

Guía para la Elaboración de Programas de Residencias del Equipo de Salud basados en Actividades Profesionales Confiables

Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento
2022



Ministerio de Salud
Argentina

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DE RESIDENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD BASADOS EN ACTIVIDADES PROFESIONALES CONFIABLES¹

PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

La residencia del equipo de salud constituye una instancia de **formación en servicio**. Se trata de un dispositivo educativo que promueve un modelo de atención y cuidado de la salud basado en la equidad y en los derechos en el que se prioriza el trabajo en equipo y la construcción de redes. A su vez, reconoce, fortalece y valoriza como instancia educativa los procesos de trabajo de la vida cotidiana en las instituciones de salud.

El programa de una residencia es una **guía**, una **hoja de ruta** que orienta a quien aprende y trabaja en su recorrido de aprendizaje. Es fundamental conocerlo y consultarlo en forma permanente ya que refleja el **contrato pedagógico** establecido. Para quien enseña es parte de la planificación que guía su tarea educativa estableciendo las competencias establecidas, organizando los escenarios de aprendizaje y proponiendo los instrumentos de evaluación.

El propósito de esta guía es conducir el diseño pedagógico hacia un nuevo modelo que **articule la formación de grado con la de posgrado** a fin de establecer una dinámica de aprendizaje que permita la delegación de responsabilidades de manera progresiva (López, Melo de Andrade, Domínguez Torres, Durán Perez, Durante, Francischetti, et al, 2022). Para ello, abordaremos la temática de APC.

El concepto de APC puede contribuir a un enfoque más flexible, personalizado y menos dependiente del tiempo para los programas de formación (Ten Cate, Snell & Carraccio, 2010). Las sedes de residencia y sus responsables, podrán elaborar un Programa basado en APC, teniendo en cuenta el Marco de Referencia de la especialidad construido por APC en el caso que los hubiera.

¹ Una APC (o EPA, del inglés *Entrustable Professional Activities*), es un concepto introducido en 2005, y puede definirse como una unidad de práctica profesional que se puede confiar completamente a un/a aprendiz/a, tan pronto como él o ella haya demostrado la competencia necesaria para ejecutarla sin supervisión. El concepto fue desarrollado para operacionalizar la educación médica de posgrado basada en competencias (Ten Cate, 2005; Ten Cate and Scheele, 2007).

COMPONENTES PARA ELABORAR UN PROGRAMA BASADO EN APC

A continuación, se consignan los aspectos centrales que deben tenerse en cuenta.

1. FUNDAMENTACIÓN: ¿Por qué / Para qué se presenta la propuesta de formación? ¿A qué intereses o necesidades intenta dar respuesta?

En este apartado se describen los motivos que impulsan esta propuesta de formación, los sustentos, situación epidemiológica, sanitaria, etc., que hace sustancial la formación de la/el especialista en esa sede y jurisdicción.

Es importante incluir la misión y visión de la residencia, así como la definición de la especialidad.

2. PERFIL: ¿Cuáles son las responsabilidades y tareas que deberá estar en condiciones de asumir el/la especialista al finalizar su formación?

Describe el conjunto de realizaciones profesionales que el/la residente puede demostrar en las diversas situaciones de trabajo propias de la especialidad una vez que ha completado el proceso formativo. Asimismo, expresa las funciones y alcances del ejercicio de la especialidad.

3. COMPETENCIAS: ¿Qué son las competencias? ¿Cómo se relacionan con la especialidad?

Las competencias proveen un encuadre conceptual describiendo los dominios requeridos para que un profesional de salud confiable ingrese a la práctica autónoma.

Estas competencias son el núcleo de la práctica de todos las y los profesionales de salud, sin importar la especificidad y futura definición de cada especialidad. La trayectoria de desarrollo de cada competencia se articula a través de los Hitos de cada especialidad.

Las competencias podrán tomarse desde los marcos reconocidos ej: CanMeds, ACGME o los que defina la entidad regulatoria.

4. APC: ¿Cómo escribir una APC? ¿Qué especificidad y limitación tiene? ¿Cuál es el dominio de la competencia más relevante? ¿Qué conocimientos, habilidades y actitudes se esperan antes de poder confiar en los/as residentes para llevar a cabo las APC? ¿Para qué nivel de supervisión se debe alcanzar la confiabilidad y en qué etapa de la formación?

Para este punto, sugerimos la lectura de la Guía para la Elaboración de Marcos de Referencia basados en APC de la DNTHYC.

En este apartado se enuncian las APC propias de la especialidad y se deben construir los hitos que corresponderán a los diferentes niveles de supervisión que atravesará el/la residente hasta que se defina la delegación de confianza de una actividad.

Las APC deben estar definidas en el marco de referencia de la especialidad (o los criterios definidos por la entidad científica de referencia, en caso de no existir marco de referencia). Se incluirán más del 50% de la currícula de la carrera de especialista) y cada uno de los espacios de aprendizaje para ejercitar dichas actividades. La descripción de las APC desarrollarán el Nivel 4 de delegación de confianza como mínimo.

5. HITOS: ¿Qué son?

Los hitos son los puntos significativos en el desarrollo de la formación basada en competencias.

Las/os residentes de una determinada especialidad podrán demostrar su alcance progresivamente desde el comienzo hasta el fin de la residencia, como así también el cambio de supervisión indirecta a actividad no supervisada propia de la especialidad.

En términos generales, un hito es simplemente un punto significativo en el desarrollo. Los hitos proveen descripciones narrativas de competencias y subcompetencias a través de un continuo de desarrollo. Para simplificarlo, un hito describe niveles de rendimiento esperable de los residentes que demuestre habilidades, conocimiento, y comportamiento en cada núcleo de los 5 dominios definidos. Estos dominios diseñan un encuadre de comportamientos observables y otros atributos asociados con el desarrollo de los residentes como médicos.

Los hitos describen la trayectoria de aprendizaje dentro de una subcompetencia que lleva la residente desde un principiante en la especialidad o subespecialidad, hacia un residente altamente competente practicante temprano.

Propósito y función de los hitos:

- Proveen una hoja de ruta para la educación
- Proveen transparencia en los requerimientos de rendimiento
- Incentiva el auto-asesoramiento y la autodirección del aprendizaje
- Facilita y mejora la retroalimentación a quien aprende
- Incentiva la auto retroalimentación en la búsqueda de conductas.

6. ESCENARIOS DE ENSEÑANZA: ¿Dónde transcurre el proceso de enseñanza? ¿Qué actividades se establecen para el logro del aprendizaje?

Los escenarios de aprendizaje y estrategias educativas incluyen: rotaciones, simulación, debriefing, tele-educación y tele-asistencia, aula virtual, actividades con la red de residentes, educación permanente, actividades de lectura crítica, ateneos y otros espacios de reflexión de la práctica; etc.). Estos escenarios deberán garantizar la interdisciplina, los dispositivos de salud comunitaria y la atención primaria de la salud.

7. EVALUACIÓN: ¿Cuáles son las instancias y modalidades de evaluación previstas en el transcurso de la residencia? ¿Qué fuentes de información deben usarse para determinar el progreso y fundamentar una decisión de confiabilidad sumativa para promover y finalizar la residencia? ¿Cuáles son los instrumentos que se utilizarán para evaluar las APC? ¿Existe un portafolio (para el proceso de auto-evaluación) para el uso de la/el residente y la/el supervisora/sor, tutor, docente?

Para este punto, sugerimos la lectura de la Guía para la Elaboración de instrumentos de evaluación de Residentes de la DNTHYC.

Los programas basados en APC, tienen un enfoque metodológico donde se concibe al/a residente como un sujeto activo en su aprendizaje, es por ello que el proceso de evaluación, implica tanto a los/as formadores/as (heteroevaluación) como a la/el residente (autoevaluación).

La autoevaluación es fundamental para la adquisición del criterio de realidad sobre el perfil de aprendizaje logrado en cada instancia de formación.

En la **heteroevaluación** participarán los/as profesionales y técnicos/as con los que el/la residente tuvo contacto en los distintos escenarios, los/as pacientes y sus familias. Para recoger la evidencia de cada uno de ellos se utilizarán diversos instrumentos de acuerdo con el tipo de dominio a evaluar.

Todos los momentos de la evaluación deben incluir instrumentos que permitan recolectar información tanto sobre el aprendizaje de los contenidos teóricos (por ejemplo, con un examen estructurado o un análisis de caso, exámenes teóricos) como de las habilidades y las actitudes en situación de actuación profesional (por ejemplo, con registro de procedimientos, evaluación

360, Mini-CEX, Observación Directa de Habilidades Procedimentales (DOPS²), portafolios, rúbricas, bitácoras y listas de cotejo).

En el caso de listas de cotejo, por ejemplo, se buscará construir un listado de logros, en un solo momento, sobre habilidades (si logra comunicar la técnica sobre VNI al paciente, entre otras). La/el residente para realizar su autoevaluación podrá utilizar portafolios, ateneos y exposiciones donde se dará lugar a devoluciones constructivas (debriefing con buen juicio).

La evaluación después del trabajo debe ser cercana a la actividad evaluada y deberá estar necesariamente acompañada de una devolución efectiva al evaluado/a. La misma debe **resaltar lo adecuadamente realizado**, definiendo **oportunidades de mejora**. En estas prácticas se incluyen instrumentos de reflexión personal, entrevista con supervisores/as, registros de práctica clínica, auditorías, entre otros.

Las **evaluaciones sumativas** validarán la capacidad del/a residente de transferir sus conocimientos a situaciones cambiantes sin supervisión directa. Las decisiones sumativas deben basarse en datos (incluidas evaluaciones que incorporen decisiones ad hoc) de varios/as evaluadores/as a lo largo del tiempo y deben ser tomadas por comités de evaluadores/as. Tanto el comité de evaluación como el/la propio/a residente pueden pedir una evaluación sumativa de alguna actividad a confiar que esté en el programa de la residencia. Para valorar el nivel de avance del programa, se deberán realizar dos evaluaciones sumativas por año.

8. RECURSOS DE ENSEÑANZA: ¿Con qué elementos, aparatología, materiales, etc. se cuenta en la sede para realizar prácticas y procedimientos?

En este apartado se detallan los recursos presentes en cada sede, vinculados con las oportunidades de formación de los/as residentes.

La consideración de los recursos es un elemento clave de la programación, en tanto su disponibilidad favorece u obstaculiza el desarrollo de actividades de formación. Es importante aclarar que la existencia de recursos en la sede no equivale a su disponibilidad para las prácticas de los/as residentes. En la presentación de recursos se consignan aquellos elementos que efectivamente pueden ser utilizados con propósitos de formación.

² Siglas en inglés: Direct Observation Procedural skills.

El acceso a diferentes recursos condiciona el desarrollo de actividades. Como ya se ha mencionado, en el caso de que no se cuente con la infraestructura requerida en alguna sede de Residencia debe pautarse la forma en que se espera el aprendizaje de dichas prácticas a través de rotaciones u otras actividades complementarias. Pueden identificarse: Recursos Asistenciales, Recursos Docentes, Equipamiento e infraestructura.

9. PERSONAL ¿Quiénes serán los responsables de la enseñanza?

- Director/a o responsable del programa.
- Tutor/instructor/Coordinador docente
- Integrantes del Comité de Docencia.
- Docentes.
- Médicos de Planta/jefes de Servicio etc.

10. MEDIO AMBIENTE DE APRENDIZAJE Y TRABAJO ¿Cuáles serán las condiciones que garantizarán el aprendizaje y la actividad laboral?

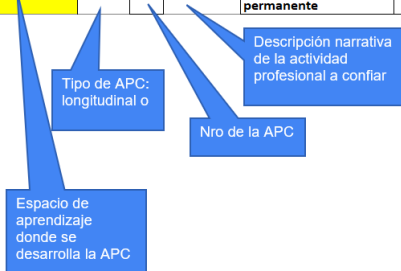
Deberá constar de una caracterización breve donde se mencionen los dispositivos con los que cuenta en la institución (en caso de no poseerlos realicen propuesta), protocolos como:

- Seguridad del paciente y calidad de la atención.
- Derechos y obligaciones.
- Protocolo para los casos de violencias incluyendo canal de denuncia.
- Condiciones de trabajo y clima laboral, horario de ingreso y egreso; cantidad de guardias, descanso posguardia.

ANEXO 1

A continuación, se indica el modo de leer la Matriz Competencial Basada en APC e Hitos (MACBAH):

| APROC | | | | Competencias (ACGME) | Hitos | | | | |
|------------------------|---------------|------|-------------|--|---|------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------|
| Espacio de aprendizaje | Tipo de APROC | Nro. | Descripción | | 1 Tiene conocimiento, | 2 Puede actuar bajo | 3 Puede actuar bajo | 4 Puede actuar en forma | 5 Puede actuar como |
| | | | | Conocimiento médico | Se explicitan los hitos por cada competencia. Los hitos son el modo de operativizar las APC atendiendo a las competencias propuestas. Las APC son desagregadas en un conjunto de hitos o tareas concretas, que anclan las competencias a las actividades profesionales confiables. Los hitos se describen con niveles de complejidad creciente los cuales serán delegados dependiendo de los resultados de la evaluación | | | | |
| | | | | Habilidades interpersonales y de comunicación | | | | | |
| | | | | Cuidado al paciente | | | | | |
| | | | | Práctica basada en sistemas | | | | | |
| | | | | Aprendizaje basado en la práctica y educación permanente | | | | | |



ANEXO 2

EJEMPLO

1. FUNDAMENTACIÓN:

*“Se puede definir al **cuidado progresivo de la/el paciente** como la organización de dicho cuidado en función de sus necesidades médicas y de enfermería, desde el ingreso al establecimiento hasta el seguimiento en consultorios externos. Estos cuidados se caracterizan por su enfoque de derechos en general y en el modelo de cogestión y participación, centrados en el sujeto, integrales, continuos y basados en proyectos terapéuticos singulares.*

*El **objetivo de este modelo** es que los lugares donde se internen las/os pacientes sean definidos por **niveles de cuidados** en lugar de servicios tradicionales”³.*

2. PERFIL:

“El/la médico/a especialista en cuidados progresivos es un/a especialista que entiende al hospital como un conjunto de escenarios, instrumentos y herramientas que integran y abordan al/a paciente de manera humana; que se esfuerza para que todas las intervenciones sean percibidas por el/la paciente como un esfuerzo para mejorar su situación de salud con respeto e integralidad.

Es un/a profesional experto/a en comunicarse de manera empática y respetuosa con el/la paciente, la familia y cada integrante del equipo de salud. Además de asumir las prácticas con una alta capacidad crítica, tanto para las propias como para las ajenas.

Cuenta con formación en razonamiento clínico, gestión hospitalaria, liderazgo y gestión del cambio, sistemas de información, ética y derechos. Todo ello, para gestionar el cuidado de la o el paciente desde el ingreso al hospital, en diálogo continuo con cada persona que interviene en su cuidado, incluso fuera del establecimiento”⁴

3. APC:

Ejemplo de MACBAH de una APC de especialidad en Cuidados Progresivos:

| Espacio de aprendizaje | Tipo de APC | Nro. | Descripción |
|--|-------------|------|--|
| Unidad de Cuidados Intermedios/Moderados | Discreta | 21 | Realizar Ventilación No invasiva (VNI) |

³ Programa de Cuidados Progresivos elaborado por la DNTHyC, Min. de Salud de la Nación.

⁴ Idem.

| Competencias (ACGME) | Hitos | | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| | 1 Tiene conocimiento, pero no puede realizarlo | 2 Puede actuar bajo supervisión directa | 3 Puede actuar bajo supervisión indirecta | 4 Puede actuar en forma independiente | 5 Puede actuar como supervisor/a ó instructor/a |
| Conocimiento médico | Conoce el concepto de VNI, sus indicaciones, precauciones, contraindicaciones absolutas y relativas. | Enumera complicaciones habituales. Reconoce diferentes protocolos de aplicación de VNI. | Identifica situaciones clínicas que podrían verse beneficiadas con la aplicación de VNI. Selecciona protocolos para cada situación clínica. Inicia VNI con programaciones básicas. | Implementa VNI con protocolos de programación adecuando parámetros según requerimientos clínicos. | Revisa y sintetiza la evidencia científica disponible. Formula recomendaciones y sugerencias de prácticas clínicas para indicaciones, monitorización y seguimiento. |
| Habilidades interpersonales y de comunicación | Observa habilidades blandas en colegas y otros/as profesionales durante el abordaje del/a paciente en colocación de equipos de VNI. | Participa junto a colegas, en el diálogo con el/la paciente y la familia ante el inicio de la terapéutica con VNI. Describe con lenguaje técnico los beneficios y las consideraciones de la terapia con VNI. | Explica al/a paciente y su familia el procedimiento y la importancia del uso terapéutico de VNI. Utiliza lenguaje coloquial, técnico y/o académico según corresponda. Anticipa situaciones y complicaciones habituales posibles tras el uso de VNI. Establece pautas de alarma al/a paciente y su familia. | Comunica al/a paciente y su familia de posibles situaciones particulares durante el uso de VNI. Contiene al/a paciente ante situaciones de cansancio y/o excitación psicomotriz durante la terapia con VNI. Da respuesta ante inquietudes espontáneas del/a paciente y su familia. | Comunica al/a paciente y familiares, el fracaso del uso terapéutico de VNI y las necesidades de recurrir a terapias invasivas. Explica las causas y los procedimientos que derivarán en la necesidad de traslado a Unidad de Cuidados Críticos. Explica los beneficios y la necesidad de terapias invasivas tras el fracaso de VNI. |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| Cuidado al paciente | Conoce diferentes tipos de interfases y sujeciones. | Clasifica interfases y sistema de sujeciones según especificaciones técnicas. Reconoce escalas de intolerancia de interfases y mediciones de fuga. | Selecciona interfases y sistema de sujeciones según características del/a paciente. Utiliza escalas de intolerancia a las interfases y medición de fugas. Establece circuitos de rotación de interfases y sujeciones. Interpreta y compensa fugas. | Previene y trata complicaciones habituales y particulares del uso de VNI. Interpreta factores predictivos de éxito y/o fracaso de VNI. Propone alternativas durante el uso de VNI (respecto de intervalos, rotación de interfases, horas de uso, requerimiento de oxígeno suplementario). | Aplica y adecua consensos y protocolos de VNI de diferentes sociedades científicas según características y necesidades propias del/a paciente. |
| Práctica basada en sistemas | Asiste a colegas y otros/as profesionales en la gestión de insumos y equipos de VNI. Completa formularios de solicitud de equipos, interfases e insumos. | Enlista requerimientos de los equipos portátiles según necesidades del/a paciente respecto del cuadro clínico. Completa formularios de solicitud de equipos, interfases e insumos necesarios según el equipo a gestionar. | Identifica equipos de VNI de acuerdo a patología de base. Relaciona las especificaciones técnicas de los equipos a las necesidades y características del/a paciente. | Solicita estudios complementarios e interconsultas que determinen la efectividad del uso de VNI. Considera el uso de VNI al alta hospitalaria. Gestiona equipos, interfases, sujeciones e insumos necesarios al alta hospitalaria. | Planifica, regula y evalúa procesos de gestión de equipos e insumos según necesidades y características del/a paciente, objetivos terapéuticos y calidad de vida. |
| Aprendizaje basado en la práctica y educación permanente | Conceptualiza VNI. Reconoce criterios de inclusión y exclusión de pacientes para tratamiento con VNI. | Identifica criterios de inclusión y exclusión de pacientes para tratamiento con VNI en relación a las características propias del paciente. | Comprende situaciones predictivas de éxito y/o fracaso con terapéutica de VNI. Relaciona características particulares del/a paciente, patología de base, criterios de inclusión y | Estimula el aprendizaje al/a paciente y su familia respecto de los cuidados de los equipos, higiene, sistema de baterías, calibraciones. Establece parámetros ventilatorios opcionales según | Propone y selecciona estrategias de enseñanza-aprendizaje entre colegas y residentes de otras especialidades para implementación de VNI. (ABP - simulación - role playing). Coordina |

| | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|--|--|
| | | | exclusión para tratamiento con VNI. | necesidades del/a paciente ante modificaciones del cuadro clínico. | talleres y seminarios que impliquen el seguimiento de protocolos y algoritmos mediante simulación. |
|--|--|--|-------------------------------------|--|--|

4. EVALUACIÓN:

Práctica basada en sistemas

El siguiente diagrama presenta un conjunto de ejemplos de hitos para una subcompetencia en el mismo formato que propone el *Accreditation Council For Graduate Medical Educational - ACGME-* (Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado)

Informe de la hoja de trabajo. Para cada período de informe, el desempeño de un/a residente en los hitos de cada subcompetencia se indicará seleccionando el nivel de hitos que mejor describa el desempeño de ese/a residente en relación con esos hitos.

Práctica 1 basada en sistemas: Seguridad del paciente y mejora de la calidad

| Nivel 1 | Nivel 2 | Nivel 3 | Nivel 4 | Nivel 5 |
|--|--|--|--|--|
| Demuestra conocimiento de los eventos comunes de seguridad del paciente. | Identifica los factores del sistema que conducen a eventos de seguridad menores | Participa en el análisis de eventos de seguridad del paciente (simulados o reales) | Realiza análisis de eventos de seguridad del paciente y ofrece estrategias de prevención de errores (simuladas o reales) | Actividad que involucra equipos y procesos para modificar sistemas para prevenir eventos de seguridad del paciente |
| Demuestra conocimientos sobre cómo informar eventos de seguridad del paciente. | Reporta eventos de seguridad del paciente a través de sistemas de reporte institucionales (simulados o reales) | Participa en la divulgación de eventos de seguridad del paciente a pacientes y familias (simulados o reales) | Revela eventos de seguridad del paciente a pacientes y familias (simulados o reales) | Modelos a seguir en la divulgación de eventos de seguridad del paciente |

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| Demuestra conocimientos de metodologías y métricas básicas de mejora de la calidad. | Describe las iniciativas locales de mejora de la calidad (p. ej., tasa de vacunación comunitaria, tasa de infección, abandono del hábito de fumar) | Participa en iniciativas locales de mejora de la calidad. | Demuestra las habilidades necesarias para identificar, desarrollar, implementar y analizar un proyecto de mejora de la calidad. | Diseña, implementa y evalúa iniciativas de mejora de la calidad a nivel institucional o comunitaria |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comentarios: | | | | <input type="checkbox"/> Aun no ha completado el nivel 1 |

Seleccionar un cuadro de respuesta en medio de un nivel significa que en niveles inferiores se ha demostrado sustancialmente

Seleccionar un cuadro de respuesta entre los niveles indica que los hitos en los niveles inferiores se han demostrado sustancialmente, así como algunos hitos en el (los) nivel (es) superior (es)

5. RECURSOS:

Recursos Asistenciales

Recursos Docentes

Equipamiento e infraestructura.

*primero
la gente*



argentina.gob.ar/salud



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: ANEXO 3: "Guía para Elaboración de Programas de Residencias del Equipo de Salud basados en APC"

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 14 pagina/s.