se busca romper con el aislamiento de los servicios y se fortalece la COORDINACIÓN generando INTERRELACIÓN y RECIPROCIDAD y el reconocimiento de la riqueza de la diversidad para promover la calidad de los programas de formación.

Desde esta perspectiva, cobra especial dimensión el esfuerzo conjunto de articulación y concertación de las actividades de formación entre los responsables de la Residencia, la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional; los coordinadores generales, los jefes de servicios; los coordinadores locales de programas y de las rotaciones, jefes instructores de residentes, para aprovechar las mejores capacidades formativas de cada ámbito.

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

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

2.2. Descripción de la población destinataria

Se desprende de los índices de mortalidad que en Argentina dos terceras partes de la población padece y muere por enfermedades crónicas avanzadas (oncológicas y no oncológicas).

Una publicación reciente identificó y caracterizó en una población accesible de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la proporción de pacientes crónicos con necesidades de atención paliativa, identificados con un instrumento validado que se denomina “instrumento NECPAL CCOMS-ICO®”⁽³⁻¹⁰⁻¹¹⁾. Se relevaron los hospitales generales de la entonces denominada Región Sanitaria 2¹: (Piñero, Álvarez y Santojanni) y sus áreas programáticas, en la Región Sanitaria 1 se incorporó al hospital Udaondo de Gastroenterología. Se identificó que 30% de los pacientes presentaba enfermedades crónicas avanzadas; el 72.1% de esos pacientes presentaban fase avanzada de su dolencia, y más del 98% tenían alto índice de

¹ La Organización por Regiones Sanitarias quedó sin efecto a partir de la Modificatoria de la Ley 153, Ley N° 5.462, vigente a partir de enero 2016

comorbilidad. Se registró la demanda (31.4%) y necesidad (52.7%) de atención paliativa. Se describieron indicadores específicos de fragilidad, progresión y gravedad según enfermedad crónica. El principal hallazgo fue identificar, con un instrumento no basado en la mortalidad, que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, uno de cada tres pacientes con enfermedades crónicas podría morir en el próximo año y tenía necesidades de atención paliativa.

En nuestro país, la tasa de mortalidad bruta por tumores es de 162/100.000 hab. para varones y 138 / 100.000 hab. para mujeres. Existen además *mareas crecientes* de otros estados patológicos irreversibles: SIDA, enfermedades de la edad avanzada, ciertas enfermedades neuromusculares, demencias progresivas y otras insuficiencias orgánicas crónicas. Las cifras sobre causas de mortalidad en la Argentina publicadas por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) señalan entre las causas frecuentes de muerte en adultos a patologías crónicas como las neoplasias y las enfermedades cerebrovasculares ⁽¹¹⁻¹²⁾.

Ocho de cada diez personas enfermas en etapa terminal padecen dolor, la mayoría de ellos con intensidad severa o insoportable. El dolor y otros síntomas discapacitantes (insomnio, falta de apetito, ansiedad,...) impactan negativamente sobre la calidad de vida del enfermo y también la de su grupo familiar ⁽¹¹⁾

Las estadísticas señalan además el bajo consumo de analgésicos en la región, parámetro que indirectamente refleja la escasa atención de las políticas de educación y salud para responder las necesidades de la población con enfermedad en etapa avanzada e incurable ⁽¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁾ - ver Fig. 4. Investigaciones realizadas en Argentina demuestra que las múltiples necesidades de la persona enferma en etapa avanzada y progresiva no son apropiadamente evaluadas ni globalmente satisfechas por los profesionales de la salud ⁽¹¹⁾.

Fig. 4 Atlas de cuidados paliativos en América Latina: Argentina

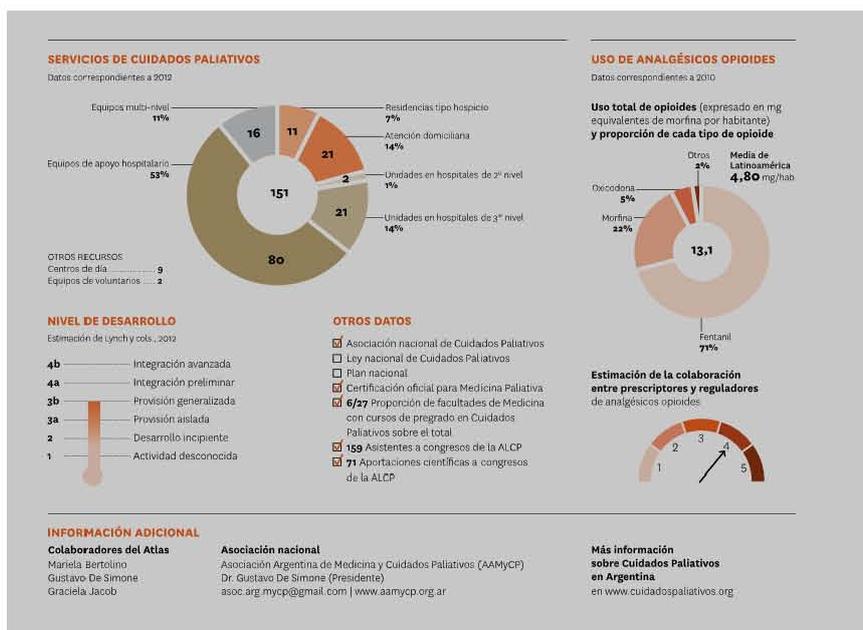


Fig. 4: tomada del Atlas de Cuidados Paliativos en América Latina (2012)

Es frecuente la dificultad de adaptación de los familiares de enfermos en fase terminal o potencialmente incurables: aparecen en el 50% de ellos trastornos afectivos o de conducta, a veces con implicancia social (ausencias laborales, abandono de tareas o estudios y otros trastornos). El riesgo de enfermar gravemente en los dos años posteriores al fallecimiento de un ser querido es tres veces mayor para aquellos familiares que no han podido adaptarse a los cuidados de un paciente gravemente enfermo; los sistemas de salud aún no están capacitados en la modalidad de cuidados domiciliarios, ni los profesionales adecuadamente entrenados.⁽¹⁶⁾

Por ello el cuidado apropiado de la persona crónicamente enferma debe extenderse al cuidado de la familia, tanto durante el proceso de enfermedad como en el periodo de duelo. Este cuidado inclusivo incrementa cuantitativamente la población beneficiaria de los programas de cuidados paliativos.

3. PROPOSITOS GENERALES

El desarrollo del programa deberá:

- Promover una formación que integre la perspectiva clínica, institucional y comunitaria de las problemáticas de salud de la población de referencia del sistema de salud de la Ciudad Autónoma.
- Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente los diferentes dispositivos y recursos que el sistema de salud dispone.
- Brindar las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles.
- Estimular las capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la Residencia y con otras Residencias.
- Reflexionar acerca del contexto histórico e institucional de las prácticas de salud.
- Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.
- Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica.
- Formar profesionales responsables desde el punto de vista científico, ético y social.
- Formar recursos humanos flexibles, con amplitud de criterio, creativos, generadores de espacios de trabajo que permitan el desarrollo y crecimiento de la especialidad.
- Promover la implementación de un sistema de gestión de calidad acorde a las necesidades de su ámbito de desempeño.
- Fomentar la docencia e investigación en el contexto de la especialidad y orientar en el ejercicio de la práctica médica dentro de las normas éticas que la profesión impone.
- Propiciar la Integración de una perspectiva clínica, institucional y comunitaria de la problemática de atención paliativa.
- Promover una formación que capacite en el ejercicio del pensamiento crítico, para intervenir en los distintos niveles de complejidad del sector salud.
- Promover una formación que facilite la identificación y resolución de las necesidades de los pacientes y familias con enfermedades avanzadas y progresivas que amenazan la vida.
- Priorizar un modo operativo en diálogo continuo y coordinado con el nivel de la APS

4. PERFIL PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA EN CUIDADOS PALIATIVOS

El/la especialista en cuidados paliativos es el/la profesional que asiste las necesidades múltiples de las personas con patologías crónicas en fase avanzada y de los familiares durante el transcurso de la enfermedad crónica y en el periodo de duelo, e interviene en la atención paliativa de las personas en su comunidad, promoviendo el abordaje interdisciplinario y la articulación intersectorial para su inclusión social.

El desarrollo de su actividad profesional se sostiene en los constituyentes esenciales de los cuidados paliativos: autonomía del paciente, dignidad de la persona, vínculo empático, calidad de vida, posicionamiento personal acerca de la vida y la muerte, comunicación asertiva, educación pública, abordaje multiprofesional y reconocimiento del duelo ⁽¹⁷⁾. Las actividades se fundamentan en la argumentación ética y la implementación de los conocimientos y técnicas avaladas por la comunidad científica.

Además participa en los procesos de educación permanente, investigación, supervisión, evaluación y revisión crítica de las prácticas en los ámbitos de desempeño del equipo.

Al mismo tiempo, gestiona el trabajo del equipo interdisciplinario en cuidados paliativos, en el sistema de salud, participa de investigaciones y construye conocimiento sobre su propia práctica en un proceso de aprendizaje permanente.

4.1. Áreas de competencia

1. Asistir las necesidades múltiples de las personas con patologías crónicas en fase avanzada y de los familiares durante el transcurso de la enfermedad crónica y en el periodo de duelo, considerando la dimensión científica, técnica y ética del cuidado
 - Identificar el motivo de consulta, necesidades y demandas de la unidad de tratamiento (paciente y la familia)
 - Relevar la historia clínica
 - Reconocer la/s enfermedad/es crónica/s subyacente/s, la etapa evolutiva y pronóstico
 - Identificar los aspectos éticos
 - Implementar estrategia terapéutica
 - Monitorear y registrar la evolución clínica
2. Intervenir en la atención paliativa de las personas en su comunidad, promoviendo el abordaje interdisciplinario y la articulación intersectorial para su inclusión social
 - Definir los criterios del proceso de admisión de las personas que consultan en forma ambulatoria tanto sea para un CAPS como un consultorio externo hospitalario
 - Diseñar e implementar las estrategias de abordaje ambulatorio y/o domiciliario
 - Recepcionar y dar respuesta al pedido de interconsulta de diferentes servicios y/o especialidades
 - Implementar el proceso de internación / externación de las personas cuyo padecimiento lo requiera
 - Intervenir en la urgencia en diferentes escenarios y situaciones (servicio de guardia, urgencia en sala/consultorio/CAPS/domicilios)

- Implementar acciones de atención, rehabilitación y con inclusión social en unidades y/o dispositivos sociosanitarios para la inclusión social y la educación
3. Gestionar el proceso del trabajo teniendo en cuenta la organización y estructura sanitaria en la que participa con el fin de optimizar la calidad de atención teniendo en cuenta los aspectos éticos y legales.
 - Conocer, aplicar y evaluar herramientas básicas para la gestión en salud.
 - Gestionar las modalidades de intervención en cuidados paliativos
 - Planificar la agenda de actividades en función de las características de su ámbito de desempeño clínicas
 - Registrar y auditar las prácticas clínicas
 - Evaluar el proceso de gestión para mejorar las acciones futuras
 4. Gestar y participar en actividades de autoconocimiento y cuidado del equipo de salud para una mejor atención del paciente y la familia.
 - Ejercitar el autoconocimiento, siendo consciente de las propias fortalezas y debilidades personales, las creencias morales y espirituales.
 - Implementar el cuidado de los profesionales y no profesionales que asisten enfermos en el final de la vida.
 5. Participar en actividades de educación permanente, docencia e investigación para contribuir a la producción y difusión de nuevos conocimientos.
 - Analizar críticamente y comunicar los resultados de la práctica profesional.
 - Participar en acciones de educación permanente e investigación.
 - Desarrollar tareas docentes en su ámbito de desempeño.

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

Según lo establece la ORDENANZA N° 40.997/85 (G.C.B.A.) referida al Sistema de Residencias del Equipo de Salud en su Art 2º, las residencias del equipo de Salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de postgrado a tiempo completo, con actividad asistencial programada y supervisada, tendiente a incorporar a todos los profesionales del área de la salud con el objetivo a formar en el ámbito intra y extra – hospitalario, un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad.

Las residencias en su conjunto se incorporan al sistema de salud del GCABA, que se desarrollarán con la activa participación de sus integrantes en la programación, ejecución y evaluación de las mismas. El programa de residencias se desarrolla en todo el sistema de salud, ya sea hospitalario en las áreas de urgencia, internación y consultorio externo, o extramural en los centros de salud y atención comunitaria y en domicilio en el marco de la estrategia de la atención primaria de la salud, destacando los aspectos de prevención y promoción de la salud y rehabilitación.

A) Requisitos de ingreso:

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

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

B) Documentación necesaria:

Para Residencias posbásicas: al momento de inscribirse, sólo deben presentar el D.N.I., título o fotocopia de título legalizada, y original y copia del certificado de la residencia completa o de los dos años requeridos, según sea el caso.

El sistema de ingreso en este caso tiene dos instancias:

1. La aprobación de un mínimo establecido del examen de selección múltiple.
2. Evaluación de antecedentes para aquellos que hayan aprobado la primera etapa.

Requisitos específicos para postulantes extranjeros recibidos fuera de nuestro país:

- Título original o copia autenticada por notario público, y legalizado por autoridades consulares de Argentina en el país de origen.
- Pasaporte en regla.
- Para poder tomar una vacante de residencia además deberán realizar los trámites de reválida y convalidación de título profesional, en los Ministerios de Salud y Educación de la República Argentina. Dicho trámite debe cumplirse a los efectos de obtener la matrícula nacional habilitante, que le permitirá trabajar en el país. Sin esa matrícula, no se puede tomar vacante de residencia en el acto de adjudicación y /o readjudicación en el sistema de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

C) Requisitos de certificación de los aspirantes:

Residencia básica completa en:

Clínica médica, medicina general y/o familiar y psiquiatría.

Residencia completa en clínica Médica con orientación en oncología, geriatría y neurología.

Residencias completa en enfermería (enfermería clínica, enfermería en cuidados críticos y emergencias, enfermería general integral y comunitaria).

Residencia completa del equipo de salud en psicología clínica, terapia ocupacional, servicio social o farmacia.

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

La duración de la residencia posbásica es de 2 años y con dedicación exclusiva.

El/la residente no realizará guardias activas de manera sistematizada, pero sí participará en la provisión de guardias pasivas (telefónicas y/o vía internet), en circunstancias excepcionales relacionadas con las necesidades de atención paliativa de los/las pacientes y/o familiares, según necesidades, deberá tener presencia activa fuera del horario habitual de su programa formativo.

Condiciones mínimas que debe reunir una sede para recibir residentes.

Las sedes base deberán contar con:

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

Requisitos para constituir sedes de rotaciones:

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

La sede deberá contar con los siguientes requisitos:

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

5.1. Funciones docentes y de supervisión para el desarrollo del programa en cada sede

La residencia es un sistema de formación en servicio que cobra sentido cuando se articula una sólida cadena de supervisiones la cual se extiende desde la coordinación general de la residencia hacia el interior de la misma.

La supervisión es el sistema que integra la evaluación al proceso de capacitación, no se limita a controlar la eficacia de las acciones de los/as residentes sino que es una instancia más para el aprendizaje. Es deseable que la supervisión se convierta en un medio para la formación que incluya, pero que también supere, el control de la tarea.

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

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

La Autoridad de aplicación designará a la **Coordinación General de la Residencia, por resolución**. Será la responsable de la planificación, ejecución y evaluación del programa docente de la Residencia. Estará constituida por un/a profesional o un equipo de profesionales que acrediten formación en el área de desempeño con responsabilidad en la gestión de la Residencia y en el Programa Docente de las Residencias emanado por la Autoridad de aplicación del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Funciones de la Coordinación General de Residencia²:

- Elaborar el Programa Docente General de la Residencia.
- Actualizar periódicamente el Programa Docente General de la Residencia.
- Evaluar y monitorear la implementación del Programa Docente General de la Residencia.
- Colaborar en el desarrollo de los procesos formativos y la capacitación en servicio.
- Recabar información sobre las sedes de la Residencia; y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Asesorar en la selección de los ámbitos de rotación y el monitoreo de su capacidad formadora.
- Coordinar la organización de la capacitación en red, supervisando la coherencia entre los proyectos locales y el programa central, articulando los proyectos de las distintas sedes y facilitando su intercambio.
- Fomentar el vínculo institucional entre la Residencia, las Direcciones del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma, los Programas de Salud y la Dirección de Capacitación y Docencia.
- Propiciar la articulación entre la Dirección de Capacitación y Docencia, Comités de Docencia e Investigación, Jefes de Servicios Hospitalarios, Áreas Programáticas y Centros de Salud,
- Coordinadores de Programas locales, Jefes y/o Instructores de Residentes, Residentes.
- Participar en el proceso de selección para el ingreso a la Residencia acorde a la normativa vigente a través de: elaboración del examen, orientación a aspirantes, toma, resolución de apelaciones y análisis de los resultados del examen.

² Resolución 987-MSGC-14

- Diseñar, gestionar la puesta en marcha y analizar el sistema de evaluación del desempeño de los Residentes. Constituir una instancia de mediación en caso de conflicto entre las partes citadas.
- Favorecer el desarrollo de experiencias de formación entre las diversas Residencias del Sistema de Salud.
- Participar en las actividades formativas o de intercambio y actualización que la Dirección de Capacitación y Docencia organice.
- Tender a la capacitación y actualización periódicas en temáticas inherentes al campo profesional, a la gestión en salud y a la función de coordinación

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

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

Es de esperar que esta figura:

- Colabore en la elaboración del proyecto local siguiendo los lineamientos del programa general.
- Supervise la implementación del proyecto local.
- Organice actividades de capacitación
- Participe en la evaluación de desempeño de los residentes.
- Coordine a través de reuniones periódicas con la residencia, la organización de las actividades docentes, asistenciales y otras de interés para el desarrollo del programa.
- Vincule acciones intra y extra institucionales optimizando la capacitación.
- Mantenga comunicación fluida con la coordinación general de la residencia.

Funciones del Jefe de residentes:

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

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

Son funciones del/la Jefe/a de Residentes:

- Asumir la responsabilidad de la conducción del grupo de Residentes
- Actuar de acuerdo con la coordinación de programa y jefes/as de servicio, en la supervisión y control de las actividades, como asimismo con jefes/as de residentes de otras especialidades y profesiones.
- Desempeñarse como un referente en lo personal y profesional hacia los/as residentes.

- Organizar y coordinar las actividades científicas, académicas y asistenciales de la residencia dentro de los programas preestablecidos, supervisando la tarea.
- Insertar en la práctica diaria dichas actividades en consenso con el/la jefe/a de Servicio.
- Incentivar la participación de los/as residentes en las actividades académicas y científicas preestablecidas.
- Promover la inserción de la Residencia en actividades interdisciplinarias.
- Interesarse por las necesidades y sugerencias del grupo de residentes para poder tomar decisiones ecuanímes.
- Evaluar periódicamente a los/as residentes desde el punto de vista profesional, personal y ético.

Funciones del Instructor de residentes:

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

Habiendo jefe/a de residentes, sus funciones serán:

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

6. ESTRATEGIAS PARA LA CAPACITACIÓN

El componente central en la formación en servicio en cuidados paliativos es la práctica hospitalaria, domiciliaria y docente con el criterio de la enseñanza y el aprendizaje experiencial que permite:

- Fijar los conocimientos adquiridos e incrementar las habilidades
- Monitorear el proceso de aprendizaje
- Identificar las necesidades profesionales individuales de cada cursante
- Consolidar la actitud de escucha activa y comprensión empática
- Promover un estilo de comunicación apropiado con los pacientes, sus familiares y otros profesionales

El aprendizaje experiencial permite el autoconocimiento y autorreflexión y fomenta el trabajo en equipo en sus diversos modos: experiencia de aprendizaje colaborativo (cualquier trabajo o problema se experimenta y resuelve en grupo), docencia en equipo (enseñanza con dos, tres o más profesores) y resolución de problemas en grupo (ej. resolver casos juntos).

El programa incluye un diseño en dos direcciones complementarias: **horizontal acumulativo** y **longitudinal integrador**

- La dirección horizontal facilita el incremento progresivo de conocimientos según temas, y está compuesta fundamentalmente por material de estudio, clases teóricas y discusión de casos
- La dirección longitudinal facilita la consolidación de habilidades en el proceso de toma de decisiones y modificación de actitudes, y está conformada fundamentalmente por la actividad clínica supervisada, los talleres y reuniones de supervisión

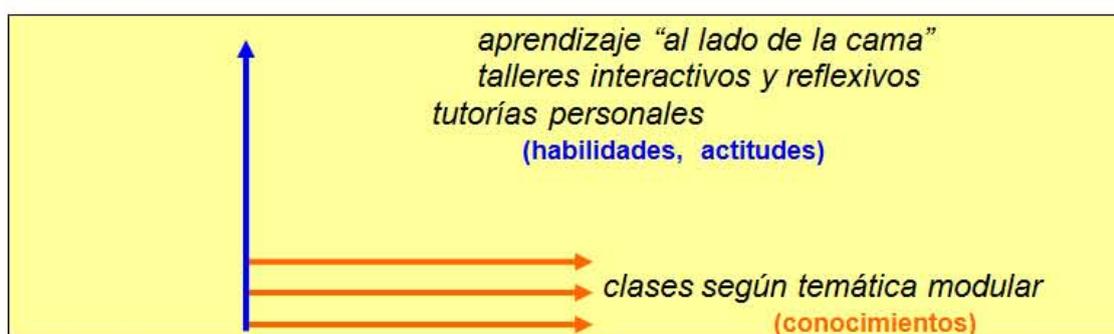


Gráfico : modelo de Programación (bidireccional: horizontal y vertical)

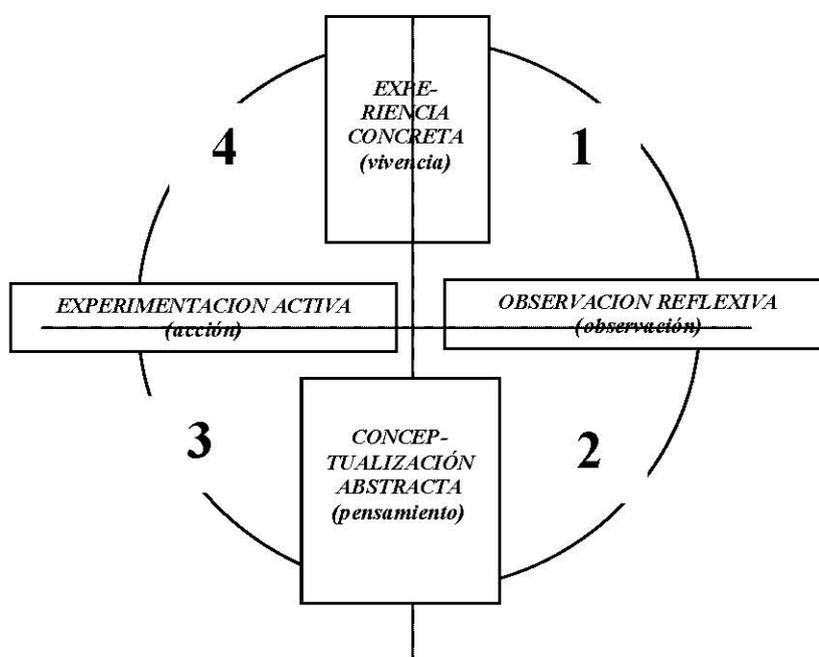
Aprendizaje experiencial: modelo de Smeding (basado en David Kolb)

El modelo educativo desarrollado por la Doctora en Psicología de Educación Rutmarijke Smeding, aplicable específicamente en el campo de los cuidados paliativos e implementado en el contexto de América Latina, Europa y Asia en programas pioneros de formación, permite la integración de diferentes estilos de aprendizaje a través de la combinación de las actividades ⁽¹⁸⁾.

Este modelo identifica cuatro estilos principales de aprendizaje que se corresponden con las cuatro dimensiones de los cuidados paliativos: biológica, social, emocional y espiritual y que facilitan, en el trabajo grupal, la interacción y enriquecimiento de cada individuo.

Los cuatro estilos se pueden representar en un cuadrante con dos ejes que se cruzan:

- un eje vertical que divide dos modalidades: vivencial (aprendizaje priorizando vivencias, emociones y vínculos) y racional (priorizando teorías racionalmente elaboradas y estructuradas);
- un eje horizontal que divide otras dos modalidades: observacional (prioriza la observación pasiva y la reflexión) y acción (aprendizaje por práctica).



De estas capacidades: experiencia concreta, observación reflexiva, conceptualización abstracta y experimentación activa; se desprenden cuatro estilos de aprendizaje (Kiolb, Smeding):

- Estilo 1: “divergente”
- Estilo 2: “asimilador”
- Estilo 3: “convergente”
- Estilo 4 “adaptador”

Para el desarrollo del programa se implementan las siguientes estrategias pedagógicas:

- Supervisión capacitante en diferentes contextos (internación, domiciliaria, ambulatoria) ⁽¹⁹⁾
- Aprendizaje experiencial a través de :
 - a. Juego de roles
 - b. Tutorías

- c. Discusiones en grupos multidisciplinarios
 - d. Portfolios ⁽¹⁹⁾ (análisis crítico de casos clínicos provistos por el residente, en lo concerniente al proceso de toma de decisiones)
 - e. Elaboración de proyectos ⁽¹⁹⁾
- Aprendizaje basado en problemas: estudios de casos, historias clínicas, simulaciones y pases de sala
 - Problematización de situaciones reales
 - Rotaciones
 - Ateneos clínicos
 - Análisis y discusión confidencial de historias de vida de pacientes, familiares y cuidadores
 - Lectura de revistas científicas y de libros de texto
 - Aprendizaje asistido por medios electrónicos
 - Seminarios bibliográficos con material diverso: escrito, audio y video.
 - Trabajos de investigación
 - Auditoría clínica y de aprendizaje
 - Reuniones de información y debate: encuentros educativos con especialistas del servicio y/o invitados especiales. Pueden presentarse como: clases – conferencias - paneles – mesas redondas ⁽¹⁹⁾

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

Dado que el cuidado paliativo se implementa sobre la "unidad de cuidados" (paciente y familia) las actividades se desarrollan en los siguientes ámbitos de desempeño:

- Salas de internación en hospital (general, terapia intensiva, específica de cuidados paliativos)
- Consultorio externo
- Domicilio de pacientes y/o familiares
- CeSACs

Asimismo, desde la perspectiva de la atención primaria en salud, se describen ámbitos de desempeño para la función educativa e informativa en temas de cuidados paliativos: escuelas nivel primario y secundario, escuelas y facultades nivel terciario/universitario, organizaciones sociales (religiosas, culturales, políticas, entre otras.) así como como ámbitos vinculados con el área social (hogares geriátricos, refugios).

7.1. Organización general de las actividades por áreas de formación

7.1.1 Actividad asistencial.

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

a. Actividades en consultorios externos. Asistencia a los mismos con aumento de la participación y autonomía en forma gradual respecto de los/las profesionales de planta encargados/as de la supervisión de los/las residentes.

b. Tareas en salas de internación (especializada o general). En las salas de internación tendrán una enseñanza supervisada del seguimiento de los/las pacientes con necesidades de atención paliativa. El/la residente confeccionará la historia clínica y las prescripciones a todo/a paciente que se interne, hará una impresión diagnóstica y un plan de estudios acordes con su profesión, supervisado/a por los/las profesionales de planta. Realizará las interconsultas pertinentes, relacionándose con diferentes especialistas. Participará en el seguimiento de los/las pacientes, realizando las indicaciones necesarias, reflejando su actividad en la evolución diaria en la historia clínica, involucrando a los/las médicos/as y otros profesionales de planta en la toma de decisiones. Indicará la rehabilitación y cuidados del/de la paciente hasta el egreso hospitalario y posterior al mismo.

- **Recorridas generales de sala.** Durante la recorrida se presentarán los diferentes casos clínicos por los/las residentes. Se discutirán diferentes conductas y preguntas teórico-prácticas según se considere, con los/las profesionales de planta y el/la jefe/a de servicio.
- **Recorridas de sala diaria con jefe/a de residentes.** Tiene como objeto evaluar la evolución de los/las enfermos/as y preparar la recorrida general de sala.

c. Actividades en centros de salud y atención comunitaria. En dichos centros que corresponden al nivel de APS, el residente realizará la evaluación de pacientes con necesidades de atención paliativa temprana, en interacción dinámica con los profesionales de planta.

d. Actividades asistenciales de extramuros: atención paliativa domiciliaria. El/la residente realizará la evaluación y el seguimiento de pacientes domiciliarios con necesidades de cuidados paliativos en el final de la vida, en interacción dinámica con los profesionales expertos, con aumento de la participación y autonomía en forma gradual respecto de los/las profesionales expertos encargados/as de la supervisión de los/las residentes. Estas actividades se desarrollarán preferentemente en el segundo año, de manera sistematizada, como mínimo una vez por semana durante tres horas (entre las 9 y las 20 horas).

e. Guardias: el/la residente de cuidados paliativos no realizará guardias activas de manera sistematizada, pero sí participará en la provisión de guardias pasivas (telefónicas y/o vía internet) y se le podrá exigir que, en circunstancias excepcionales que lo ameriten relacionadas con las necesidades de atención paliativa de los pacientes y/o familiares, tenga presencia activa fuera del horario habitual de su programa formativo. En todas las actividades de guardia será guiado y supervisado por el/la profesional de guardia y/o planta, tendiéndose a formar un equipo con afinidades y objetivos para la correcta asistencia del/de la paciente. El/la responsable final de las decisiones, tanto de pacientes internados como de aquellos vistos en interconsultas, será el/la profesional especialista de guardia. Las actividades de guardia estarán siempre relacionadas con los cuidados paliativos y no se le exigirán guardias vinculadas con la formación de la residencia previa que completó oportunamente.

7.1.2 Actividad académica y docente

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

Actividad sistematizada:

1. Ateneo clínico semanal.
2. Recorridas generales de sala.
3. Recorridas de sala diaria con jefe/a de residentes.

Durante estas actividades, complementando las tareas asistenciales enumeradas en el punto previo, se discutirán los diferentes casos clínicos con un enfoque teórico de la patología a tratar, buscando la fundamentación de las opiniones brindadas en diferentes revisiones narrativas y artículos científicos, de complejidad creciente acorde al año de formación del/de la residente.

El/la jefe/a o instructor/a de residentes, como así también los/las profesionales especialistas encargados de la formación de residentes, deben brindar las herramientas teóricas para la interpretación de estos artículos, siendo fundamental en el ámbito de la residencia la adecuada accesibilidad a los mismos.

4. Ateneos bibliográficos semanales: exposición y comentarios sobre trabajos aparecidos en revistas científicas.
5. Actividades educativas en centros de salud y atención comunitaria (charlas y talleres, entre otros)

Actividad no sistematizada:

Consiste en la enseñanza teórica impartida a la cabecera del/de la enfermo/a. Es complementaria a la actividad asistencial diaria, se revisan y se discuten las bases teóricas del manejo de los/las pacientes internados/as entre los/las médicos/as de

planta y residentes. En este punto, la actividad se transforma en teórico-práctica, dado que dicho conocimiento teórico se concreta inmediatamente en conductas diagnósticas y tratamientos a aplicarse al/a la paciente individual.

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

Cursos internos y externos, jornadas, congresos.

A partir del segundo semestre del primer año, los residentes deberán participar en los ateneos mensuales interhospitalarios que organiza la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP), así como se sugiere la participación en las Jornadas y Congresos que organizan tanto dicha AAMyCP como la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, y los cursos dictados por las sociedades y organizaciones no gubernamentales en vínculo con universidades públicas y/o privadas.

7.1.3. Actividad de investigación:

Se dedicará a esta actividad el 10 % del tiempo total destinado a la formación.

El/la residente deberá adquirir conocimientos de metodología de investigación y ética en investigación y conocer los procedimientos que se deben seguir para la presentación de un proyecto de investigación a la luz de la normativa vigente.

A lo largo de la formación, el/la residente deberá realizar de forma individual o en grupo, actividades de formación específica en la lectura crítica de bibliografía científica, búsquedas bibliográficas y en internet, metodología de la investigación y diseño, implementación, presentación y publicación de proyectos.

7.1.4 Rotaciones

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

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

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

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

Durante las rotaciones fuera del servicio, el/la residente deberá realizar un informe parcial mensual describiendo el organigrama de las actividades realizadas.

Al finalizar la rotación deberá presentar un reporte de las actividades realizadas y una valoración respecto a la rotación realizada. El/la residente deberá presentar la

constancia correspondiente a su rotación para ser agregada a sus antecedentes profesionales.

Para el caso de rotaciones en otros países, las mismas se ajustarán a las disposiciones y reglamentaciones vigentes.

Rotaciones obligatorias:

- Salas de internación (unidad de cuidados paliativos y sectores de clínica médica y cirugía)
- Consultorios externos (en la sede central)
- Atención primaria en salud (CeSACs)
- Cuidados domiciliarios

Rotaciones opcionales:

- Servicios hospitalarios de oncología clínica, geriatría, terapia intensiva, radioterapia, dolor, rehabilitación y/o pediátricos, "hospices" / casas paliativas
- Centros de día
- Servicios sociales
- Hogares de ancianos
- Servicios / centros especializados en el exterior

Rotaciones por año y ámbito de desempeño:

Práctica	Carga Horaria
Primer año	
Salas de internación y consultorios externos (unidad de cuidados paliativos e interconsultas en clínica médica, cirugía) en sede central	9 meses
Salas de internación (unidad de cuidados paliativos e interconsultas en clínica médica, cirugía) en sede alternativa	3 meses
Segundo año	
Consultorios externos (sede central)	2 meses
Atención primaria para la salud (CeSACs)	1 mes
Cuidados domiciliarios (asociación civil Pallium Latinoamérica y/u otras)	2 meses
Salas de internación y consultorios externos (unidad de cuidados paliativos e interconsultas en clínica médica, cirugía, guardia externa, terapia intensiva) en sede central	2 meses finales (modificable según la duración de las rotaciones electivas)
Rotación opcional	Hasta 2 meses
Rotación opcional en el exterior	Hasta 3 meses

7.1.5. Formación complementaria

Idioma extranjero

La Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional dicta un curso de inglés al que pueden acceder los/las residentes. Al terminar la residencia los/las residentes serán capaces de interpretar un texto referido a temas de la especialidad en idioma inglés.

Informática

Promover la adquisición de herramientas de acceso informático para lograr que, al concluir la residencia, los/las residentes sean capaces de utilizar el procesador de textos, base de datos y acceder a bibliografía por este medio.

Metodología de la investigación

Promover la adquisición de conocimientos ~~básicos~~ en esta materia, mediante los cursos dictados por instituciones académicas.

Cursos opcionales

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

7.2. Objetivos y actividades

7.2.1 Objetivos generales

- Conocer y aplicar los constituyentes esenciales de los CP en el contexto donde se encuentre el paciente y familia
- Identificar y mejorar el confort físico en la trayectoria de la enfermedad
- Evaluar y responder las necesidades psicológicas, sociales y espirituales del paciente
- Evaluar y responder las necesidades de los cuidadores familiares en relación con los objetivos a corto-mediano y largo plazo del cuidado
- Responder los desafíos del proceso de toma de decisiones clínico y ético
- Practicar un cuidado integral coordinado y trabajo interdisciplinario en los diferentes contextos donde se ofrece el cuidado
- Practicar el autoconocimiento, autocuidado y cuidado del cuidador
- Involucrarse en la educación permanente y en las funciones docentes y de investigación
- Aplicar los lineamientos de gestión de la atención paliativa

Cada una de las profesiones debe ajustarse a objetivos específicos acordes con las directrices de organización y funcionamiento de los cuidados paliativos establecidas por el Ministerio de Salud de la Nación (ver apéndice iii).

PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA

A fin de garantizar la adquisición e incremento de conocimientos y habilidades específicos de la disciplina, en este período inicial el/la residente inicia una "fase de sumersión" en el terreno clínico, con permanente acompañamiento y supervisión; el énfasis está puesto en las competencias centrales a lograr en el programa (objetivos actitudinales): foco en la persona más que en la patología y en la perspectiva socio-sanitaria de la realidad, con involucramiento de los diferentes integrantes del sistema.

OBJETIVOS:

- Comprender la estructura y funcionamiento de la residencia postbásica
- Conocer los fundamentos y la implementación de normas de bioseguridad
- Incorporar información que oriente sobre aspectos legales del desempeño como residentes y del ejercicio médico
- Conocer los principios éticos que orientan el desempeño profesional en temas vinculados con enfermedades crónicas avanzadas
- Conocer los constituyentes y los conceptos básicos en cuidados paliativos
- Conocer el manejo de las consultas prevalentes de la especialidad, en las salas, la guardia y los consultorios externos.
- Evaluar las necesidades de atención paliativa de los pacientes y su familia, bajo supervisión
- Conocer el manejo administrativo del servicio
- Adquirir la metodología científica del control de los síntomas.
- Conocer las reglas éticas de la comunicación y el consentimiento informado
- Adquirir las habilidades para la comunicación con el paciente, la familia y el equipo de salud
- Conocer y practicar el autoconocimiento y autocuidado

ACTIVIDADES:

- Reunión informativa del reglamento de la residencia y de las actividades que desarrolla.
- Análisis de estudio de casos
- Evaluación de pacientes que consultan al servicio en consultorios externos y en consultorios de guardia
- Evaluación de pacientes ingresados en las salas de internación
- Internación de pacientes dispuestos por profesionales de planta
- Elaboración de la historia clínica de ingreso (según la profesión)
- Solicitud de exámenes complementarios / interconsultas para diagnóstico y seguimiento de pacientes evaluados durante la práctica asistencial en sala de internación y en consultorios
- Realización de interconsultas
- Participación en recorrida de sala semanal con la jefatura del servicio y profesionales de planta
- Participación activa en la recorrida de sala diaria con el/la jefe/a de residentes
- Presentación de pacientes en las diferentes recorridas de sala, explicando el algoritmo diagnóstico propuesto, el tratamiento realizado y la evolución según corresponda
- Realización de búsqueda bibliográfica
- Presentación de casos en el ateneo del servicio

- Elaboración de documentos y registros
- Participación en taller de bioseguridad
- Asistencia a clases de bioética
- Participación en los talleres de comunicación y ejercicio de roles / simulaciones
- Participación en talleres y ejercicios que permiten el autoconocimiento y autocuidado

Toda la actividad asistencial estará supervisada por residentes del año superior siendo responsable final del cuidado del/la paciente el/la profesional de planta a cargo.

SEGUNDO AÑO DE LA RESIDENCIA

En el segundo año se busca consolidar el proceso de aplicación de las competencias, con asistencia directa de pacientes internados y ambulatorios; supervisión en ateneos, con rol más activo. Se agrega la asistencia de pacientes en domicilio, y el enlace con la atención paliativa temprana en el nivel de APS. El/la residente adquiere competencias docentes, y se involucra en el diseño de un proyecto de investigación en conjunto con el resto del equipo.

OBJETIVOS:

- Afianzar y profundizar los conocimientos de la etapa anterior
- Aplicar los conocimientos y destrezas clínicas y de rehabilitación necesarios en la especialidad
- Afianzar el concepto de educación continuada
- Adquirir las destrezas necesarias para la resolución de problemas de mayor complejidad
- Participar en la atención de pacientes en cuidados paliativos domiciliarios.
- Participar en el enlace del cuidado paliativo hospitalario con la atención paliativa en el nivel de atención primaria (referencia y contrarreferencia)
- Realizar tareas docentes y de supervisión
- Adquirir conocimientos de conducción
- Supervisar a los/as residentes del año anterior
- Realizar tareas docentes, de investigación y gestión

ACTIVIDADES:

- Coordinación entre los/as profesionales de planta referentes de los distintos sectores de cuidados paliativos y los/as residentes de primer año
- Realización del seguimiento de los/as pacientes del servicio
- Realización de procedimientos de mayor complejidad
- Participación activa en la recorrida de sala diaria con el/la jefe/a de residentes, la recorrida de sala semanal con el/la jefe/a de servicio y profesionales de planta
- Participación y presentación de casos en el ateneo del servicio
- Presentación de pacientes bajo su cuidado en las diferentes recorridas de sala, consultorio y domicilio
- Instruir a los/as residentes de primer año en la presentación de pacientes
- Identificación temprana de necesidades de atención paliativa a nivel de APS (en CeSACs)
- Tareas de investigación y búsqueda bibliográfica

- Concurrencia a cursos, jornadas y congresos de la especialidad.
- Realización de actividades docentes
- Participación en la elaboración de un proyecto de investigación clínica, social o epidemiológica referida a la atención paliativa, incluyendo la elaboración de un análisis FODA en conjunto con los profesionales del nivel primario

Toda la actividad asistencial estará supervisada por el jefe o instructor de residentes, siendo responsable final del cuidado del/la paciente el profesional de planta a cargo.

8. CONTENIDOS

8.1. CONTENIDOS GENERALES

- El profesional como sujeto activo en el sistema de salud.
- Dimensión ética y de cuidado en salud. Sujetos de derecho.
- Educación permanente y producción de conocimientos.
- Comunicación en salud.
- Conceptos, fundamentos y modelos de toma de decisiones
- Control de síntomas
- Hidratación y nutrición, deterioro funcional.
- Imagen corporal
- Cuidado psicosocial
- Comunicación y empatía
- La familia y el duelo. Necesidades espirituales y valores
- Urgencias orgánicas y psicosociales
- Enfermedades neoplásicas
- Atención paliativa temprana
- Final de la vida
- Cuidado del profesional y trabajo en equipo

8.2. CONTENIDOS TRANSVERSALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. COMUNICACIÓN EN SALUD

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

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

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

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

8.3. CONTENIDOS ESPECIFICOS

1. Toma de decisiones

Conceptos, fundamentos y modelos; identificación de necesidades y problemas, cuadro de cuidados, autonomía del paciente. Patrones evolutivos de las enfermedades crónicas. Método de análisis de conflictos éticos

2. Control de síntomas

Síntomas en enfermedades crónicas: prevalencia, evaluación multidimensional, instrumentos validados. Dolor, cuidados de la boca, disfagia, emesis, dispepsia, ascitis, trastornos deglutorios y de fonación, diarrea, constipación, oclusión intestinal, disnea, tos, estertores

3. Hidratación y nutrición, deterioro funcional.

Valoración nutricional multidimensional, síndrome hiporexia caquexia, deterioro funcional, astenia y fatiga, sarcopenia, debilidad, desacondicionamiento físico, anemia, alimentación artificial.

4. Imagen corporal

Cuidado de piel y mucosas, ostomas, prurito. Evaluación multidimensional

5. Cuidado psicosocial

Modelos adaptativos, reacciones normales (tristeza, miedo, enojo). Trastornos de ajuste (adaptativos). Trastorno por ansiedad, trastorno por depresión, trastornos del sueño, suicidio. Delirio, trastornos neurocognitivos menores, demencia (trastorno neurocognitivo mayor).

6. Comunicación y empatía

Teoría de la comunicación humana, empatía. Las malas noticias, incertidumbre, negación. El cerco de silencio. Comunicación en el equipo: feed back positivo. Ética de la comunicación, consentimiento informado.

7. Familia y el duelo

Genograma, cuidado del niño y del adolescente. Situaciones conflictivas: colusiones, enojo, agresión, claudicación; los cuidadores externos. Proceso de duelo, riesgo familiar / hereditario, asesoramiento

8. Necesidades espirituales, valores

Espiritualidad, religiones. Sufrimiento. Variables culturales y de género. Acompañamiento creativo

9. Urgencias

Urgencias orgánicas y psicosociales. Sangrado, disnea súbita, crisis de pánico, dolor incoercible. Complicaciones metabólicas. Claudicación familiar.

10. Enfermedades neoplásicas

Factores de riesgo, patrón metastásico (visceral, osteomuscular, nervioso).

Complicaciones. Intervención psicoterapéuticas y socioterapéuticas.

11. Atención paliativa temprana

Enfermedades crónicas: cáncer, EPOC, insuficiencia cardíaca crónica, insuficiencia renal crónica, cirrosis, demencias, enfermedades neurodegenerativas, HIV/SIDA.

Complicaciones habituales, impacto psicosocial

12. Final de la vida

Fenómenos predictivos, planificación del cuidado de últimos días de vida, aspectos éticos (adecuación del esfuerzo terapéutico, futilidad). Sedación paliativa. Eutanasia

13. Cuidado del profesional y trabajo en equipo

El profesional como instrumento terapéutico; fatiga de compasión, burn out, satisfacción de cuidar. Trabajo en equipo.

9. SISTEMA DE EVALUACION

La evaluación es un proceso de retroalimentación para un sistema de formación y capacitación en servicio. El sentido primordial es el de permitir su mejora continua. La evaluación es concebida como parte del proceso de formación y no un fin en sí mismo. No se trata de aprender porque existe una evaluación, sino de evaluar porque necesitamos asegurar un aprendizaje de calidad. Incluye la evaluación de la aptitud y la actitud de los formadores y del alcance del programa.⁽²⁰⁾

Evaluación del Programa

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

Evaluación del desempeño del residente

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

La evaluación se basa en la observación crítica de la práctica profesional:

- Una evaluación anual integradora, en cada año del trayecto, que recupere los aprendizajes en su complejidad (conceptuales, actitudinales y procedimentales).
- Una evaluación de cada situación de rotación o trayecto por los ámbitos de formación definidos.
- Una evaluación final de la residencia, que integre todo el proceso y permita dar cuenta de las competencias adquiridas por el profesional

El proceso de evaluación deben llevarlo a cabo al menos dos evaluadores, siendo imprescindible que al menos uno de ellos haya sido su instructor directo en la rotación correspondiente y siendo deseable que participe activamente de este proceso el jefe de residentes y el coordinador del Programa de la Residencia, cuando la rotación se desarrolla en la sede de origen. Con respecto a la frecuencia, tanto en las rotaciones prolongadas como en las de menor duración, deberá asegurarse una instancia de evaluación formativa.

En todas las instancias de evaluación, se realizará una entrevista de devolución de resultados y sugerencias al/la residente, resaltando las fortalezas y enunciando las debilidades. La misma debe ser en lo posible cercana a la actividad evaluada definiendo oportunidades de mejora, y el/la residente firmará la aceptación y conocimiento de su evaluación.

La promoción anual del residente se realizará según la evaluación global del desempeño teniendo en cuenta las evaluaciones realizadas en el transcurso del año,

que evalúan los comportamientos esperados en los mismos y que forman parte de las competencias profesionales que los residentes deberán adquirir.

El residente promocionará con valoración satisfactoria o altamente satisfactoria.

Con los objetivos prioritarios de evaluar el aprendizaje y las competencias adquiridas, las modalidades de evaluación son clasificadas siguiendo el criterio de Miller ⁽²¹⁾, graficando mediante una pirámide cuatro niveles de evaluación:

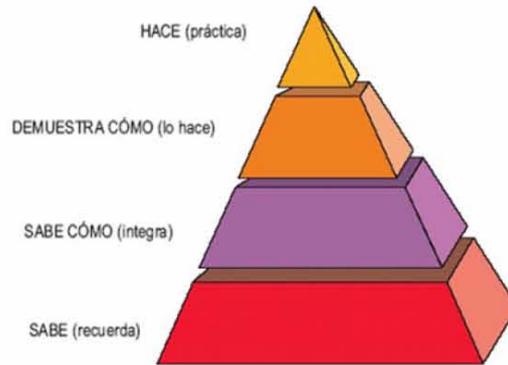


Figura: pirámide de Miller: los 4 niveles para evaluar ⁽²¹⁾

- *Saber*: valora sobre todo los conocimientos, tanto teóricos como prácticos. Basado en la memoria.
- *Saber cómo*: comprende también cómo se interrelacionan los conocimientos y la manera de integrarlos ante una situación concreta.
- *Demostrar cómo*: valora también habilidades, el cómo se aplican las competencias que se poseen ante una situación similar a la realidad.
- *Hacer*: evalúa el desempeño real de la práctica profesional.

De entre los numerosos métodos o instrumentos evaluativos que se utilizan, es claro que aquellos que se dirijan a la parte alta de la pirámide serán mejores predictores del comportamiento profesional del evaluado ⁽²²⁾.



Figura: instrumentos de evaluación según niveles de Miller ⁽²²⁾

El proceso de evaluación es dinámico y consta de diferentes actividades, que permiten diferentes niveles de saber:

1. Observación crítica de la práctica asistencial
2. Formulación de diagnósticos en cuidados paliativos
3. Argumentación de estrategias terapéuticas
4. Evaluación sobre historias clínicas y registros
5. Evaluaciones escritas sobre contenidos teóricos (parciales)
6. Ejercicios de juego de roles
7. Involucramiento en docencia
8. Diseño de proyecto de investigación
9. Evaluación de las rotaciones
10. Reuniones de "consensos educativos" entre residentes, jefes y coordinadores de ambas sedes
11. Portfolios

Se destaca otra dimensión de la evaluación, no definida por Miller, que es la del "saber ser" e incluye la articulación de contenidos afectivos y motivacionales (actitudes y valores: convicciones, empatía, autoconocimiento, intereses, responsabilidad, motivación), que debe ser considerada particularmente en la observación de la conducta cotidiana y a través del portfolio ⁽²³⁾ (el cual promueve la reflexión personal).

CRONOGRAMA DE EVALUACIONES FORMALES e INSTRUMENTOS

Instrumento de evaluación	Periodicidad
Examen escrito tipo elección múltiple	Cuatrimstral (primer año)
Juego de roles	Cuatrimstral (primer año)
Revisión de historias clínicas	Cuatrimstral (primero y segundo año)
Ejercicio de examen clínico reducido	Cuatrimstral (primer año)
Portfolio	Anual (primero y segundo año)
Instrumento de evaluación anual	Anual (final del primero y segundo año)
Registro de evaluación del aprendizaje en rotaciones	Al finalizar cada rotación

- Examen escrito tipo elección múltiple: consta de 10 preguntas sobre contenidos temáticos abordados en el periodo. Elaborado según pautas de la Dirección General de Docencia
- Juego de roles: evaluación simulada (con criterio formativo) sobre destrezas en la comunicación. Se promueve que el/la residente ejercite los diferentes roles (ej.: profesional, paciente, familiar, cuidador,...) y se promueve reflexión posterior
- Revisión de historias clínicas: método directo de evaluación de un indicador de la práctica real
- Ejercicio de examen clínico reducido (miniCEX)⁽²⁴⁾: observación directa estructurada de la entrevista con un paciente, a fin de evaluar seis competencias esenciales: habilidad para conducir la entrevista, habilidad para la semiología,

cualidades humanísticas, criterio clínico, habilidad para asesorar al paciente / familiar, organización y eficiencia.

- Portfolio ⁽²³⁾: circuito de evaluación en el que, potenciando la autorreflexión y el autoaprendizaje, y dejando amplios márgenes a la flexibilidad y creatividad, el profesional va recopilando documentos, registros y evidencias en la práctica asistencial.
- Instrumento de evaluación anual: incluye evaluación de desempeño en sala, historia clínica y semiología, atención al paciente, desempeño en actividades académicas y supervisión, desempeño en actividades de docencia e investigación, desempeño en domicilio y APS; y formación complementaria y evaluación global del desempeño

En el apéndice (iv) se adjuntan los instrumentos.

La Evaluación de las Rotaciones

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

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

10. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Gómez Batiste en "Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal". Ed Aran, 2002 pág 16
- (2) OMS. Global atlas of palliative care at the End of Life. WHO publication Jan 2014, pág 11
- (3) Gómez Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals D, Calsina A. Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas. Aspectos generales. Principios generales de la atención paliativa. Barcelona: Elsevier 2014; 7: 51-5.
- (4) Centeno C et al. Recomendaciones de la EAPC para el Desarrollo de la Especialidad en Medicina Paliativa. www.eapcnet.org 2010
- (5) Payne S et al. Core competences in palliative care: an EACP White paper on palliative care education – part 1 and part 2, EJPC 2013,20 (3)
- (6) Pastrana T, De Lima L y col. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica. Asociación latinoamericana de cuidados paliativos. Edición cartográfica 2013, pág 32
- (7) García, R. Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria. Ponencia presentada en las Cuartas Jornadas de Atención Primaria de la Salud y Primeras de Medicina Social. Bs.As. 1990.
- (8) Stolkiner, A. La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Campos Psi-Revista de Información Especializada. Año 3. N° 10. Abril de 1999, Rosario.
- (9) De Simone G. Paradigmas para comprender mejor el concepto de atención paliativa. En: Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas. Editor: X. Gómez Batiste. Elsevier España, 2014, cap. 2;18-21
- (10) Gómez Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. © 2011 Observatorio "QUALY" / Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para Programas Públicos de Cuidados Paliativos Institut Català d'Oncologia.
En:
http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/doc_necpal_ccoms-ico_instrumento_doc_generalv1_esp_vf_201203.pdf; consultado el 08/12/2015.
- (11) Tripodoro V, De Simone G y col Atención paliativa en personas con enfermedades crónicas avanzadas. MEDICINA (Buenos Aires) 2016; 76: 139-147
- (12) Ministerio de Salud de la Nación: Indicadores básicos, 2014. En:
http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/indicadores_2014.pdf; consultado el 31/08/2015.

- (13) De Lima L, Bruera E, Joranson D, Vanegas G, Cepeda S, Quesada L. Opioid availability in Latin America: The Santo Domingo Report, Progress since the Declaration of Florianopolis. *J Pain Symptom Manage*, 1997, 13: 213-219.
- (14) Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Primera Reunión del Mercosur Sobre la Disponibilidad de Opioides y Tratamientos Paliativos: Reporte de Viaje. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2002.
- (15) Pastrana T, De Lima L y col. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica. Asociación latinoamericana de cuidados paliativos. Edición cartográfica 2013, pág 32
- (16) Barreto Pilar y col. Predictores de duelo complicado. *Psicooncología* 5.2/3 (2008): 383-400.
- (17) Core competences in palliative care. EAPC white paper. EAPC 2013
- (18) De Simone G., Tripodoro V. Nuevos paradigmas en la educación universitaria. Los estilos de aprendizaje de David Kolb. Editorial. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2015; 75: 113-118
- (19) Davini, María Cristina. Orientaciones para la Evaluación en el contexto de las Residencias. Texto elaborado especialmente para el Curso de Formación Docente Tutorial en el Sistema de Residencias. CVSP-OPS. 2014
- (20) Rodríguez, Patricia. La evaluación en los sistemas de residencias. Hacia la construcción de criterios comunes. Dirección General de Docencia e Investigación - Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 2011. ID 4159, Cedos (Centro de Documentación en Salud 4159). Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/diracap/mat/matbiblio/2012evalresi.pdf>
- (21) Romero S. Competencias y su evaluación. *Medicina de Familia (And)* 2002;1:49-52
- (22) Brailovsky, Carlos A. Educación Médica, evaluación de las competencias. En *Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina Secretaría de Asuntos Académicos. OPS/OMS
- (23) Prados Castillejo, J.A. Preguntas sobre la evaluación de competencias y alguna respuesta: el portfolio. *Rev. Atención Primaria*, Vol. 36 (1), 2005.
- (24) Alves de Lima, Cees Van der Vieuten. Mini-CEX: una herramienta que integra la observación directa y la devolución constructiva para la evaluación del desempeño profesional. *Revista Argentina de Cardiología. Suplemento de educación médica*, 2010.
- (25) Saunders C. *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Edit Salvat, barcelona, 1980. Pág 260-265

DOCUMENTOS

- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD. DOCUMENTO MARCO. 2012. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/residencias>

GUIAS

- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DE

RESIDENCIA. Selección del documento. Año 2015. Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar/residencias>

- Guías para la elaboración de programas docentes de las residencias. Dirección de Capacitación Profesional y Técnica e Investigación. 2012. (Disposición 176/DGDOIN/14-Anexo). Disponible en
<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/res/prog/pautasprogramas.pdf>

NORMATIVAS:

- Decreto N° 193/2005 Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Boletín Oficial 2137 del 25 de febrero de 2005. Creación de la residencia postbásica interdisciplinaria en cuidados paliativos (ver apéndice i)
- Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 357. Directrices de organización y funcionamiento de los cuidados paliativos. Año 2016. Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar>
- SGT N° 11 Salud / Comisión de servicios de atención a la salud / subcomisión de desarrollo y ejercicio profesional. Acta N° 01/2008. Especialidades en enfermería: cuidados paliativos. Disponible en:
http://www.mercosur.int/msweb/SM/Noticias/Actas%20Estructura/DEPENDIENTES%20DEL%20GMC/Subgrupos%20de%20Trabajo/SGT%2011/2008_ACTA01/COSERATS/SCOEJER/Unido%20VII/SGT11-SCOEJER_2008_ACTA01_UNI07_ES_Enfermeria.pdf
- Resolución N° 1814/2015 Ministerio de Salud de la Nación. Nuevas especialidades médicas: medicina paliativa. Disponible en:
<https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkQR/YZSTmljM2Q3VmsrdTVReEh2ZkU0dz09>
- Ley nacional N° 26742/2012 sobre los derechos de los pacientes. Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>
- Fundamentos de la creación del Programa de cuidados paliativos del GCBA. Boletín oficial de la Ciudad de Buenos Aires, N° 3385, 22 de marzo de 2010; 24-5. Disponible en:
<http://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/documentos/boletines/2010/03/20100322.pdf>
- Disposición N° 8 -DCYD-03 (MS-GCBA). Rotaciones en el exterior. Argentina, Buenos Aires. 2003. Disponible en:
http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165
- Disposición N° 41- DGDOIN – 2015 (MS-GCBA). Rotaciones en el exterior. Argentina, Buenos Aires. 2015. Disponible en:

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

- Ley N° 153/99. Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 28-05-99. Disponible en:

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

- Ley N° 601, Modificación de Régimen de Residencias. Argentina, Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Junio de 2001. Disponible en:

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

- Ley N° 4.702. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. 2013. Disponible en:

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

- Ley N° 5.462. Modificatoria Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (153/99). Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. 03/12/2015. Disponible en: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley5462.html>

- Ordenanza N° 40.997/85 (G. C. B. A.): Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud y sus modificatorias. 1985. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165

- Ordenanza N° 51.475/97 (G.C.B.A.) Modificación al Sistema de Residencias. Buenos Aires, 3 de Abril de 1997. Disponible en:

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

11. APENDICE

- (i) DECRETO N° 193 Crea Residencias Post-Básicas
- (ii) Texto de Saunders, Cicely (1986)
- (iii) Objetivos del programa discriminados según profesión
- (iv) Instrumentos de evaluación

(i) DECRETO N° 193**Crea Residencias Post-Básicas****GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES****Boletín 2137 25/02/05**

Oficio N° 24/05.

Buenos Aires, 17 de febrero de 2005.

Visto el Expediente N° 76.617/04 y CONSIDERANDO: Que por Ordenanza N° 40.997 (B.M. N° 17.720), se estableció el Sistema de Residencias del Equipo de Salud con el objetivo formar un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad; Que por Ordenanza N° 43.316 (B.M. N° 18.506), se prevé la actualización de los Sistemas de Residencias, facultando a tal fin, al Órgano Ejecutivo para la creación de nuevas residencias y la modificación de las existentes; Que por los presentes actuados la Secretaría de Salud propicia la creación y modificación de programas del Sistema de Residencias del Equipo de Salud, a los efectos de su actualización, en función de los avances de las ciencias de la salud y los desarrollos realizados al respecto por distintos equipos profesionales de los efectores de salud que de ella dependen; Que la Dirección de Capacitación y Desarrollo de la citada Secretaría, con intervención de su equipo técnico-pedagógico, evaluó la necesidad de la creación de la Residencias Post-Básica "Interdisciplinaria en Cuidados Paliativos, en base a la documentación presentada por distintos profesionales del sistema; Que asimismo, la Residencia "Interdisciplinaria en Cuidados Paliativos" permitirá dar respuesta, con criterios de eficacia, eficiencia, equidad y satisfacción del usuario y en forma integral, a las necesidades y demandas específicas de las personas que padecen una enfermedad crónica en fase avanzada y progresiva; Que los distintos efectores del Subsector estatal del Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma cuentan con los recursos formativos necesarios para implementar las residencias cuya creación se propicia; Que la adecuación y creación de los programas de capacitación de profesionales a través del Sistema de Residencias del Equipo de Salud, es una herramienta más al servicio de los profesionales y fundamentalmente de la comunidad toda para el pleno goce del derecho a la salud, en el marco de los principios rectores plasmados en la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la Ley Básica de Salud N° 153 (B.O. N° 703); Que, ello exige una permanente actualización de los programas de capacitación para adecuarlos a los desarrollos científicos y a las nuevas necesidades y demandas en la atención de la salud que requieren la especialización del recurso humano; Que el presente no genera mayor erogación, toda vez que la creación de nuevas especialidades no implica modificar la cantidad total de residentes que ingresan anualmente a los sistemas; Por ello, y en uso de las facultades legales que le son propias (arts. 102 y 104 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires),

**EL JEFE DE GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
DECRETA:**

Artículo 1° Créase la Residencia Post-Básica "Interdisciplinaria en Cuidados Paliativos", con una duración de dos (2) años, para profesionales con residencia completa en "Clínica Médica", "Medicina General", "Salud Mental (Psicología Clínica)", "Terapia Ocupacional", "Kinesiología", "Enfermería -excluidas las especialidades en perinatología y pediatría-", "Trabajo Social" y "Farmacia".

Artículo 2° - El presente decreto es refrendado por el señor Secretario de Salud, la señora Secretaria de Hacienda y Finanzas y por el señor Jefe de Gabinete. Artículo 3° - Dése al Registro, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma, y para su conocimiento y demás efectos, remítase a la Dirección General de Recursos Humanos.

Con las firmas en original de

Jefe de Gobierno ANIBAL IBARRA

Secretario de Salud ADOLFO STERN

Y otros funcionarios

(ii) Texto de "Cuidados de la Enfermedad maligna terminal" (Saunders, C. 1986) ⁽²⁶⁾

*"Tú nos importas porque eres tú.
Importas hasta el último momento de tu vida.
Queremos ayudarte no sólo a morir en paz, sino a que vivas lo más plenamente posible hasta el momento final".*



CICELY MARY STRODE SAUNDERS nació en 1918 en Londres, donde falleció el 14 de julio de 2005. *Mejóro la calidad de vida de los enfermos con enfermedades en fase terminal.*

Sólo una pasión irrefrenable por el ser humano, unida a una visión certera de lo que debe ser la calidad de vida de alguien enfermo sin posibilidades de sobrevivir, pueden explicar la obra de la doctora Saunders, responsable directa del surgimiento de modernos centros de cuidados paliativos diseminados por el mundo. St. Christopher's (Sydenham, Reino Unido) es el centro pionero fundado por Cicely Saunders en 1967, la primera institución diseñada para atender a pacientes con enfermedad en fase terminal con una combinación de atención médica, psicológica y social. Además de haber servido como modelo en la especialidad, en la actualidad atiende a unos 2.000 pacientes al año y es la referencia fundamental en la formación de profesionales de los cuidados paliativos.

La vocación de Cicely Saunders despertó durante los difíciles días de la II Guerra Mundial. El afán por ayudar a los necesitados, espoleado por su conversión al cristianismo evangélico, la hizo apartarse de sus estudios de Política, Economía y Sociología en Oxford y seguir los pasos de Florence Nightingale, gran reformadora de la enfermería moderna. Saunders destacó pronto por su rectitud, capacidad de liderazgo y aptitud para tratar de manera integral el dolor de los pacientes.

Pero su habilidad no obedecía meramente a la intuición o a la laboriosidad. Aunque tardía, su licenciatura en Medicina a los 38 años le sirvió decisivamente en su lucha por encontrar la mejor manera de aplacar el dolor crónico de los pacientes. Aunque hoy sea una técnica extendida, Saunders fue la primera persona en demostrar que dosis intermitentes de morfina -que permitían la conciencia del paciente terminal- eran preferibles a una sedación continuada. «No tardé en comprender que el dolor no era sólo físico, sino psicológico y espiritual; había que cuidar bien a los pacientes terminales olvidados por los médicos tradicionales», explicó en una ocasión la experta británica al Daily Telegraph.

Fundadora del movimiento **Hospice**, en 1959, publicó sus ideas sobre la necesidad de crear un hospicio para enfermos en fase Terminal en un trabajo llamado *The Need*, donde exponía la urgencia de introducir cambios significativos en las Unidades de Cuidados Paliativos que mejorasen sensiblemente la calidad de vida de los enfermos irreversibles.

Tras una ardua campaña en busca de subvenciones, Saunders creó el mencionado St. Christopher's, que con el paso de los años ha inspirado la construcción de otros 240 centros similares sólo en el Reino Unido, donde los pacientes cuentan con peluquería, talleres de escritura creativa y realizan actividades de jardinería, por poner unos ejemplos. Aun siendo cristiana, Saunders siempre tuvo claro que la religión no era un sustituto de habitaciones limpias y bien iluminadas, un ambiente acogedor y un personal atento.

Su obra inspiró el desarrollo de los cuidados paliativos en los diferentes sistemas de salud, no sólo en Gran Bretaña sino en muchos países de diferentes continentes donde los mismos fueron adaptados y aplicados según el contexto propio – incluyendo Argentina.

Autora de cinco libros sobre cómo afrontar la muerte, dirigidos tanto al paciente terminal como a los que están a su alrededor, en 1980, fue distinguida con el título de Dama del Imperio y, nueve años más tarde, recibió la Orden del Mérito por su comprensión del dolor crónico. Nació en Barnet (Londres) en 1918 en el seno de una familia acomodada y se casó con un pintor polaco. Sus últimos días transcurrieron en el que sin duda fue su segundo hogar; St. Christopher's.

(iii) Objetivos del programa discriminados según la profesión

MEDICINA

- Identificar los antecedentes clínicos y/o quirúrgicos de los pacientes a quienes asiste, así como el diagnóstico, estudios complementarios, tratamientos específicos de la patología actual y presentarlo al equipo interdisciplinario e instructores para la toma de decisiones y la diagramación de la estrategia de cuidados.
- Evaluar en los diferentes casos discutidos durante la asistencia o en ateneos, las causas probables de los síntomas presentes en los pacientes y prescribir el tratamiento farmacológico y no farmacológico adecuado explicitando la dosis recomendada y vía de administración del mismo.
- Prevenir y tratar las situaciones clínicas frecuentes en Cuidados Paliativos (dolor, trastornos digestivos, respiratorios, digestivos, cognitivos, etc.)
- Demostrar en la tarea asistencial diaria la habilidad para realizar prácticas en Cuidados paliativos (hipodermocclisis, administración de fármacos por vía subcutánea, curación de lesiones, paracentesis evacuadoras, etc.)
- Identificar situaciones clínicas que requieran para su resolución la interconsulta con otras especialidades (cirugía, neumonología, gastroenterología, oncología, psiquiatría, oncología, etc.).
- Identificar las necesidades de la familia, y prevenir e identificar situaciones problemáticas (cerco de silencio, claudicación familiar, sobrecarga del cuidador, riesgo de duelo complicado)
- Facilitar el apoyo matricial a las actividades clínicas, educacionales y de gestión en coordinación con el nivel de APS.
- Seleccionar situaciones clínicas que requieran su presentación en el comité de tumores o Ateneos Clínicos para compartir la decisión terapéutica con profesionales de otras especialidades participantes del mismo.
- Identificar, diagnosticar y evaluar las complicaciones psicopatológicas más frecuentes elaborando estrategias de intervención en conjunto con las otras disciplinas del equipo de Cuidados Paliativos (trastornos de adaptación, depresión, delirio, trastornos cognitivos, trastornos de ansiedad, etc).
- Implementar estrategias de tratamiento farmacológico y no farmacológico en situaciones clínicas en últimos días u horas de vida tanto en la actividad hospitalaria como en domicilio.

ENFERMERÍA

- Conocer los antecedentes clínicos y/o quirúrgicos de los pacientes a quien asiste, así como el diagnóstico, estudios complementarios, tratamientos específicos de la patología actual y presentarlo al equipo interdisciplinario e instructores para la toma de decisiones y la diagramación de la estrategia de cuidados.

- Entrevistar al paciente, la familia y/o entorno afectivo, con la finalidad de valorar la situación e identificar necesidades en las áreas: física, psicológica, social y espiritual y elaborar el diagnóstico de enfermería relacionado con la alteración del bienestar en las diferentes áreas.
- Planificar acciones de enfermería individualizadas, según prioridades determinadas por el paciente.
- Ejecutar técnicas de cuidados básicos de higiene y confort, cuidados de la piel y de la boca, alimentación, eliminación, movilización, locomoción y rehabilitación.
- Administrar los medicamentos indicados utilizando las diferentes vías de administración (oral, rectal, subcutánea, raquídea, etc), según técnicas y procedimientos específicos, utilización de dispositivos de infusión continua, control de dosis y frecuencia, monitoreo de resultados terapéuticos, detección de efectos secundarios y adversos.
- Colocar agujas y catéteres parenterales subcutáneos o intravenosos para administración de tratamiento farmacológico o hidratación, manejo de los mismos, prevención y detección precoz de eventuales complicaciones.
- Realizar tratamientos específicos: curaciones de heridas o lesiones de la piel, administración de enemas, resolución de fecalomas, manejo de sondas, catéteres, ostomías, linfedema, sistemas de alimentación enteral y parenteral, etc.
- Prevenir complicaciones y situaciones de riesgo en el área física (ej. úlceras por decúbito).
- Asesorar sobre cuidados específicos en pacientes con tratamiento oncológico con finalidad paliativa: quimioterapia, radioterapia.
- Entrenar y supervisar a la familia y/o entorno afectivo sobre aspectos del cuidado general del paciente y administración de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Desarrollar habilidades interviniendo como facilitadores de la comunicación entre la unidad de tratamiento y el resto del equipo interdisciplinario.
- Favorecer la provisión y administración de recursos materiales necesarios para la implementación de los cuidados.
- Evaluar el resultado de los cuidados de enfermería determinando la calidad de la prestación.
- Registrar los procedimientos realizados en la Hoja de Enfermería y/o Historia Clínica.

SERVICIO SOCIAL

- Identificar, prevenir y/o tratar los factores sociales del sufrimiento en el paciente y su familia (aislamiento social, conflictos en los vínculos familiares, dificultad en el desempeño de roles, escasa motivación para generar y/o concretar proyectos de vida, etc).

- Evaluar el grado de impacto que la enfermedad produce en el paciente, familia y entorno significativo, para arribar al diagnóstico socio-familiar.
- Identificar necesidades y recursos de afrontamiento en crisis del paciente, familia y entorno significativo para desarrollar su tratamiento.
- Favorecer el aumento de la capacidad cuidadora, aportando todos aquellos elementos que propicien la autonomía y seguridad en la participación en los cuidados.
- Fomentar un adecuado nivel de comunicación entre la unidad de tratamiento y el equipo de cuidados paliativos con el objeto de lograr una mayor unificación de criterios para la optimización de objetivos.
- Realizar intervenciones en situaciones de riesgo social detectados en la unidad de tratamiento que dificulten la adaptación activa a la enfermedad (violencia, adicciones, abusos, etc).
- Contener, prevenir y/o tratar a los familiares y/o entorno significativo durante el proceso de duelo.
- Orientar hacia la resolución de situaciones o complicaciones que se puedan plantear aportando información, asesoramiento y/o conexión con los recursos más idóneos, durante el proceso de enfermedad y/o en el duelo.
- Desarrollar acciones de orden legal, ante situaciones de riesgo que se presenten durante el proceso de enfermedad y/o en el duelo.
- Coordinar actividades de educación comunitaria sobre aspectos generales de Cuidados Paliativos.
- Coordinar actividades de capacitación y supervisión de voluntariado.

PSICOLOGÍA

- Demostrar la capacidad de actuación dentro del equipo interdisciplinario, durante la asistencia del paciente y/o en la discusión de casos, demostrando habilidades para alcanzar un consenso para el seguimiento del mismo.
- Demostrar cambios de actitudes al enfrentar situaciones que requieran reconocer los límites de la medicina, informando al paciente y su familia de los mismos.
- Fundamentar la toma de decisiones, presentado en ateneo de casos, de acuerdo a los conocimientos adquiridos, contemplando aspectos biomédicos, psicosocial y bioéticos.
- Establecer estrategias de tratamiento y seguimiento desde el enfoque paliativo, que deberán ser escritas en la Historia Clínica del paciente.
- Describir el problema asistencial actual y/o potencial, la acción propuesta y el consenso con el paciente y la familia en la Historia Clínica del paciente.

- Conocer los aspectos médicos generales en oncología y otras patologías graves frecuentes en Cuidados Paliativos, así como las características generales de los principales tratamientos médicos: cirugía, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, hormonoterapia, braquiterapia.
- Evaluar al paciente, identificando particularidades de su proceso de adaptación a la enfermedad. Reconocer reacciones adaptativas y no adaptativas así como estrategias de afrontamiento a la enfermedad e inminencia de la muerte.
- Diagnosticar con evaluación multiaxial DSM IV, identificar los trastornos que aparezcan y establecer junto con el resto del equipo estrategias para facilitar su asistencia.
- Identificar, evaluar y/o tratar los aspectos emocionales del sufrimiento.
- Identificar situaciones clínicas que requieran para su resolución la interconsulta con otras especialidades (psiquiatría, terapia ocupacional, asesoramiento pastoral, clínica médica, trabajo social, asesoramiento legal, etc.)
- Describir el problema actual y/o potencial, la estrategia de tratamiento y las recomendaciones al resto del equipo interdisciplinar en la Historia Clínica del paciente.
- Identificar, evaluar y/o tratar los aspectos existenciales del sufrimiento.
- Demostrar en la tarea asistencial diaria la habilidad para realizar diferentes tipos de Intervenciones: Asesoramiento, Apoyo Emocional, Psicoeducación, Psicoterapia.
- Desarrollar destreza en el manejo de técnicas específicas para el control de la ansiedad o para intervenir ante diferentes problemas desadaptativos (técnicas cognitivo-conductuales).
- Evaluar a la familia (UT), identificar sus reacciones adaptativas o desadaptativas en su proceso, así como sus estrategias de afrontamiento ante la enfermedad de un miembro y/o posibilidad de pérdida.
- Identificar en la Unidad de Tratamiento problemas relacionales y comunicacionales previos y actuales, orientando al resto del equipo en su manejo. Elaborar estrategias interdisciplinarias de intervención.
- Identificar y tratar a los miembros vulnerables, realizando prevención en situaciones de riesgo psicológico y/o duelo complicado.
- Contener, prevenir y/o tratar a los familiares anticipando situaciones de claudicación familiar.
- Demostrar en la tarea asistencial diaria con la unidad de tratamiento la habilidad para realizar intervenciones de psicoterapia familiar en el contexto de los cuidados paliativos.
- Detectar y/o tratar problemas comunicacionales, relacionales y sexuales en la pareja en el contexto de los cuidados paliativos.

- Favorecer el aumento de la capacidad cuidadora, aportando todos aquellos elementos que propicien la autonomía y seguridad en la participación en los cuidados.
- Reconocer y estimular las áreas sanas (fortalezas) tanto del paciente como de la familia.
- Desarrollar habilidades para la facilitación en el proceso de duelo.
- Reconocer las intervenciones de psicoterapia de duelo en las situaciones de duelos complicados.
- Demostrar capacidad de comunicación y trabajo dentro del equipo interdisciplinario, durante la asistencia de la unidad de tratamiento y/o en la discusión de casos, demostrando habilidades para alcanzar consenso.
- Demostrar capacidad de reflexión y autoasistencia ante el impacto emocional del sufrimiento y la muerte en la tarea cotidiana.
- Demostrar los conocimientos adquiridos realizando actividades docentes en la propia residencia, a otros profesionales del área de salud, a pacientes, familias y miembros de la comunidad
- Coordinar actividades de capacitación y supervisión de voluntariado.
- Identificar los conflictos éticos de los casos clínicos asistidos y argumentar su resolución en la presentación ante el equipo de Cuidados Paliativos en ateneo de casos.
- Identificar y presentar situaciones dilemáticas que requieran la discusión en el comité de bioética del hospital.
- Diseñar un proyecto investigación con la posibilidad de desarrollarlo

TERAPIA OCUPACIONAL

- Evaluar el estado funcional del paciente en relación a las áreas del desempeño ocupacional: AVD; AIVD; Tiempo libre; Trabajo; Educación; Juego y Participación social.
- Evaluar el perfil ocupacional, el impacto de la enfermedad y la presencia de déficit en las funciones y estructuras corporales. Detectar las restricciones/limitaciones y capacidades/fortalezas en relación a su perfil y patrones previos (ej: evaluar el impacto de los síntomas, de los déficit neurocognitivo, músculo esquelético, cardiovascular y/o neurológico en la vida cotidiana).
- Evaluar los distintos contextos en los que se desempeña el paciente a fin de identificar posibles obstáculos que limiten dicho desempeño e impidan el proceso de adecuación a su condición.
- Detectar necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y su familia y/o entorno afectivo.
- Valorar el grado de adecuación del paciente para el desempeño en las áreas ocupacionales.

- Establecer el plan terapéutico en conjunto con el paciente y su familia con un abordaje centrado en la persona.
- Discutir y analizar junto con el equipo de CP las necesidades del paciente tendiente a establecer el plan terapéutico.
- Motivar al paciente para el desempeño de sus ocupaciones en general; durante el proceso de adecuación al deterioro y ante los cambios funcionales.
- Fomentar y mantener la autonomía del paciente: toma de decisiones, ejecución, desempeño y participación en ocupaciones significativas en las distintas áreas ocupacionales.
- Estimular el desarrollo y/o adecuación de patrones desempeño ocupacional (hábitos, rutinas y roles) acorde a las necesidades e intereses del paciente.
- Favorecer y mantener la autoestima y el estilo de vida del paciente.
- Coordinar con los miembros del equipo profesional el proceso de rehabilitación acorde a diagnóstico, etapa/estadio y pronóstico de su enfermedad.
- Asesorar, educar y/o favorecer la adecuación del paciente y su familia y/o entorno afectivo sobre los cuidados posturales, alivio de síntomas, pérdidas funcionales progresivas, capacidad funcional del paciente, asistencias necesarias, organización de rutinas, prevención de claudicación familiar, etc.
- Promover un espacio terapéutico para la exploración, reconocimiento, elaboración, aceptación y expresión de roles, hábitos, valores, creencias e intereses de la Unidad de Tratamiento.
- Asesorar y realizar modificaciones en los entornos donde se desempeña el paciente para optimizar sus capacidades, favorecer el desempeño ocupacional y/o la adecuación al proceso de deterioro y pérdidas de función en sus ocupaciones.
- Reevaluar el plan terapéutico de acuerdo a las necesidades del paciente y su familia.

FARMACIA

- Asegurar la farmacoterapia prescrita por el profesional actuante en tiempo y forma
- Demostrar habilidad para la educación sanitaria
- Reconocer la importancia del seguimiento farmacoterapéutico por paciente
- Reconocer reacciones adversas, interacciones, asociaciones no recomendables de fármacos
- Reconocer los resultados terapéuticos y la toma de medidas complementarias adecuadas, donde debe ser informado al Equipo tratante
- Identificar alternativas farmacéuticas
- Demostrar actitud de apoyatura técnica en internación domiciliaria
- Promover el uso racional de medicamentos, particularmente los analgésicos

- Aportar criterios farmacológicos para el formulario terapéutico
- Desarrollar la farmacotecnia acorde a preparados oficinales y magistrales según corresponda para los fármacos habituales de cuidados paliativos
- Garantizar la disponibilidad de toda la documentación que exige la ley de estupefacientes y psicotrópicos
- Reconocer la evaluación de tolerancia y respuesta de los fármacos
- Identificar alternativas de mejoras en los distintos procesos del ciclo logístico
- Reconocer las tareas de farmacovigilancia.
- Demostrar destreza para comunicarse con el paciente o con los cuidadores el uso de los medicamentos, particularmente los analgésicos: dosis, frecuencia, horarios de aplicación, y la efectividad de estos.
- Conocer y aplicar escalas de valoración del dolor y otros síntomas
- Demostrar destrezas para garantizar la custodia domiciliaria de los medicamentos, especialmente los estupefacientes y para revisar los sobrantes para determinar si se están aplicando las dosis correctamente
- Identificar posibles reacciones adversas como estreñimiento, náuseas, disnea u otras y comunicarlas al enfermero y/o médico.
- Evaluar los problemas que tiene el paciente domiciliario o los cuidadores con el tratamiento, ya sea de entendimiento, de cumplimiento, de almacenamiento, de eficacia y de seguridad, promoviendo medidas correctivas en cada caso.
- Confeccionar hojas de medicación con horarios diarios.
- Elaborar pictogramas para las personas que tienen dificultad de entender las indicaciones escritas.
- Confeccionar dispensadores individuales de los medicamentos para un mejor ordenamiento y control de las dosis aplicadas.
- Capacitar a los cuidadores domiciliarios o institucionales para la correcta aplicación y seguimiento de los tratamientos como aplicar inyecciones subcutáneas, el uso de concentradores o cilindros de oxígeno, aplicación de un enema u otros medicamentos.
- Capacitar a los cuidadores domiciliarios o institucionales en el llenado de un instrumento escrito para llevar el control diario del dolor en el paciente y el tiempo que pasa aliviado antes de aplicar las próximas dosis de analgésico.

(iv) Instrumentos de evaluación

- I Ejercicio de examen clínico reducido (miniCEX)
- II Portfolio
- III Instrumento de evaluación anual
- IV Registro de evaluación de rotaciones

I. Ejercicio de examen clínico reducido (mini-CEX)

Pasos para la implementación

- 1 Analizar con los docentes involucrados cada una de las competencias a evaluar
- 2 Identificar qué es importante observar
- 3 Consensuar los requerimientos mínimos para cada residente de acuerdo a su nivel de experiencia
- 4 Distribuir formularios en los escenarios de observación o confeccionar formularios de bolsillo
- 5 Agendar la sesión con el residente (el residente puede solicitarla al docente o la secretaria de docencia programa la fecha y la hora de los encuentros)
- 6 Observar el desempeño
- 7 Completar el formulario
- 8 Dar *feedback* en forma inmediata

Instrumento: ver página siguiente

MINI CEX

Residente: _____ FC: _____ R1 R2
 Examinadores: _____ Fecha: _____
 Ambito (contexto de la evaluación)
 Paciente: Edad Internado Ambulatorio Domiciliario
 Primera vez Seguimiento posterior
 Complejidad: baja moderada alta
 Enfasis. Diagnóstico Terapéutico Asesoramiento Integral

1. HABILIDADES PARA LA CONDUCCION DE LA ENTREVISTA

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

2. HABILIDADES PARA LA SEMIOLOGIA (SEGÚN PROFESION)

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

3. CUALIDADES HUMANISTICAS Y PROFESIONALISMO

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

4. CRITERIO CLINICO (SEGÚN PROFESION)

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

5. HABILIDAD PARA ASESORAR AL PACIENTE Y/O FAMILIA (SEGÚN PROFESION)

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

6. ORGANIZACIÓN / EFICIENCIA

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

7. COMPETENCIA CLINICA GLOBAL COMO ESPECIALISTA DE CONSULTA

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

Tiempo de la evaluación: OBSERVACION: ____ min DEVOLUCION: ____ min

Satisfacción con el método:

Del examinador: baja _____ alta

Del examinado: baja _____ alta

Firmas:

Evaluador

Residente

CODEI

II. Plantilla evaluación de portfolio anual

<i>Item</i>	<i>Puntaje</i>
DESCRIPCION DEL CASO (Incluyendo claridad conceptual del contenido, grado de inclusión de información relevante y creatividad del formato)	.../10
ANALISIS CLINICO GLOBAL (Identificación de necesidades, satisfactores y problemas, consideraciones sobre enfermedad/es subyacente/s)	.../15
ANALISIS CLINICO ESPECIFICO (Dimensiones del cuidado: control de síntomas, comunicación, aspectos psicosociales y espirituales, ética clínica, últimos días de vida, aspectos prácticos, duelo)	.../25
REFLEXION CRITICA (Análisis de las intervenciones e identificación de las emociones, conflictos de valores. Incluye referencia de las fuentes consultadas y de potenciales proyectos vinculables a desarrollar)	.../30
RESOLUCION DE LAS NECESIDADES CLINICAS en las DIFERENTES DIMENSIONES DEL CUIDADO	.../20
COMENTARIOS	
Calificación final Altamente Satis factorio Satis factorio Poco Satis factorio Insatis factorio 100-90-80 () 70-60 () 50-40 () 30-20-10 ()	.../100
Evaluador:	

III: Instrumento de evaluación (anual)



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
HOSPITAL

CODEI

INSTRUMENTO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO DE LOS RESIDENTES de CUIDADOS PALIATIVOS

NOMBRE Y APELLIDO:

RESIDENTE

Ficha censal:

ESPECIALIDAD:

AÑO DE CURSADA:

HOSPITAL SEDE:

LUGAR DE FORMACIÓN (Departamento, Unidad...):

PERIODO EVALUADO: del..... al.....

FECHA DE LA EVALUACION:/...../.....

EVALUADOR (FIRMA Y SELLO):

INSTRUCCIONES:

Marque con una cruz en la columna que corresponda en cada caso. Escriba en el renglón de observaciones todas las consideraciones particulares no contempladas en el instrumento incluyendo asistencia y puntualidad cuando sea pertinente.

Luego de evaluar los ítems de cada ámbito de actividades Ud. deberá señalar si el residente / concurrente se ha desempeñado en forma altamente satisfactoria, satisfactoria, poco satisfactoria o insatisfactoria.

Con las mismas categorías deberá valorar el desempeño global. Esta grilla debe estar firmada en cada página de lo contrario carecerá de validez.

Categorías de la grilla

- 1) C = consolidado (CALIFICACIÓN: 7, 8, 9 ó 10)
- 2) LPI = logrado en forma parcial pero integrado (CALIFICACIÓN: 4,5 ó 6)
- 3) LID = logrado irregular y desarticulado (CALIFICACIÓN: 1,2 ó 3).

N/O: No Observado/ N/C: No corresponde.

1. EVALUACION DEL DESEMPEÑO EN SALA												
1.1 Historia Clínica	1) C	2) LPI	3) LID	4) N/O N/C								
<p>Realiza correcta y sistematizadamente el interrogatorio y la semiología, según su profesión.</p> <p>Plantea una correcta orientación diagnóstica.</p> <p>Registra de manera ordenada, completa y con capacidad de síntesis.</p> <p>Diseña un plan diagnóstico y terapéutico apropiado y acorde con la sistemática del servicio.</p> <p>El seguimiento refleja la evolución del paciente.</p>												
<p>1.2. Atención al paciente</p> <p>Es respetuoso e inspira confianza.</p> <p>Se interesa por la situación global del paciente.</p> <p>Jerarquiza la información brindada al paciente y su familia comunicándola en forma comprensible.</p> <p>Reconoce sus limitaciones y sus consultas son pertinentes.</p> <p>Promueve un vínculo empático.</p> <p>Cumple con sus responsabilidades profesionales y demuestra preocupación por la resolución de los problemas del paciente.</p> <p>Cumple la sistemática en la orientación diagnóstica y terapéutica.</p> <p>Tiene criterio de prioridad en la solicitud de exámenes.</p> <p>Realiza los procedimientos con destreza.</p>												
<p>1.3 Asistencia en Sala</p> <p>Toma decisiones de acuerdo a su nivel de responsabilidad.</p> <p>Resuelve adecuadamente las situaciones críticas.</p> <p>Jerarquiza los problemas según prioridades.</p> <p>Tiene criterio para interconsulta y/o derivación.</p> <p>Efectúa los controles de los pacientes internados.</p>												
<p>1.4 Pases de Sala y de Guardia</p> <p>Sigue una sistemática en la presentación del caso.</p> <p>Promueve la discusión y hace nuevos aportes.</p> <p>Colabora en definir estrategias.</p>												
<p>Asistencia y puntualidad:</p> <table border="0"> <tr> <td>Altamente Satisfactorio</td> <td>Satisfactorio</td> <td>Poco Satisfactorio</td> <td>Insatisfactorio</td> </tr> <tr> <td>10-9-8 ()</td> <td>7-6 ()</td> <td>5-4 ()</td> <td>3-2-1 ()</td> </tr> </table>					Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio	10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()
Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio									
10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()									
<p>1° - DESEMPEÑO EN SALA:</p> <p>CALIFICACIÓN (1 A 10):.....</p> <table border="0"> <tr> <td>Altamente Satisfactorio</td> <td>Satisfactorio</td> <td>Poco Satisfactorio</td> <td>Insatisfactorio</td> </tr> <tr> <td>10-9-8 ()</td> <td>7-6 ()</td> <td>5-4 ()</td> <td>3-2-1 ()</td> </tr> </table>					Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio	10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()
Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio									
10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()									
<p>OBSERVACIONES y SUGERENCIAS:</p>												

2. EVALUACION DEL DESEMPEÑO EN C. EXTERNO												
<p>Realiza semiología adecuada a la situación y motivo de consulta.</p> <p>Orienta correctamente el diagnóstico.</p> <p>Selecciona los estudios complementarios y las interconsultas con criterio clínico y de acuerdo con las prioridades.</p> <p>Formula las indicaciones terapéuticas considerando la situación del paciente / familia.</p> <p>Es respetuoso e inspira confianza.</p> <p>Se interesa por la situación global del paciente / familia.</p> <p>Jerarquiza la información brindada al paciente y su familia comunicándola en forma comprensible.</p>	1) C	2) LPI	3) LID	4) N/O N/C								
<p>Asistencia y puntualidad:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Altamente Satisfactorio</td> <td style="width: 25%;">Satisfactorio</td> <td style="width: 25%;">Poco Satisfactorio</td> <td style="width: 25%;">Insatisfactorio</td> </tr> <tr> <td>10-9-8 ()</td> <td>7-6 ()</td> <td>5-4 ()</td> <td>3-2-1 ()</td> </tr> </table>					Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio	10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()
Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio									
10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()									
<p>2° - DESEMPEÑO EN CONSULTORIO EXTERNO:</p> <p>CALIFICACIÓN (1 A 10):.....</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Altamente Satisfactorio</td> <td style="width: 25%;">Satisfactorio</td> <td style="width: 25%;">Poco Satisfactorio</td> <td style="width: 25%;">Insatisfactorio</td> </tr> <tr> <td>10-9-8 ()</td> <td>7-6 ()</td> <td>5-4 ()</td> <td>3-2-1 ()</td> </tr> </table> <p>OBSERVACIONES y SUGERENCIAS:</p>					Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio	10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()
Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio									
10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()									
3. EVALUACION DEL DESEMPEÑO EN DOMICILIO												
<p>Toma decisiones de acuerdo a su nivel de responsabilidad.</p> <p>Resuelve adecuadamente las situaciones críticas.</p> <p>Jerarquiza los problemas según prioridades.</p> <p>Tiene criterio de derivación y de internación.</p> <p>Es respetuoso de las creencias y valores.</p> <p>Se interesa por la situación global del paciente / familia.</p> <p>Jerarquiza la información brindada al paciente y su familia comunicándola en forma comprensible.</p>	1) C	2) LPI	3) LID	4) N/O N/C								
<p>Asistencia y puntualidad:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Altamente Satisfactorio</td> <td style="width: 25%;">Satisfactorio</td> <td style="width: 25%;">Poco Satisfactorio</td> <td style="width: 25%;">Insatisfactorio</td> </tr> <tr> <td>10-9-8 ()</td> <td>7-6 ()</td> <td>5-4 ()</td> <td>3-2-1 ()</td> </tr> </table>					Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio	10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()
Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio									
10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()									
<p>3° - DESEMPEÑO EN DOMICILIO:</p> <p>CALIFICACIÓN (1 A 10):.....</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Altamente Satisfactorio</td> <td style="width: 25%;">Satisfactorio</td> <td style="width: 25%;">Poco Satisfactorio</td> <td style="width: 25%;">Insatisfactorio</td> </tr> <tr> <td>10-9-8 ()</td> <td>7-6 ()</td> <td>5-4 ()</td> <td>3-2-1 ()</td> </tr> </table> <p>OBSERVACIONES y SUGERENCIAS:</p>					Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio	10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()
Altamente Satisfactorio	Satisfactorio	Poco Satisfactorio	Insatisfactorio									
10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()									

4 EVALUACION DEL DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES ACADEMICAS					
4.1 Participacion en clases y ateneos		1) C	2) LPI	3) LID	4) N/O N/C
Realiza presentaciones claras y precisas. Integra y jerarquiza la información presentada basándose en bibliografía pertinente. Participa en discusiones. Interviene en la elaboración de trabajos científicos. Lee y se mantiene informado sobre temas de su especialidad. Demuestra conocimientos suficientes en las evaluaciones del servicio.					
Asistencia y puntualidad:					
Altamente Satis factorio	Satis factorio	Poco Satis factorio	Insatis factorio		
10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()		
4° - DESEMPEÑO EN ACTIVIDADES ACADEMICAS:					
CALIFICACIÓN (1 A 10):.....					
Altamente Satis factorio	Satis factorio	Poco Satis factorio	Insatis factorio		
10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()		
OBSERVACIONES y SUGERENCIAS:					
5. EVALUACION DEL DESEMPEÑO COMO SUPERVISOR (residentes de segundo año)					
Supervisa las historias clínicas de la sala y la evolución de los pacientes internados.		1) C	2) LPI	3) LID	4) N/O N/C
Supervisa el trabajo de guardia y es referente de consulta. Orienta la adquisición de conocimientos. Atiende las necesidades del supervisado según su etapa formativa.					
Asistencia y puntualidad:					
Altamente Satis factorio	Satis factorio	Poco Satis factorio	Insatis factorio		
10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()		
5° DESEMPEÑO COMO SUPERVISOR:					
CALIFICACIÓN (1 A 10):.....					
Altamente Satis factorio	Satis factorio	Poco Satis factorio	Insatis factorio		
10-9-8 ()	7-6 ()	5-4 ()	3-2-1 ()		
OBSERVACIONES:					

6° ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD:		
<i>CALIFICACIÓN (1 A 10):</i>		
Altamente Satis factorio 10-9-8 ()	Satis factorio 7-6 ()	Poco Satis factorio 5-4 ()
Insatis factorio 3-2-1 ()		
OBSERVACIONES y SUGERENCIAS:		
7° EVALUACION de FORMACION COMPLEMENTARIA		
	SI	NO
Idioma		
Informática		
Investigación		
Ética		
Cursos externos reconocidos		
Observaciones y sugerencias:		
8° EVALUACION GLOBAL DEL DESEMPEÑO:		
<i>CALIFICACIÓN (1 A 10):</i>		
Altamente Satis factorio 10-9-8 ()	Satis factorio 7-6 ()	Poco Satis factorio 5-4 ()
Insatis factorio 3-2-1 ()		
OBSERVACIONES:		
9° CONCLUSIONES GENERALES Y SUGERENCIAS :		

Firma y aclaración de las/ los Evaluadores:

Firma y aclaración del residente:.....

Firma y aclaración del coordinador local:.....

Firma y aclaración del jefe del servicio:.....

Firma y aclaración del secretario CODEL:.....

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 541/MSGC/17 (continuación)**IV. Registro de evaluación de rotaciones****Residencia post básica de Cuidados Paliativos
MS-GCABA****EVALUACION de ROTACIÓN para CAPACITACION en
COMPETENCIAS ESPECÍFICAS***(para completar en el servicio anfitrión)*

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE			
Nombre y apellido del rotante:			
Entidad anfitriona:			
Fecha de la rotación: del...../...../..... al/...../.....			
<i>EVALUACION DEL APRENDIZAJE DURANTE LA ROTACION</i>			
PRESENTISMO	ACTITUD	APRENDIZAJE	Evaluación
			Altamente satisfactorio (10-9-8)
			Satisfactorio (7-6)
			Poco satisfactorio (6-5-4)
			Insatisfactorio (3-2-1)
(marque X en el casillero apropiado para cada ítem)			
Comentarios:			
Fecha del informe final:/...../.....			
Firma y sello del tutor y del evaluador responsable:			

Declaro haber leído el informe de evaluación precedente: _____
(firma del R rotante)

Firma y sello CODEI: