

*Silvia Chera. Medica especialista en MGyF. Hospital Tornú. Coordinadora General de la Residencia de MGyF. Dirección de Docencia Investigación y Desarrollo Profesional CABA. Docente de Medicina Familiar y de Salud Pública Universidad de Buenos Aires.*

Marzo 2021.

### Fundamentación

La residencia de Medicina General y/o Familiar es un sistema de formación en servicio cuyo programa formativo debe priorizar el aprendizaje a través del trabajo diario en ámbitos y dispositivos asistenciales, comunitarios, de investigación y docentes dentro del primer nivel de atención, bajo supervisión permanente y con responsabilidad progresiva según el grado de autonomía alcanzado dentro del trayecto de aprendizaje.

El proceso de formación de la especialidad y luego de inserción en el trabajo, se sitúa en el contexto de un país latinoamericano, y dentro de una trama local atravesada tanto por la desigualdad, como por la fragmentación del sistema de salud. Esto implica la necesidad de construir un perfil profesional que dé cuenta de la complejidad que ello significa para la atención y el acompañamiento al cuidado de la salud situado en nuestra realidad social. Desde esa perspectiva, se propone la construcción de una identidad profesional que componga sus competencias a partir de las dimensiones del **derecho a la salud**, la **clínica ampliada**; la **dimensión relacional/vincular** y la **de la gestión y fortalecimiento del campo de conocimiento**.

#### 1. Dimensión del derecho a la salud en la MGyF:

El cumplimiento de derechos implica comportamientos positivos adscriptos a los principios de progresividad y no regresividad por parte de quienes cumplen funciones sociales, sobre todo si lo hacen trabajando desde instituciones del Estado o de la Seguridad Social. En la actualidad se asigna a la profesión médica de grado, competencias orientadas a la defensa o cumplimiento de derechos de pacientes, pero en la formación de posgrado en la especialidad MGyF esta dimensión adquiere un rol central, aun considerando la diversidad de perspectivas o paradigmas de concepción de salud y de los diferentes subsistemas de salud donde se despliega la especialidad. A nivel internacional, se hace foco en el rol de "advocacy", o en la defensa, promoción y protección de derechos en salud que abarcan desde la promoción de la salud según lo definido en la Carta de Ottawa, hasta niveles muy concretos como son las acciones asociadas a la responsabilidad social de quienes son especialistas en MGyF en la puerta de entrada al sistema.

Esto significa para profesionales de la MGyF, la realización de acciones proactivas orientadas por nuevos acuerdos sociales, normativas y leyes, en nuevas miradas para el abordaje en cuestiones de género, migraciones, discapacidades, derechos de pacientes, entre otros. Son gestiones concretas, tendientes a facilitar el acceso a la salud y a los cuidados en el tejido del sistema y del equipo donde se insertan, y considerando las grandes brechas en las condiciones de salud de las personas determinadas socialmente. Estas acciones no alcanzan para reemplazar lo que la organización del sistema de salud no tiene, pero lo hacen visible y estimulan a que lo tengan, abogando por su mejora.

Esto implica la necesidad de formación para desempeñarse con responsabilidad de población adscripta o a cargo, en una de las puertas de entrada al sistema de salud, pero con el eje puesto en alojar, en facilitar el acceso, la articulación y la disponibilidad de cuidados. Implica la planificación local centrada en los problemas de y con la comunidad y las personas, lo que incluye etapas de análisis de situación en salud, la elaboración y/o aplicación de estrategias de abordaje de los problemas y necesidades comunitarias y/o de

la población de referencia; el diseño de dispositivos para el acceso local a la continuidad de cuidados; la generación de información relevante y la evaluación permanentes. Gestión de recursos físicos, materiales, simbólicos y del conocimiento, recursos del sistema de salud, y de las redes de las personas, las familias y las comunidades, lo que también incluye la gestión del tiempo.

## 2. Clínica ampliada:

La MGyF asume a la clínica con criterio ampliado, es decir, incorpora una perspectiva integral del sujeto en su contexto y entiende la necesidad innegable del trabajo en equipo, quitando énfasis a la enfermedad como entidad objetiva, para considerarla una parte de la existencia. Esto significa ejercer el pensamiento clínico en un doble movimiento en su rol como especialista: en el propio campo profesional y, en la integración de las prácticas en equipos de salud con la articulación en redes de atención. Lejos de fragmentar, es una especialidad que se propone asegurar la integralidad y continuidad de cuidado mediante el trabajo clínico propio e integrado con otras especialidades, disciplinas y saberes que operan en ese sentido.

Desde esa perspectiva, es necesaria la implementación de *actos de cuidado* que comprendan, abarquen, y contemplen los ciclos del vivir y el morir, con intervenciones o “actos de salud” abiertas a incorporar nuevas concepciones de acompañamiento al cuidado. Sus actividades profesionales incluyen acciones de promoción y prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria; lo terapéutico, y lo paliativo cuyo alcance y foco estará delimitado por las características poblacionales de donde trabaja.

En el propio campo disciplinar es necesario intervenir en los problemas, padecimientos o dolencias con fundamentos fisiopatológicos, basarse en evidencias científicas y en criterios epidemiológicos; pero también en las dimensiones subjetivas y vinculares mediante prácticas contextualizadas en la realidad social y cultural en que se desarrolla el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Desde este punto de vista, el paradigma de la complejidad en la ciencia ofrece nuevas perspectivas con el aporte de la epidemiología y de las ciencias sociales que deben ser aplicadas al campo de la práctica clínica permitiendo renovados encuadres en la tarea de la MGyF.

Desde esa multiplicidad, el abordaje clínico se impone como un estudio de la singularidad de cada situación para la toma de decisiones que disminuya los territorios de incertidumbre médica. Esto implica la necesidad de abordar la complejidad con las características que se presentan en el primer nivel de atención en su interfase de cercanía con la vida cotidiana de las personas: de incorporar las dimensiones que determinan los estados de salud o enfermedad, no como anécdota o rasgo secundario a una nosología determinada previamente, sino centralmente integradas mediante la definición de problemas que van orientando las intervenciones, haciéndolas singulares a través de la incorporación de todas esas dimensiones de determinación (incluidas las necesidades y los recursos, personales, familiares, sociales, de la red, y del propio sistema de salud) e identificando sus límites y posibilidades.

Desde esta visión, el razonamiento clínico de la MGyF opera en relación al contexto y por ello lo hace **mediante abordajes situados**, en un ejercicio de problematización que incorpora a la evidencia científica, metodologías de la planificación en la toma de decisiones. Es así que también la tarea clínica se realiza situadamente, con acciones a nivel individual, grupal y poblacional; con mirada epidemiológica y con acción epidemiológica; y mediante el trabajo en diversos escenarios de práctica como lo son el centro de salud, consultorios y guardias, entornos virtuales y de teleasistencia; domicilios de las personas, organizaciones, instituciones y territorios comunitarios; entre otros.

## 3. La dimensión relacional – El trabajo con otros – en la MGyF:

La ampliación de la clínica desde el punto de vista de la MGyF implica, central y necesariamente, el desarrollo de competencias relacionales para el trabajo junto con quienes son destinatarios de la labor y también para el trabajo en equipos y redes.

En el estado actual del exponencial crecimiento en el campo de la medicina, se tiende a focalizar el conocimiento en profundidades y especificidades nosológicas y a ofrecer atención mediante especialidades que se organizan alrededor de los avances tecnológicos. A tal efecto, para este programa de formación, se asume como "tecnologías" a la organización del complejo de recursos que se destinan al cumplimiento de una determinada tarea, incluyendo todas las herramientas que permiten hacer, lograr cierto efecto, aunque éste no sea necesariamente algo material tangible.

Desde esta perspectiva, se entiende que la producción de cuidados no puede ser producida enteramente por equipamientos o mediaciones técnicas muy estructuradas, pues el objeto "cuidado" no lo es, así como tampoco lo son las personas en su contexto vital. Es así que el trabajo situado de la MGyF tiene un gran componente artesanal. Su acción se sostiene en el uso de los tres tipos de tecnologías en salud definidas por Emerson Merhy, las tecnologías "duras", que corresponden a los equipamientos, medicamentos; las tecnologías "blanda- duras", que corresponden a los conocimientos estructurados, como son los protocolos o de clínica de las enfermedades, la medicina basada en evidencias y la epidemiología; pero estas dos, siempre mediadas por las tecnologías "blandas", que corresponden a los procesos relacionales

Para ello es necesario el desarrollo de posibilidades de escucha, sensibilidad, diálogo y flexibilidad en relación con las heterogéneas necesidades de las personas para facilitar las respuestas ofrecidas en la realidad social y cultural en la que se desarrolla su proceso de salud, enfermedad y cuidado. Es asegurar la integralidad y continuidad del abordaje de cada problema, entendiendo el trabajo clínico como el desarrollo y sostenimiento de un vínculo interpersonal en el que el equipo terapéutico es continuamente responsable por el proceso de atención, aun cuando éste incluya interconsultas o referencias a otros niveles. Es propiciar la integración al sistema de salud y el trabajo en intersectorialidad. El trabajo colaborativo, la construcción de opciones y estrategias de intervención que aborden la complejidad de las situaciones implica también, incorporar el conflicto, la multiplicidad y la diversidad de intereses y de posibilidades entre y en los diversos grupos como parte constitutiva de esta producción de la atención y el cuidado.

El cuidado adquiere un formato de co-construcción en muchos niveles, no solo con las personas usuarias del sistema, las personas del equipo de salud, sino también en el aprendizaje colaborativo como lugar de experimentación y aprendizaje vincular.

En el trabajo en entornos de gran incertidumbre, como lo es el primer nivel de atención, es esencial la construcción de confianza para la toma de decisiones. Pero el cuidado también, y centralmente, implica una actitud activa en la construcción de autonomía de las personas. Con ese posicionamiento ampliado, el rol de la MGyF apunta a acciones de *andamiaje o apuntalamiento* en los vínculos profesionales de cuidado, rol que comparte con las otras disciplinas del primer nivel de atención. Tanto en el área de aprendizaje como en la de los cuidados, la metáfora del andamiaje alude a la utilización de andamios, como estructuras de apoyo transitorio para facilitar esa construcción: es la mediación del profesional para sostener la oportunidad de procesos que facilitan la continuidad de atención y cuidado.

La clínica de la MGyF, lejos de concebirse como la intervención sobre el "objeto enfermedad", propone la construcción intersubjetiva de proyectos terapéuticos que reconocen la dimensión "de lo otro": dimensiones tales como la diversidad cultural, la perspectiva de género; y un necesario posicionamiento desde la equidad para con grupos sociales vulnerados. No alcanza con sólo indicar o dar información: la información cobra potencia si se afirma en una actitud profesional que establezca una presencia, vínculo, una relación de soporte, sostén y continuidad con una distancia operativa responsable y no intrusiva. Hacer consciente desde qué lugar se está "operando" en ese vínculo implica encontrar una posibilidad novedosa de acompañar lo singular en el cuidado. Las tecnologías vinculares se ponen en juego según la singularidad de la situación y las características del encuentro, será mediante dispositivos de consejería, entrevistas, acciones gestuales en la consulta habitual, dispositivos grupales de trabajo, entre otros.

Esta es una dimensión de competencia que es necesario profundizar con trayectos de aprendizaje concretos, y que necesita de diferentes encuadres teóricos: desde el andamiaje en el proceso de aprender sobre la propia autonomía de la persona, las perspectivas antropológicas de cuidado y autocuidado, soportes conceptuales de distintas vertientes de la psicología, desde el modelo transteórico del cambio de Prochaska o la teoría de la acción racional hasta las configuraciones vinculares, sus dimensiones transicionales y las dinámicas grupales; la participación comunitaria y el necesario apoyo en redes de cuidado, la perspectiva de la información y comunicación en salud y la toma de decisiones compartidas, la narrativa médica o la transferencia/contratransferencia en encuadres terapéuticos paciente/médico.

Incorporar la dimensión relacional en el trabajo en salud implica centrar la praxis en sujetos concretos, en situaciones concretas. Es necesario desde la formación en la especialidad, trabajar en la construcción de perfiles con la competencia para “sostener y manejar” desde el andamiaje estos procesos de salud que implican a la vida cotidiana de las personas y que incluyen el propio cuidado profesional y del equipo con el que se trabaja.

#### 4. Gestión del conocimiento

El objeto de estudio de la MGyF está sujeto a tensiones entre el conocimiento biomédico y la necesidad de integración y el aporte de otras ciencias. Es un desafío para desarrollo conceptual del campo de la especialidad a partir del consenso alcanzado en la elaboración del Marco de Referencia de la especialidad para nuestro país entre los modelos teóricos de la Medicina Familiar desarrollada en países del hemisferio norte, como Canadá o España y los aportes necesarios de otras ciencias sociales para la intervención de los problemas que se ocupa, en el marco de la Medicina Social Latinoamericana o de las teorías de la determinación social en salud que incluyen dimensiones histórico, sociales y subjetivas en el proceso salud-enfermedad-atención y cuidado y que están implicados en la praxis de la especialidad situada en nuestra realidad social y epidemiológica. Desde esta perspectiva, es un campo en continuo desarrollo y tensión, con aspectos en la generación de nuevo conocimiento que implica una práctica crítica para dar respuesta a la complejidad y responsabilidad que le cabe a la especialidad.

Para el ejercicio de la especialidad será fundamental la identificación de vacancias de conocimiento (“lo que no se sabe”), mediante diversas formas de evaluar y reflexionar la propia práctica. A partir de esta identificación y de la comprensión de diversos marcos teóricos en la MGyF, se abren varias rutas de construcción de conocimiento: la formulación de preguntas clínicas para responder a problemas de conocimiento biomédico; la identificación de las dimensiones que intervienen en la complejidad de cada situación donde se interviene; la elaboración de problemas de investigación, la identificación de problemas para intervenir desde la planificación/acción. Y este ejercicio será fundamental para la posibilidad de seguir componiendo el propio perfil acorde a las configuraciones situadas a lo largo de la vida profesional con estrategias para la formación continua.

La gestión del conocimiento implica también el ser docente: acompañar el aprendizaje de otras personas, por haber transitado el camino antes, pero también por saber acompañar. El modelo de aprendizaje colaborativo, que implica generar una comunidad de práctica donde el grupo tiene un rol central en el desafío de fomentar miradas curiosas, investigadoras, y propositivas. En la MGyF lo docente involucra centralmente acciones de educación para la salud en el trabajo clínico individual y grupal con las personas, familias y comunidades.

La gestión del conocimiento en la formación de la especialidad jerarquiza al primer nivel de atención en como campo de formación médica de posgrado en contextos de servicio. Las oportunidades que brindan la complejidad de los problemas y los recursos con los que se cuenta en las intervenciones salud desde el primer nivel de atención contienen posibilidades de aprendizajes situados, colaborativos, y la de

comunidades de práctica dentro de equipos del primer nivel de atención con otras disciplinas con las que se comparten visiones complementarias sobre los mismos problemas.

## Perfil de especialista en MGy/oF

El/la especialista en Medicina General y Familiar está formado/a para la atención integral en procesos de cuidado que inciden tanto en la salud como en la enfermedad de las personas, su familia o grupo de apoyo y la comunidad, en todas las etapas de la vida.

Es un profesional de la medicina proactivo, promotor y facilitador del acceso a derechos en salud concebida integralmente, que asume su responsabilidad profesional reconociendo los determinantes del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado tanto a nivel colectivo como individual. Con ese propósito, gestiona actos de salud en niveles clínicos, institucionales y comunitarios.

Ejerce la clínica desde una perspectiva ampliada actuando desde el primer nivel de atención a lo largo de todo el proceso salud-enfermedad-atención y cuidado: sostiene acciones para la continuidad y longitudinalidad de la atención y cuidados en el tiempo, insertándose en una población con referencia territorial o de adscripción. Realiza actos de cuidado, mediante abordajes situacionales en la atención integral de la salud dentro de equipos interdisciplinarios del primer nivel de atención, sumando sus acciones a la red de cuidados que incluye al sistema de salud y a los recursos de las personas y comunidades.

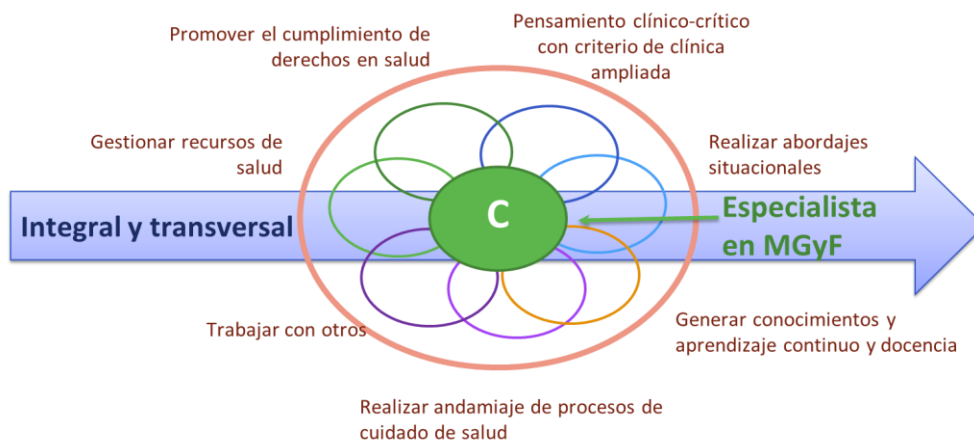
Trabaja con otros realizando intervenciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y paliativo, considerando a las personas en toda su complejidad, como sujetos de derechos insertos en un contexto familiar, sociocultural y comunitario. A partir de la construcción de vínculos, realiza andamiaje de procesos de cuidado. Genera y participa en actividades de autocuidado y cuidado del equipo de salud para una mejor atención de cada paciente y de las familias o grupos de apoyo, teniendo en cuenta las estrategias comunicacionales.

Participa en actividades de educación permanente, fomenta el aprendizaje colaborativo y la investigación para contribuir a la producción y difusión de nuevos conocimientos en la especialidad y en el primer nivel de atención. Identifica necesidades de aprendizaje propias y a la vez ejerce rol docente en la formación en la especialidad.

## Áreas de competencia

*El perfil del especialista egresado de la residencia se compone con la integración -y no por mera sumatoria- de las competencias específicas definidas a continuación. Algunas de las competencias pueden ser compartidas con otras disciplinas o especialidades del equipo de salud, sobre todo con las que comparte el trabajo en primer nivel de atención. La singularidad o especificidad del perfil de la MGyF está determinada por la integración imbricada de estas competencias, en la persona que transita y finaliza la formación en la residencia.*

Los cuatro ejes definidos para la presentación del perfil (Derecho, Clínica Ampliada; Trabajo con otros y Gestión del conocimiento) se organizan en 7 áreas de competencias para las que se definen competencias específicas que luego serán abordadas desde la enseñanza-aprendizaje y la evaluación, con criterios de progresiva autonomía a través de los 4 años de residencia.



Áreas de competencias y competencias específicas:

**1. Promover la ampliación y cumplimiento efectivo del acceso a derechos en salud en acuerdo con las personas, y con la participación comunitaria e intersectorial desde una perspectiva actualizada en materia de derechos de las personas y de ética profesional.**

1. Aplicar las normativas y leyes vigentes en materia ética y de derechos de las personas en el ejercicio cotidiano de la práctica profesional.
2. Mediar a favor de la accesibilidad acorde a derechos en el ejercicio cotidiano de la práctica profesional propiciando la autonomía de las personas.
3. Contribuir en la identificación de dificultades e inequidades en el acceso a la salud.
4. Solicitar asesoramiento o interconsultas a especialistas de las temáticas en relación a situaciones a resolver.
5. Apoyar, favorecer y promocionar la movilización de recursos simbólicos y materiales para efectuar mejoras en el acceso a la salud.
6. Intervenir en la acción junto con personas, familias, poblaciones, colectivos de pacientes, grupos vulnerados, y sujetos sociales.
7. Integrarse en distintos ámbitos de trabajo que favorecen el cumplimiento de derechos en salud

**2. Gestionar procesos de atención y cuidado que faciliten el acceso a la salud integral teniendo en cuenta la organización y la estructura sanitaria en la que participa, la epidemiología y los recursos comunitarios, con el fin de optimizar la calidad de atención y el acceso a derechos.**

1. Gestionar clínicamente la atención de las personas dentro de la red del sistema de salud con criterios de equidad, efectividad y eficiencia.
2. Planificar y gestionar la tarea generalista manejando recursos para facilitar el acceso y el cuidado propio y de terceros.
3. Organizar y/o colaborar en la implementación de dispositivos de atención/cuidados acordes a situaciones específicas que fortalezcan la accesibilidad y la calidad de atención.
4. Analizar longitudinalmente la situación de salud local y el análisis crítico del estado de salud de la población a cargo con perspectiva epidemiológica.
5. Planificar y gestionar longitudinalmente la atención y los cuidados de la población a su cargo con criterio de equidad incluyendo activamente actores sociales y comunitarios.
6. Realizar y sistematizar documentos y registros de los procesos de atención y de gestión.
7. Evaluar los procesos de trabajo y atención con una perspectiva epidemiológica para instrumentar modificaciones.

**3. Aplicar el razonamiento clínico con criterio ampliado acorde a la complejidad y diversidad de las situaciones del primer nivel de atención mediante acciones preventivo asistenciales.**

1. Razonar clínicamente integrando criterios epidemiológicos, evidencia científica médica y de otras ciencias sociales, y las dimensiones situadas de sí mismo y de las personas destinatarias de su tarea.

2. Diseñar, definir y realizar acciones de promoción, protección, prevención, atención y paliación en salud aplicando críticamente la información científica.
3. Conducir entrevistas clínicas orientadas al problema y centradas en las personas
4. Manejar problemas complejos, clínicos y contextuales coexistentes, tanto agudos como crónicos en condiciones de incertidumbre reconociendo el alcance de las intervenciones del primer nivel de atención
5. Manejar con autonomía los problemas de salud prevalentes en la comunidad o población con la que trabaja
6. Asumir riesgos reconociendo el límite de posibilidades y solicitando oportuno asesoramiento, interconsultas o derivaciones dentro de la red de atención y cuidado.

**4. Realizar actos de salud mediante abordajes situacionales que propicien la atención integral singularizada.**

1. Distinguir las dimensiones que intervienen en la situación particular en cada acto de salud.
2. Identificar o definir, enunciar y priorizar problemas.
3. Reconocer la incertidumbre y gestionarla mediante la utilización de recursos múltiples y la plasticidad en la toma de decisiones.
4. Aportar la perspectiva de la especialidad trabajando en diversos y variados entornos.
5. Adaptarse a las distintas realidades conservando la perspectiva integral de atención y cuidado en salud.
6. Desarrollar las acciones de prevención, atención o cuidado, teniendo en cuenta las dimensiones coyunturales identificadas, e incluir criterios de seguridad, oportunidad, urgencia clínica, la necesidad de las personas y los recursos disponibles.
7. Implementar las acciones longitudinalmente, en función de las necesidades de pacientes, grupos de apoyo y la comunidad.

**5. Trabajar con otras personas, en tramas institucionales y profesionales, con pacientes y en contextos de familias y comunidades en la realización de actividades desde un posicionamiento ético relacional profesional.**

1. Asumir distintos roles, adaptándose en las diferentes instancias de trabajo en relación a los roles asumidos por las necesidades comunitarias, de los/de las pacientes, institucionales y propias.
2. Reconocer los diversos posicionamientos subjetivos de las personas con las que trabaja en cada encuentro de salud (pacientes, grupo de pertenencia, actores comunitarios o institucionales, integrantes del equipo de salud y de la red de atención)
3. Actuar mediante diversas estrategias, reconociendo la diversidad de perspectivas personales, culturales, y de determinación social que inciden en la producción de salud y cuidado.
4. Utilizar diversas estrategias comunicacionales para la atención integral, inclusiva, efectiva y segura.
5. Contribuir a generar entornos colaborativos de trabajo.
6. Implementar el cuidado de las personas del equipo de salud en situación de riesgo, identificando situaciones, asesorando y contribuyendo en la implementación de estrategias preventivas y de intervención.

**6. Realizar andamiaje o apuntalamientos en procesos de cuidado utilizando diversas mediaciones en los actos de salud, que faciliten la mejora de la salud y la construcción de autonomía de las personas y comunidades.**

1. Ejercitar el autoconocimiento, haciendo consciente las propias fortalezas y debilidades personales y los posicionamientos personales en torno al cuidado y la atención de otras personas sosteniendo actividades para el propio cuidado.
2. Implicarse subjetivamente en las situaciones para establecer vínculos profesionales genuinamente presentes manteniendo la distancia funcional operativa.

- 3 Identificar las singularidades de las personas y su contexto vital, de las familias y grupos así como las dimensiones subjetivas y sociales que determinan y/o que funcionan como recurso en cada situación.
- 4 Utilizar y manejar diversas estrategias y tecnologías para sostener el encuadre o estructura de andamiaje, utilizando criterios clínicos para la salud integral.
- 5 Facilitar la identificación de problemas y la construcción de la demanda trabajando con aspectos simbólicos, instrumentales y socio estructurales.
- 6 Sostener la función de soporte en vínculos de atención longitudinal para los cuidados en salud.

**7. Contribuir a la ampliación y difusión de conocimientos mediante acciones que incluyan actividades para el desarrollo de la formación continua y con terceras personas.**

1. Ejercer roles docentes para diversos escenarios y personas destinatarias.
2. Analizar críticamente su propia práctica y comunicar los resultados de su análisis.
3. Sostener procesos de evaluación propios y de terceros que favorezcan los aprendizajes.
4. Abordar problemas de conocimiento y de investigación mediante búsquedas bibliográficas
5. Desarrollar procesos de investigación para el primer nivel de atención desde la elección del tema hasta la publicación de resultados.
6. Participar, intervenir o realizar acciones de educación permanente profundizando la conformación de su propio perfil como especialista a lo largo de su práctica profesional.

---

*Agradecimientos: Cecilia Acosta, Lic. en Ciencias de la Educación, equipo de Gestión Pedagógica DGDlyDP; Celeste Vanucci, Lic. Ciencias de la Educación residente en Educación Permanente en salud. Cecilia Karagueuzian, Juan Manuel Mompó, y Selene Dulemba, Medicas especialistas en MGyF e integrantes del equipo de gestión de la RMGyF CABA.*

*En este documento se recupera la experiencia y conocimientos sobre el perfil profesional y desarrollo del trabajo generalista desde los años 90 a la fecha. Está realizado con el aporte directo o indirecto de varias cohortes de egresados de la de la residencia; de la producción realizada en 2 cohortes del curso de formación docente para residencias de MGyF CABA; de la sistematización del trabajo realizado junto a las jefaturas de residentes e instructoras durante las últimas 5 cohortes de egreso, y basados en los aprendizajes adquiridos en la gestión de la residencia a partir de los dos últimos programas vigentes en la CABA (2007 y 2014)*

**Bibliografía:**

Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la Salud Colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*. 2006;2(2):123.

Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia. *Soc Española Med Fam y Comunitaria/WONCA*. 2007;1–14.

Bachofer S, Velarde L, Clithero A. Laying the foundation: A residency curriculum that supports informed advocacy by family physicians. *Am J Prev Med* [Internet]. 2011 Oct [cited 2020 Sep 22];41(4 SUPPL. 3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21961684/>

Baliña T. Cambiar los estilos de vida. *Historia crítica de la Medicina General/Familiar*. 2016th ed. Baliña T, editor. Vol. 1.

Bertolotto A, Fuks A, Rovere M. Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto\* Primary Health Care in Argentina: disordered proliferation and conflicting models. *Saúde em Debate* [Internet]. 2012;36(94):362–74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a09v36n94.pdf> 53, Libro. Tesis de doctorado UBA. CABA: Akadia; 2013. 1–154 p.



- Bleger J. Psicología de la conducta [Internet]. [cited 2020 Oct 7]. Available from: <http://files.psicologiaisef.webnode.com.uy/200000006-6ccee6ebdb/Psicologia de la conducta. Bleger.pdf>
- Bonal Ruiz R. Abogacía de salud, la parte olvidada de la promoción de salud en medicina familiar [Internet]. Vol. 35, Revista Cubana de Medicina General Integral. Santiago de Cuba; 2019 [cited 2020 Sep 21]. Available from: <http://orcid.0000-0001-6528-1083>
- Bonilla-García MÁ, López-Suárez AD. Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. Cinta de moebio [Internet]. 2016 Dec [cited 2020 Dec 2];57(57):305–15. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-554X2016000300006&lng=es&nrm=iso&tIng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2016000300006&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
- CABA L. Ley 153 - Ley Básica de Salud. [Internet]. CABA.; 1999. Available from: [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley\\_153-99\\_ley\\_basica\\_de\\_salud.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_153-99_ley_basica_de_salud.pdf)
- Chardon MC, Mayo J de la C, Botinelli M, Ferreyra M, Mariana FM, García Lavandal L. Prácticas De Cuidado Y Estilos De Participación : Algunas Relaciones Childcare Practicies and Participation. 2005;99–104.
- Cuberli M. Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: Pasado y presente de un campo en construcción. Question. 2008;1(18):30.
- Daniel J, Castillo M, Varela Ruiz M. El debate en torno al concepto de competencias [Internet]. Vol. 4, Inv Ed Med. 2015 [cited 2020 Aug 4]. Available from: <http://riem.facmed.unam.mx>
- Davini C, Duré I. Guía para la Elaboración de Documentos Marco de Referencia. 2013;28.
- de Carvalho L, Camargo Macruz Feuerwerker L, Merhy EE. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. Salud Colectiva. 2007;3(3):259–69.
- De Simone G. Paradigmas para comprender mejor el concepto de atención paliativa. In: Gomez-Batiste X, Blay C, Roca J, Calsina-Berna A, editors. Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas: aspectos generales. 1er ed. Elsevier; 2015. p. 7–16.
- Decat P, Demirören M, De Sutter A. Teaching the health advocacy role in family medicine: Trial and error [Internet]. Vol. 25, European Journal of General Practice. Taylor and Francis Ltd; 2019 [cited 2020 Sep 22]. p. 177–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31617418/>
- Díaz Plasencia JA. Bases Teóricas del portafolio en la educación médica basada en competencias. Rev Cuba Educ Medica Super Med Super [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 2];30(1):1–13. Available from: <http://www.gmcuk.org/education/index.asp>
- Dolores Arceo Eduardo Durante M. EDUCACIÓN MÉDICA Desarrollo y evaluación de los scripts durante la formación profesional Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. 2013; 33(4): 00-00.
- Favre E. Percepcion de los egresados de la residencia de Medicina general sede Bariloche sobre su formación de posgrado. Htal Zonal Bariloche Ramon Carrillo. 2016. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2013.
- Ferrandini D. Algunos problemas complejos de salud [Internet]. 2011. Available from: <http://www.heroinas.net/2013/06/debora-ferrandini.html>
- García Dieguez M, Ladenheim R. Lineamientos para la Elaboración de Documentos Marco de Referencia del Equipo de Salud [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 14]. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/lineamientos-elaboracion-docs-marco-de-referencia-del-equipo-de-salud.pdf>
- Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Latin American social medicine: Contributions and challenges. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2002;12(2):128–36.
- L'hospital C. Descripción de la situación laboral de los médicos que finalizaron la residencia de Medicina General de la Pcia de Buenos Aires entre los años 2008 a 2013. Tesis para la obtención del título de Magister. Universidad Nacional de Lanús. 2014.

Matías Muñoz A, Fossati V, Llera G, Florencia M, Ratti G, Antonietti CA. ¿Cuál es la relación entre el síndrome de burnout, el sentido de la vida y el proyecto de vida laboral en los médicos residentes? Una perspectiva logoterapéutica WHICH IS THE RELATIONSHIP BETWEEN THE BURNOUT SYNDROME, THE MEANING AND PURPOSE IN LIFE, AND . Vol. 38, Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2018.

Mentoring F, Clinic E. El Seguimiento Familiar como estrategia de aprendizaje en Clínica Ampliada. 2017;14.

Ministerio de Salud C. Manual de Introducción al Trabajo en el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. CABA; 2018 p. 45.

Nebot Adell C, Rosales Echevarria C, Borrel Bentz R. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Pública. 2009;26(2):176–83.

Organización mundial de la Salud. Declaración de Astaná. Glob Conf Prim Heal care [Internet]. 2018;0(0):12. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Onocko Campos R, Massuda A, Valle I, Castaño G, Pellegrini O. Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. Salud Colectiva. 2008;4(2):173.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud -. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud.

Paim JS. Medicina comunitaria: introducción a un análisis crítico. Salud Colect. 2009;5(1):121–6.

Perrenoud P. Diez nuevas competencias para enseñar. Praxis (Bern 1994). 2004;38(31):691.

RIEPS. Aportes (en construcción) desde la Prevención, Promoción y Educación para la Salud (PPEpS) en contexto de pandemia.CABA. 2020;

Shaw E, Oandasan I, Fowler N. A competency framework for family physicians across the continuum. The College of Fa1.

Soto-Aguilera CA, Robles-Rivera K, Fajardo-Ortiz G, Ortiz-Montalvo A, Hamui-Sutton A. Actividades profesionales confiables (APROC): un enfoque de competencias para el perfil médico. Rev la Fund Educ Médica. 2016;19(1):55. mily Physicians of Canada. Ontario; 2017.

Souza Campos GW. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. 1996.

Spinelli H. Dimensiones del campo de la Salud. Salud Colect [Internet]. 2010;6:275–93. Available from: <https://www.scielosp.org/article/scol/2010.v6n3/275-293/es/#ModalArticles>

Sy A. The medicalization of life: Hybrids against the dichotomy nature/culture. Ciencia e Saude Coletiva [Internet]. 2018 May 1 [cited 2020 Aug 5];23(5):1531–9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000501531&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501531&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

Testa M. Atención ¿Primaria o Primitiva? de Salud. Pensar en Salud [Internet]. 1996;3(007):56–61. Available from: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1983/revista-07/07-la-salud-mental-en-la-atencion-primaria.pdf>

The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS 2015 Timeline. Evol CanMEDS Framew [Internet]. 2015; Available from: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/canmeds2015/overview>

Torrelles C, Coiduras J, Isus S, Carrera FX, París G, Cella JM. Competencia de trabajo en equipo [Internet]. [cited 2020 Oct 7]. Available from: <http://www.ugr.es/local/recfpro/rev153COL8.pdf>

Tuning. Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina - Informe final - Proyecto Tuning - América Latina 2004-2007. 2007;432.