

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 2146/MSGC/18**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**

2018 "Año de los Juegos Olímpicos de la Juventud"

MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA DOCENTE DE LA RESIDENCIA DE ARQUITECTURA HOSPITALARIA

ANEXO I**Año 2018**

INDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. FUNDAMENTACIÓN

2.1. Consideraciones generales sobre los programas de residencia del GCABA

2.2. Descripción de la población destinataria

3. PROPÓSITOS GENERALES

4. PERFIL DEL EGRESADO DE LA ESPECIALIDAD

4.1. Áreas de competencia

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

6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

7. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR AÑO, SEGÚN 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. Ejes Temáticos

8.2. Contenidos transversales

8.3. Contenidos específicos

9. SISTEMA DE EVALUACIÓN

10. FUNCIONES DOCENTES Y DE SUPERVISIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

11. BIBLIOGRAFÍA

12. APÉNDICE

1. INTRODUCCIÓN

La Arquitectura Hospitalaria diseña, dimensiona y desarrolla el recurso físico en salud, entendido como el “escenario” en el cual se desarrollan las actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud de la población. Planificar este recurso implica el diseño de los distintos espacios inherentes a la atención en salud, vinculándolos con su infraestructura y con las interrelaciones entre las distintas áreas involucradas, considerando cada uno de los efectores de salud dentro de la red.

La organización de los espacios en salud está condicionada por el modelo prestacional. Si se analiza la evolución histórica de los edificios efectores de salud se puede observar con claridad el vínculo de determinación entre el modelo de atención vigente y las decisiones arquitectónicas tomadas.

El desarrollo de los primeros centros hospitalarios de la historia estuvo estrechamente ligado a las creencias y costumbres de las poblaciones más antiguas y, posteriormente, hacia mediados del siglo XVIII, a los avances en la medicina.

En el siglo XIX, con el auge del higienismo en Gran Bretaña y Francia, las normativas en salubridad y los nuevos conocimientos en medicina definieron las bases para el diseño de un Hospital Modelo conformado a partir de pabellones. En ese momento de progresos en la salud pública, la arquitectura comenzó a dar respuestas desde lo espacial a los nuevos modos de atención.

Los hospitales polivalentes de fines del siglo XIX se organizaban a partir del agrupamiento de diversos pabellones posicionados según la mejor orientación del sol y distribuidos en amplios predios parquizados. Eran independientes y se dividían por especialidad. Otro importante cambio de la época fue la especialización de establecimientos hospitalarios en un solo tipo de dolencia. De esta manera se crearon los primeros hospitales monovalentes y los asilos para enfermedades mentales.

A mediados del siglo XX, a partir de los avances en los tratamientos de las enfermedades y la incorporación de la penicilina, la arquitectura hospitalaria se orienta hacia un modelo edilicio compacto, desarrollado en altura, alejándose así de la organización por pabellones.

En los años '60, se desarrolló el modelo de hospital sistémico y flexible ordenado horizontalmente, hasta llegar a nuestros días, en el que prevalece el modelo de hospital organizado en función de procesos.

En la red de hospitales del GCBA se encuentran ejemplos tipológicos correspondientes a muchos de los modelos hospitalarios descriptos: desde hospitales pabellonales centenarios, edificios compactos en altura hasta hospitales de desarrollo horizontal.

Los espacios hospitalarios de hoy se organizan a partir de grados de complejidad y se clasifican según niveles de atención. Las áreas de diagnóstico se han independizado de las áreas de tratamiento, las internaciones son menos prolongadas y la atención ambulatoria y el hospital de día han ganado un mayor espacio en la planta física de los hospitales.

Por otra parte, la creciente relevancia de la atención primaria de la salud a través de los Centros de Salud (CeSACs), los Centros Médicos Barriales, los Centros de Especialidades Médicas Ambulatorias Regionales (CEMAR), las actividades de promoción y las campañas de prevención definen conjuntamente el perfil actual de la atención pública.

La infraestructura necesaria para los centros de salud y servicios requiere una constante actualización de los recursos, de nuevas modalidades de mantenimiento y de operación de planta, exigiendo una renovación de nuevas instalaciones, de

tecnologías, modernos equipos médicos y adecuación a las normativas vigentes.

La Residencia de Arquitectura Hospitalaria forma parte de las residencias de apoyo al equipo de salud del GCBA, creadas en el año 1986 mediante la Ordenanza N° 41793/CD/86. En este sentido, se iniciaron las Residencias de Administración, Ingeniería, Informática y Arquitectura Hospitalaria.

El sistema siguió vigente hasta el año 1991, año en que se cerraron las inscripciones, hasta la reapertura de las Residencias en Arquitectura Hospitalaria en el año 2013.

Es importante destacar que el sistema educativo vigente carece de una formación equivalente a la de la Residencia, tanto en el ámbito de la educación de grado como la de posgrado.

2. FUNDAMENTACIÓN

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con 34 hospitales y 47 centros de salud que atienden a más de 10.000.000 de consultas externas al año y 200.000 internaciones.

Se requiere de la participación de personal de planta, contratados y residentes de todas las especialidades que ejercen sus funciones en las instituciones de salud para responder a las necesidades de la comunidad.

El arquitecto¹ especializado en salud, como parte integrante de estas instituciones, colabora en la concreción de políticas públicas en salud orientadas hacia las mejoras edilicias, la actualización y la planificación del recurso físico en salud a mediano y largo plazo, respondiendo además a las necesidades de acción inmediata.

Por otro lado, las políticas tendientes a privilegiar la atención primaria de la salud con los CeSACs y la inclusión de establecimientos de nivel intermedio a través de la incorporación de los CEMAR, consolidan un modelo de atención que requiere de nuevas respuestas arquitectónicas.

Los recursos físicos del sistema de salud están en constante cambio y crecimiento, por lo que es tarea del arquitecto hospitalario acompañar esos cambios a través de la optimización de los espacios, la planificación, la previsión de los crecimientos a futuro, el uso racional del metro cuadrado, la programación, la puesta en valor, la adaptación a la normativa vigente y dar respuestas a las demandas insatisfechas.

Esta disciplina necesita una permanente actualización en los programas de capacitación debido a la constante renovación de las tecnologías, las innovaciones en los procesos y los avances médicos.

También se requiere conocer las necesidades propias de la comunidad, promover la educación de la población en la prevención de enfermedades e incluir acciones tendientes a las mejoras en la calidad de vida, entre otros temas.

El objetivo actual de la Residencia de Arquitectura Hospitalaria es la capacitación continua, orientando la formación hacia una visión global del recurso físico en salud, conociendo las prácticas hospitalarias, las interrelaciones funcionales, los distintos niveles de atención, la complejidad de las tecnologías, y hacia el trabajo interdisciplinario y la actualización.

El arquitecto especializado en el recurso físico en salud deberá elaborar programas médico-arquitectónicos, utilizar el lenguaje técnico de la especialidad, conocer las dimensiones mínimas requeridas para cada área, saber aplicar los datos de producción en la programación de las áreas, interactuar con profesionales de la salud y estar abierto a dar respuesta a las nuevas demandas, siempre a través de una mirada integral del sistema.

La práctica profesional en arquitectura hospitalaria implica el desarrollo de diseños a partir de una serie de etapas, de un modo similar a las etapas que se establecen en todo proceso proyectual.

Estas etapas implican diferentes grados de avance del proyecto, mediante un proceso que se desarrolla desde lo general a lo particular, partiendo de instancias iniciales con datos globales y esquemáticos hasta la definición con un alto grado de detalle y concreción para la ejecución del proyecto en la obra.

¹ Debido a las particularidades del idioma castellano, cuando se utiliza el masculino genérico se hace referencia a ambos géneros, teniendo en cuenta la perspectiva igualitaria y de equidad de género

Definidas por el Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo de CABA (CABA) en los documentos sobre el ejercicio profesional del arquitecto, estas etapas incluyen tanto la elaboración de los croquis preliminares² y los anteproyectos³ para establecimientos de salud de todos los niveles de atención, como la documentación de proyectos⁴ para la ejecución de obras. Por este motivo, los profesionales formados en la Residencia en Arquitectura Hospitalaria adquieren conocimientos a desarrollar dentro un amplio campo laboral, realizando diseños que respondan a las nuevas modalidades de atención, actualizando las tecnologías necesarias en los distintos efectores de salud y trabajando interdisciplinariamente con otras áreas de la salud.

Hasta el año 1990, el mantenimiento edilicio de los hospitales, instalaciones e infraestructura se realizaba con personal de cada hospital. Desde entonces y hasta la actualidad estos servicios de mantenimiento y operación de planta están tercerizados a empresas adjudicadas y contratadas por Licitación Pública. Esto implica la presencia de nuevos actores en la ejecución de dichas tareas, incorporando acciones de gestión por parte del personal de fiscalización del GCBA, la efectivización y la administración de los nuevos contratos y la coordinación de las tareas de mantenimiento a nivel central. La residencia de Arquitectura se capacita en relación a estos temas teniendo en cuenta la incidencia que existe al definir un proyecto, la elección de materiales, su comportamiento en el tiempo, durabilidad, resistencia, sustentabilidad, entre otros.

Por otro lado, las prácticas profesionales se conciben en el marco de la política de Atención Primaria de la Salud (APS), proceso social a través del cual los profesionales del campo de la salud “devuelven” a la población la responsabilidad primaria del cuidado de su salud personal y colectiva. De este modo, la población deja de ser el “paciente pasivo” que nada debe saber de su salud, porque ello es considerado como patrimonio exclusivo y excluyente de profesionales o auxiliares de los servicios tradicionales. Hoy se habla de “cuidado integral de la salud para todos y por todos”.

Los contenidos transversales, que hacen a la formación integral del residente en el marco de las políticas de salud y las estrategias de Atención Primaria de la Salud, hacen referencia a cuestiones que se ponen en juego en el encuentro con “los otros” con los que se desarrollan las prácticas en salud. Implican y suponen saberes que exceden a lo disciplinar/académico. Sin embargo, están presentes en todo

² En el “Manual del Ejercicio Profesional” (MEPA 2015) Documento C07: “El Proyecto de las Obras” la doctrina del CPAU, sobre la base de lo establecido en el documento A-115, opina que los croquis preliminares deben reunir las siguientes condiciones:

- Esbozar el partido propuesto, su volumetría y emplazamiento en el terreno de acuerdo con las disposiciones vigentes. La idea, como propuesta del arquitecto ya debe existir en los croquis preliminares.
- Exhibir un esquema funcional preliminar conforme al programa de necesidades.
- Estimar en forma preliminar superficies y costos globales tentativos.

³ En el “Manual del Ejercicio Profesional” (MEPA 2015) Documento C07: “El Proyecto de las Obras” la doctrina del CPAU, sobre la base de lo establecido en el documento A-115, opina que el anteproyecto debe constituir el desarrollo natural de los croquis preliminares e incluir, cuando corresponda, los ajustes o modificaciones necesarios para superar observaciones formuladas por el comitente a los primeros.

El Consejo considera que un anteproyecto “completo” debe incluir los anteproyectos de estructura e instalaciones y contar con la especificación preliminar de los sistemas constructivos, tipos estructurales, instalaciones y terminaciones más significativos. Los anteproyectos de arquitectura, estructura e instalaciones deben avanzar en conjunto y progresivamente.

⁴ En el “Manual del Ejercicio Profesional” (MEPA 2015) Documento C07: “El Proyecto de las Obras” la doctrina del CPAU, sobre la base de lo establecido en el documento A-115, opina que la Documentación de Proyecto constituye la etapa en donde, sobre la base del anteproyecto aprobado, se ejecuta la documentación técnica que por medio de elementos gráficos y escritos define con precisión el carácter y finalidad de la obra para permitir su construcción bajo la dirección de un profesional.

encuentro con los usuarios, equipos, familiares, comunidad, opinión pública y comunidad científica.

Asimismo, son parte esencial de la posibilidad de que ocurra un “acto en salud”⁵; dan cuenta de qué y cómo se consideran a “los otros”, cómo se hacen viables ciertos procesos que se consideran fundamentales para la resolución de problemas de salud, cómo se cuidan a aquellos con quienes se interviene, cómo se reflexiona en y sobre nuestra práctica cotidiana, qué nos ocurre con la dimensión emocional, cómo se favorece el trabajo en equipo con otros profesionales de la misma especialidad y/o de otras, con otros trabajadores del sistema y de otros sectores.

En los programas de formación docente de la Ciudad de Buenos Aires, 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.

Por último, en el Plan Estratégico 2014-2019 la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud), establece la transformación de los servicios de salud hacia el concepto de “redes integradas”, como un modo de fortalecer el modelo de atención y establecer el acceso universal a la salud con servicios de calidad en todo el país.

Los sistemas de salud basados en la APS de redes integradas, es la estrategia más adecuada para promover mejoras equitativas y sostenibles. El objetivo de la OPS/OMS es lograr “servicios de atención primaria con un acceso universal, equitativo e integral”, que formen parte de una red junto con hospitales de cabecera y de alta complejidad, teniendo en cuenta “los determinantes sociales de la salud” e incluyendo sistemas de información abiertos que permitan una mejor gestión gubernamental y ciudadana.

Los modelos de atención son “integrales”, cuando el conjunto de acciones de promoción, prevención, curación, paliativo y rehabilitación son desarrolladas por el sistema de salud a través de actividades sobre el ambiente, los determinantes sociales, las poblaciones y las personas; y dichas acciones están orientadas a promover, proveer y facilitar una atención eficaz, oportuna, eficiente y de calidad hacia las personas, considerando su integridad física, psíquica y social.

Este modelo centrado en las personas, entiende a la salud como un derecho humano esencial y universal. Para ello, es importante contar con equipos de salud multidisciplinarios que tengan a su cargo la atención de una parte de la comunidad, de manera de tener un alcance más cercano.

En este marco, las vías para avanzar hacia redes integradas en nuestro país son las estrategias para la gestión de calidad, las acciones para el financiamiento y la renovación de los espacios y las tecnologías sanitarias con un modelo de atención basado en APS.

⁵ Da cuenta de la interacción concreta entre personas en salud. De acuerdo a Merhy (2006) para que este acto se produzca se tienen que conjugar una dimensión técnica y de saberes disciplinares y una dimensión cuidadora (referida a lo vincular, a la escucha, al posicionamiento ético, al alojar a quien consulta y sus preguntas)

En “Transformando los servicios de salud hacia redes integradas”⁶, Artaza Barrios define cuáles son los actores de este modelo interdisciplinar: los arquitectos hospitalarios forman parte de este equipo de integración en redes, transformando el recurso físico en salud en este mismo sentido.



Organización Panamericana de la Salud (2007).

La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C.

Actualmente, existe un creciente aumento de la demanda en salud hacia el sector público, situación que genera un mayor compromiso en dar respuestas concretas. Por ello, es una necesidad cada vez más significativa la adecuación a los nuevos modos de atención de los espacios destinados a la salud.

En este contexto, los profesionales de la Arquitectura Hospitalaria aplican sus conocimientos y habilidades, de un modo interdisciplinar con otras áreas de la salud, a fin de llegar a la resolución de problemas específicos de los establecimientos de salud relacionados con el hábitat necesario que se adecúe a las nuevas modalidades de atención, a las tecnologías e infraestructura requeridas.

Las obras de arquitectura en los hospitales tales como reformas, ampliaciones, actualizaciones acordes a la normativa vigente, obras de infraestructura e instalaciones, entre otros, se realizan a través de la Dirección General de Recursos Físicos en Salud. En estrecha vinculación con dicha Dirección se desarrollan los trabajos de la Residencia de Arquitectura Hospitalaria, resultando de aplicación directa los conocimientos y capacitaciones adquiridos en proyectos concretos de ejecución a corto plazo en pos de lograr una mejora en la calidad de atención.

Es importante la adecuación del recurso físico en salud de acuerdo a las políticas que definen el marco institucional previsto en los “Hospitales 2030” de la red del GCBA., fortaleciendo la Política Jurisdiccional Sanitaria que prioriza la atención primaria de la Salud, incorporando un nivel intermedio de asistencia, Cemar, entre los Cesacs y los Hospitales. Al mismo tiempo define los perfiles de los distintos

⁶ Artaza Barrios, Osvaldo (coord.). “Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina”. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Publicaciones Argentina OPS, 2014. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/educacion_permanente_en_salud_bibliografia.docx

Hospitales, destacando aquellos que se determinan como de alta complejidad y otros de mediana complejidad.

Considerando las distintas realidades presentadas y las características específicas de la formación de la Residencia de Arquitectura Hospitalaria, se hace necesario formular un programa de formación actualizado a la realidad descripta.

2.1 Consideraciones generales sobre los programas de las residencias del GCBA

El sistema de residencias

Las residencias del equipo de salud constituyen un sistema remunerado de capacitación de posgrado 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)

Como integrantes del sistema de atención de la salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las residencias ajustarán sus programas en acuerdo con las pautas establecidas por la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley 153 y modificatorias)

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. (Ley 153. Art 3 Definición. Selección)

La educación de posgrado propicia una trayectoria de formación que, entre otros aspectos:

- Garantiza una formación pertinente al nivel y ámbito de la educación superior de posgrado,
- Articula teoría y práctica,
- Integra distintos tipos de formación,
- Estructura y organiza los procesos formativos en clave de desarrollo socio-cultural y de desarrollo vinculado al mundo del trabajo profesional,
- Articula en su propuesta curricular las demandas y necesidades

fundamentales para el desarrollo local con las instituciones del sector salud y del sector educación.

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. Para ello, será necesario tener en cuenta las diversidades en la formación de grado como línea de base en la formación. A su vez, esta formación promoverá la adquisición de las competencias necesarias para el ejercicio profesional. El programa también contemplará la formación del residente en los diferentes niveles de atención del sistema de salud de la ciudad.

El **proyecto local** de cada sede deberá especificar de qué modo se implementará el programa general desplegando alternativas para llevar a cabo lo que el programa propone. Los proyectos locales de residencia son los que permiten identificar las fortalezas de cada sede para convertirlas en oferta de capacitación dentro de la misma especialidad.

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

Desde esta perspectiva, cobra especial dimensión el esfuerzo conjunto de articulación y concertación de las actividades de formación entre los responsables de la residencia; desde la Autoridad de aplicación⁷ y la inclusión de coordinadores generales, jefes de servicios; coordinadores locales de programa y de rotaciones, jefes de residentes, 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. Aquí se debe evaluar la adecuación de los proyectos locales en función del programa general.

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

De acuerdo al último Censo Nacional de Población y Vivienda (INDEC 2010) la Ciudad Autónoma de Buenos Aires posee 2.890.151 habitantes. En cuanto a su composición, se trata de una pirámide poblacional envejecida: una base pequeña, con pocos nacimientos, y una terminación ensanchada dada por la presencia de muchos adultos mayores. En 2015, este último grupo etario representa el 16% de la población total, un peso cercano al que tienen los menores de 15 años (19,1%). En consecuencia, se registran 84 adultos mayores cada 100 niños y adolescentes. Esta estructura envejecida es más acentuada en la zona norte donde el peso de los adultos mayores es 18,5%. En el extremo opuesto, la zona sur tiene un menor porcentaje de personas de 65 años y más, mientras que la proporción de población joven es superior al resto de las zonas (23,7%).

⁷ Autoridad de aplicación: Organismo del Ministerio de Salud del GCABA que tiene directa responsabilidad sobre el sistema de residencias y concurrencias

La estructura poblacional está asociada a su crecimiento: resultado de los nacimientos, defunciones y migraciones. En promedio, anualmente nacen 13 niños y fallecen 10 personas cada mil habitantes. Las mujeres de Buenos Aires tienen en promedio 2 hijos. Por otro lado, los porteños viven, en promedio, 75 años los varones y 82 años las mujeres⁸.

La población usuaria exclusivamente del subsector público de salud representa el 20% del total de habitantes.

Cabe señalar que, por ser la Ciudad la Capital de la República Argentina, como todo conglomerado urbano, recibe en días y horas laborables una cantidad de ciudadanos que exceden notablemente el volumen de su población residente. Por ello, es esperable que los porcentajes estimados a partir de los estudios estadísticos se incrementen debido al uso de los servicios públicos de la Ciudad por parte de la población que transita, estudia o trabaja sin ser residente del distrito.

⁸ Buenos Aires en Números. Año 2017. Dirección General de Estadísticas y Censos del GCBA. Disponible en: http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2017/05/2017_05_buenosaires_en_numeros.pdf

3. PROPÓSITOS GENERALES

El desarrollo del programa deberá:

- Promover una formación que integre la perspectiva sanitaria, institucional y comunitaria de las problemáticas de Salud de la población de referencia del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- 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
- Promover un encuadre general que oriente la formación para que los residentes adquieran las competencias necesarias para llevar a cabo su tarea como arquitectos especializados en el recurso físico en salud.
- Fomentar la docencia e investigación en el contexto de la especialidad y orientar en el ejercicio de la práctica dentro de las normas éticas que la profesión impone.

4. PERFIL DEL ARQUITECTO ESPECIALISTA EN ARQUITECTURA HOSPITALARIA.

El profesional especialista en Arquitectura Hospitalaria analiza distintos aspectos relacionados con la planificación y los datos relevados en salud, elabora diversos tipos de diagnóstico, desarrolla diseños de distintas escalas de aproximación y participa en la gestión del recurso físico en salud.

Asesora acerca de temas inherentes a los modelos edilicios y espaciales; elabora especificaciones técnicas para pliegos y solicitudes para las readecuaciones espaciales, mantenimiento, actualizaciones, entre otros; tomando en cuenta las necesidades básicas del servicio solicitante y de la tecnología actual.

Trabaja en una red integrada de salud, participa en equipos interdisciplinarios y se desempeña con eficacia contando con los criterios y conocimientos necesarios para planificar según los aspectos éticos y legales.

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

Genera y participa en actividades de autocuidado y cuidado del equipo de salud para una mejor práctica profesional.

4.1. Áreas de competencia

1. Analizar las condiciones espaciales, técnicas y operativas en los diferentes efectores y servicios de salud, verificando el cumplimiento de la normativa vigente en las diferentes áreas de un centro asistencial.

- Desarrollar y aplicar un enfoque global del recurso físico en salud considerando las diferentes escalas de aproximación.
- Analizar las distintas áreas del recurso físico en función de los avances tecnológicos y asistenciales.
- Reconocer las tipologías arquitectónicas existentes en los efectores analizados.
- Determinar superficies y porcentajes de las áreas que conforman la planta física de un centro asistencial.

2. Diagnosticar necesidades del recurso físico en salud y las problemáticas a resolver de los espacios que conforman un centro asistencial, de acuerdo al marco normativo y organizacional de la Constitución, la Ley Básica de Salud y del Sistema de Salud del GCBA.

- Evaluar la factibilidad de modificaciones del recurso físico requeridas por cambios en la planificación.
- Evaluar la actualización del recurso físico requerida para la puesta en vigencia de la normativa existente.
- Detectar las necesidades a cumplimentar para garantizar respuestas adecuadas a los nuevos modos de atención.
- Implementar las acciones para garantizar la calidad de los espacios de atención para la salud.

- Definir plazos y etapas de resolución de problemáticas del recurso físico en salud.
- Elaborar planes maestros a modo de estrategias de diagnóstico y evaluación de lo observado
- Asesorar a instituciones de salud municipales, provinciales y nacionales, y a entidades privadas de salud.
- Elaborar informes de factibilidad, recomendaciones y asesoramiento para distintas áreas.

3. Diseñar el recurso físico en salud en sus distintas escalas, en relación al conocimiento y los aspectos edilicios generales y particulares, comunicando a los actores de las distintas áreas.

- Definir programas médico-arquitectónicos que incluyan todas las variables a diseñar en cada proyecto.
- Definir los croquis preliminares en el desarrollo de los proyectos.
- Construir anteproyectos de diseño arquitectónico del recurso físico en salud, incluyendo la incorporación de tecnologías e infraestructura pertinentes al área desarrollada, considerando aspectos constructivos, funcionales y espaciales en la elaboración de las propuestas.
- Documentar licitaciones y ejecución de obras de arquitectura para la salud en distintas escalas, incluyendo la infraestructura necesaria.
- Elaborar especificaciones técnicas para pliegos y solicitudes para las readecuaciones espaciales, mantenimiento y actualizaciones.
- Determinar los espacios necesarios para la incorporación de los diversos equipamientos específicos de salud.
- Elaborar etapas de obra, incluyendo acciones, tiempos de trabajo y costos parciales.
- Elaborar una planificación para realizar un anteproyecto del plan maestro integral.

4. Gestionar y supervisar etapas de las obras en relación al recurso físico en salud.

- Aplicar los lineamientos administrativos y las políticas de los efectores.
- Supervisar las licitaciones, compras y adquisiciones en relación al recurso físico en salud.
- Supervisar la ejecución del diseño pautado.
- Definir etapas y tiempos parciales y globales de las obras.
- Detectar y resolver imprevistos que afecten al desarrollo de la obra.

5. Trabajar en una red integrada de salud, participando de equipos interdisciplinarios para la planificación y evaluación de servicios y recursos de salud, según aspectos comunicacionales, éticos y legales.

- Trabajar en equipo e interdisciplinariamente.

- Actuar como interconsultor, en la resolución de problemas relacionados con otras especialidades.
- Evaluar la propia práctica de acuerdo a parámetros de calidad y realizar las modificaciones pertinentes,
- Liderar el equipo que articula y cohesiona las distintas especialidades técnicas.

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

- Participar en acciones de educación permanente.
- Desarrollar tareas docentes en su ámbito de desempeño.
- Identificar problemas de investigación relevantes para la comunidad en la que trabaja.
- Analizar críticamente y comunicar los resultados de la práctica profesional.

7. Generar y participar en actividades de autocuidado y cuidado del equipo de salud teniendo en cuenta las estrategias comunicacionales.

- Ejercitar el autocuidado, siendo consciente de las propias fortalezas y debilidades personales.
- Implementar el cuidado de los profesionales y no profesionales del equipo de trabajo.
- Aplicar estrategias comunicacionales con otros integrantes del equipo de salud.

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

La residencia constituye un proceso de formación profesional continua que tiene como objetivo formar especialistas en Arquitectura Hospitalaria de acuerdo al perfil definido por las necesidades del sistema sanitario establecidas por el Gobierno de la Ciudad. Forma parte de las residencias de apoyo al equipo de salud con sede en la Dirección General de Recursos Físicos en Salud.

El **ingreso** se regirá por la Ordenanza 40.997, sus modificatorias y las disposiciones vigentes.

La **duración de la residencia** es de 3 años con carga horaria de 9 horas diarias y con dedicación exclusiva.

El régimen de **licencias** ordinarias y extraordinarias se rige por lo establecido en la Ordenanza 40.997 y sus modificaciones.

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 los 5 (cinco) años de graduación, al momento de cierre de la inscripción del año en que se concurra.

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

Documentación necesaria:

- **Documento de acreditación de identidad:** D.N.I., L.C., L.E. o Cédula de Identidad para argentinos o naturalizados. Pasaporte en regla para extranjeros.
- **Título universitario académico:** original del certificado de título universitario en trámite u Original o fotocopia autenticada del título académico. Se deberá presentar sin excepción el original o fotocopia autenticada del título académico y la matrícula nacional al momento de la readjudicación.
- **Extranjeros:** el título deberá estar legalizado por organismos oficiales. Deben presentar original o fotocopia legalizada, a través de Cancillería, según Acta de Acuerdo de Haya y deberán haber finalizado los trámites de reválida y convalidación de título profesional, en los Ministerios de Salud y Educación de la República Argentina. En ningún caso se aceptará documentación en trámite.
- **Promedio general de la carrera:** para argentinos, naturalizados y extranjeros: fotocopia autenticada del promedio general de la carrera, aplazos incluidos (escala de 0 a 10), sin adicionales que será retenida al momento de la inscripción, pero no es un requisito excluyente para la misma.

Condiciones de acreditación de sedes para el desarrollo de la Residencia

En vistas de que las características prestacionales de los centros se traducen en oportunidades de formación para los residentes es que se establecen parámetros que garanticen una formación sólida y completa.

Los centros deberán ofrecer la oportunidad de realizar la práctica mínima indispensable para la formación en la especialidad, podrán establecer convenios con otras instituciones para cumplimentar los requisitos exigidos, pero siempre respetando una estructura básica.

Condiciones mínimas que debe reunir una sede para recibir residentes.

La sede base deberá contar con:

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

Requisitos para constituir escenarios de capacitación en establecimientos de salud.

Los escenarios se definirán según los objetivos de capacitación y características que presente cada establecimiento respecto de ese objetivo y necesidades de planificación de recursos físicos. Los escenarios son ámbitos en donde se desarrollan actividades para la elaboración de trabajos de campo que involucren un tiempo prolongado de estadía dentro de un mismo establecimiento de salud para cumplimentar el objetivo de capacitación.

- Ser una institución pública o privada reconocida por su capacidad de formación y compromiso.
- Cumplir con los objetivos específicos del programa general de la residencia.
- Asistencia tutorial de Instructores y/o Coordinador de la Residencia responsabilizándose de las estrategias de capacitación o formación.
- Los profesionales referentes deberán realizar supervisión y evaluación de los residentes rotantes

6. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN

Se entiende por estrategias de capacitación al conjunto sistematizado de métodos, procedimientos, dispositivos y actividades que se integran alrededor de los núcleos de formación para el logro del perfil. A continuación, se presentan lineamientos generales que orientan la formulación de estrategias.

Dentro de las estrategias de capacitación es posible distinguir dos grandes grupos:

- Aquellas que toman como punto de partida la información y el conocimiento para luego transferirlos a la práctica. (Ejemplos de actividades: clases teóricas, lecturas, búsqueda bibliográfica, entre otras.)
- Las que parten de la práctica en sí misma para inferir y construir los conceptos y principios que de ella surgen.

Lineamientos Generales

Asegurar una fuerte formación práctica

Se seleccionan las mejores oportunidades de aprendizaje que el sistema ofrece en las distintas áreas y niveles, se desarrolla en forma progresiva, tanto en la adquisición de conocimientos como en la toma de decisiones.

Promover la participación de profesionales de planta

Deberán planificarse actividades que interrelacionen a los residentes con los profesionales de planta para lograr el objetivo del aprendizaje supervisado.

Promover la supervisión al interior de la residencia

El residente participa de una cadena de supervisiones que se extiende desde la coordinación general hacia el interior de la misma. La supervisión es el sistema que integra la evaluación del proceso de capacitación, no se limita a controlar la eficacia de las acciones, sino que es una instancia más para el aprendizaje. La supervisión se debe convertir en un medio para la formación que incluya pero que también supere el control de la tarea.

Promover el autoconocimiento y el cuidado de los equipos de salud

Deberán planificarse actividades vinculadas al autoconocimiento y cuidado del equipo de salud. Los residentes y el equipo de salud trabajan con cuestiones vinculadas a historias de vida, dolor, sufrimiento, muerte, ilusiones, expectativas que nos interpelan, interrogan y cuestionan en tanto personas. Estos temas pueden ser invisibilizados produciendo el padecimiento de los profesionales y trabajadores de la salud en general. Desde el área de la Arquitectura Hospitalaria, se implementarán charlas informativas interdisciplinarias dirigidas al personal de las distintas áreas, para orientar sobre el buen uso de los espacios y de las tecnologías en relación a lo arquitectónico, promoviendo el uso racional de los recursos físicos y optimizar los nuevos procesos de trabajo.

Estimular la integración asistencia - docencia - investigación

Desde la Residencia se promoverán todas las actividades que permitan articular las funciones técnicas—docencia e investigación. Es recomendable que el residente se incorpore integralmente a las actividades que se realizan en los diversos contextos e instituciones de salud en el marco de las normas vigentes.

Integrar la formación teórica con la práctica

Los ateneos y los cursos que se dicten en la residencia estarán vinculados con la práctica diaria. Es esperable que se desarrollen todas las modalidades conocidas para la realización de ateneos y/o espacios de reflexión y que los cursos estén más articulados con la práctica, y que incluyan las diferentes dimensiones de los problemas de salud.

Fomentar la interdisciplina

Promover las actividades inter – residencias de distintas especialidades y con el equipo de salud del mismo hospital y de otros hospitales del sistema.

Dispositivos empleados:

- **Dispositivos de reflexión y producción de conocimiento a partir de la práctica:**

- ✓ Supervisión capacitante.
- ✓ Problematización de situaciones reales en los distintos efectores.
- ✓ Grupo de discusión sobre implicación de la práctica proyectual.
- ✓ Taller Vertical de Diseño.

Se trata de encuentros a partir de una problemática a resolver con la realización de un anteproyecto en los que participan en forma conjunta e integrada los residentes de los tres años. Estos trabajos estarán liderados y coordinados por el Residente del último año.

- ✓ Reflexión sobre la elaboración de programas médico-arquitectónicos.
- ✓ Visitas a distintos establecimientos de salud para el conocimiento integral de la red.

Se define como visita a aquellas actividades a ser desarrolladas fuera del ámbito de la Sede Central de la residencia para la elaboración de trabajos de campo que involucren un tiempo limitado a un día dentro de un Establecimiento de Salud. Las visitas introducirán al residente en el ejercicio del diseño de espacios en un establecimiento de salud, mediante la observación de la problemática de lo existente. Los temas y/o servicios asignados corresponderán en grado de complejidad al año de residencia en que se encuentre el residente o equipo de residentes.

- ✓ Seminarios de reflexión sobre distintos ejemplos de obras de arquitectura hospitalaria.
- ✓ Tutorías: comprendiendo el seguimiento a los residentes de niveles inferiores por parte de los residentes de años superiores en el proceso de aprendizaje, tanto en anteproyectos concretos como en trabajos de investigación, bajo supervisión de instructores y coordinación general de la residencia.

- **Reuniones de información y debate: constituyen encuentros educativos con la presencia de especialistas y/o de invitados especiales:**

- ✓ Conferencias, seminarios, congresos, exposiciones
- ✓ Paneles
- ✓ Mesas redondas, grupos de intercambio.
- ✓ Discusión interdisciplinaria e interservicios

- ✓ Clases presenciales y virtuales: videoconferencias, entre otros.
- ✓ Ateneos.

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

La actividad específica se irá escalonando progresivamente desde un grado inicial de complejidad menor, hasta tareas complejas y de supervisión realizadas por el residente del último año y los profesionales de planta de la Dirección General de Recursos Físicos como Sede Central.

En las actividades que se desarrollan en los distintos efectores, estarán coordinados y acompañados por instructores de nivel central y asesorados por personal que cumple funciones de fiscalización dependiente de la Dirección General de Recursos Físicos de Salud.

El objetivo final es el conocimiento de todos los niveles de complejidad que integran la red de efectores de salud y la totalidad de las áreas para el desarrollo de un plan maestro integral, incorporando conceptos y nociones desarrollados en el transcurso de la residencia.

Teniendo en cuenta la demanda existente en aumento y las situaciones particulares de diagnóstico de cada uno de los efectores de salud, cada residente en arquitectura hospitalaria realizará trabajos de campo, relevamientos y diagnóstico. El residente también elaborará croquis preliminares, anteproyectos, proyectos y documentación de obra.

Recibirán la capacitación en supervisión de las obras proyectadas y tareas relacionadas con el mantenimiento.

Los trabajos realizados se incrementarán en grados de complejidad a medida que avanzan en los distintos años de la residencia, culminando en la elaboración de un anteproyecto de plan maestro en el 3er. año.

Estas prestaciones se conciben y desarrollan considerando el perfil de cada efector, su definición en la red contemplando los "Hospitales 2030" y la proyección respecto de la oferta existente y la demanda insatisfecha. Asimismo, la planificación edilicia, a futuro, se realiza de acuerdo a datos estadísticos de la red y la determinación de futuros crecimientos de acuerdo a los datos de producción.

ÁMBITOS DE DESEMPEÑO

- **Sede central:** Dirección de Recursos Físicos en Salud (todos los años)
- **Sede local:** efectores del Ministerio de Salud del GCBA de acuerdo a distintos niveles de complejidad.

7.1 Organización general de las actividades por áreas de formación

7.1.1 Actividad formativa Asistencial/ Técnica supervisada.

Se dedicará a esta actividad el 50 % del tiempo destinado a la formación, distribuido según práctica y nivel. El conocimiento de los distintos efectores y sus problemáticas se irá incorporando a partir de niveles de complejidad crecientes.

En el primer año se conocerán los modos de atención del primer nivel de atención y las respuestas desde lo espacial a estas necesidades. En el segundo año, se conocerán las necesidades del segundo y tercer nivel de atención.

En el tercer año se implementarán las estrategias para la elaboración de un anteproyecto de Plan Maestro.

Ámbitos y Áreas de Desempeño

PRÁCTICA	NIVEL DE ATENCIÓN	DURACIÓN	SEDE
PRIMER AÑO			
-Visitas grupales coordinadas a los distintos efectores de la Red para realizar observaciones, relevamientos, diagnósticos.	Primer nivel de atención ⁹	Durante todo el año	Establecimientos de Salud.
-Talleres de diseño grupal de croquis y anteproyectos			Central
-Trabajos individuales de distintas áreas (elaboración de programa de necesidades, anteproyecto, pliegos licitatorios)			Central
-Elaboración de informes técnicos			Central
-Elaboración de investigación y exposición			Central
SEGUNDO AÑO			
-Visitas grupales coordinadas a los distintos efectores de la Red para realizar observaciones, relevamientos, diagnósticos.	Segundo y Tercer Nivel de atención ¹⁰	Durante todo el año	Establecimientos de Salud.
-Talleres de diseño grupal de croquis y anteproyectos			Central
-Trabajos individuales de distintas áreas (elaboración de programa de necesidades, anteproyecto, pliegos licitatorios)			Central

⁹ Abarca los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), Centros Médicos Ambulatorios de Referencia (CEMAR), Centros de Salud monovalentes, Talleres protegidos.

¹⁰ Abarca los Hospitales Generales de Agudos y de Niños, Hospitales Especializados y servicios de alta complejidad dentro de los efectores del segundo nivel

-Producción de Pliegos licitatorios y Documentación de anteproyecto (planos generales, de detalle y de instalaciones).	Segundo y Tercer Nivel de atención ¹¹	Durante todo el año	Central
-Elaboración de informes técnicos			Central
-Elaboración de trabajos de investigación y exposición			Central
-Tutoría de Residentes de primer año			Central
TERCER AÑO			
-Visitas grupales coordinadas a los distintos efectores de la Red para realizar observaciones, relevamientos, diagnósticos.	Todos los Niveles 1er., 2do y 3er. Nivel de atención	Durante todo el año	Establecimientos de Salud
-Elaboración de pliegos licitatorios y su documentación			Central
-Capacitación en Inspección de obra			Central con traslado a effector
-Capacitación en Mantenimiento hospitalario			Central con traslado a effector
-Elaboración de la propuesta de un anteproyecto de Plan Maestro integral de un effector a definir por la Residencia			Central
Elaboración de trabajos de investigación y exposición			Central
Tutoría de Residentes de segundo año			Central

7.1.2. Actividad de articulación formativa-docente

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

- Clases teóricas programadas que introduzcan a los residentes en la problemática de la Arquitectura para la Salud. Estas clases, a modo de seminarios, deberán concluir con trabajos finales de síntesis y consolidación de los principales conceptos expuestos.
- Asistencia a charlas, seminarios, conferencias, exposiciones y talleres en relación a temas específicos de formación, las que se organizan tanto por referentes especialistas de cada tema, por servicios específicos de los efectores como también por diversos organismos externos a la residencia.
- Consultas bibliográficas y estadísticas, ateneos grupales semanales de exposición de trabajos de cada residente, trabajos de campo, Reuniones

¹¹ Abarca los Hospitales Generales de Agudos y de Niños, Hospitales Especializados y servicios de alta complejidad dentro de los efectores del segundo nivel

semanales de puesta en común de los trabajos realizados, anteproyectos en curso, seguimientos de trabajos de investigación y nuevas propuestas.

7.1.3. Actividad de investigación

Se dedicará a esta actividad el 20% del tiempo total destinado a la formación e incluye:

- Trabajos de investigación programados y sistematizados.
- Trabajos de investigación en relación a las necesidades en los distintos efectores.
- Trabajos de investigación correspondientes a cada año de la residencia de acuerdo a las complejidades de los diferentes niveles de atención.
- Trabajo de relevamiento de información.
- Informes técnicos de distintos temas desarrollados en el marco de la residencia.
- Investigación individual específica en relación a temas de trabajo.

7.1.4. Formación complementaria

- **Cursos obligatorios y/u opcionales:**

Obligatorios: ofrecidos por el GCBA

Opcionales: se puede sugerir realizar cursos en instituciones reconocidas, teniendo en cuenta la calidad de la oferta educativa y las necesidades de formación.

- **Idioma extranjero** que permita interpretar un texto referido a temas de la especialidad.

La Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional dicta un curso de inglés al que pueden acceder los residentes, según disponibilidad, que les permitirá interpretar un texto referido a temas en el área de la salud.

- **Informática:** adquisición de herramientas de acceso informático para lograr que los residentes sean capaces de utilizar el procesador de textos, base de datos y acceder a bibliografía por este medio.
- **Metodología de la investigación**

7.2. Objetivos, actividades, por año y por rotación

Objetivos generales de la residencia

- Desempeñarse profesionalmente de acuerdo a las necesidades del equipo de salud y de la comunidad.
- Conocer y actuar de acuerdo al marco normativo y organizacional de la Constitución, la Ley Básica de Salud y del Sistema de Salud del GCBA.

- Adquirir una visión integral del sistema de salud atendiendo a las necesidades de la comunidad
- Desempeñar un rol activo y protagónico en sus ámbitos de desempeño.
- Practicar el autoconocimiento, autocuidado y cuidado del equipo.
- Involucrarse en la educación permanente y en las funciones docentes y de investigación.
- Conocer las políticas actuales sustentadas en la Atención Primaria de la Salud en el trabajo de planificación y la toma de decisiones del recurso físico en salud.
- Trabajar interdisciplinariamente con los distintos actores del área de salud en los diferentes contextos de su práctica profesional.
- Desarrollar estrategias para definir programas médicos-arquitectónicos
- Conocer los nuevos modelos de atención de salud a fin de responder desde lo espacial y lo funcional a los nuevos requerimientos del área.
- Aplicar modos de gestión ajustados a los problemas del recurso físico en salud
- Incorporar nuevas tecnologías en los ámbitos de salud en relación a la normativa vigente y a los modelos de atención actuales.
- Desarrollar anteproyectos con distintos niveles de complejidad abarcando desde pequeños sectores de un servicio, áreas completas de un servicio en un efector, hasta la elaboración de los lineamientos para un Plan Maestro, manejando diversas escalas de intervención.

PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA

El residente de primer año se dedicará al conocimiento y estudio de las problemáticas del recurso físico en Salud relacionadas con el **primer nivel de atención**.

OBJETIVOS GENERALES:

- Comprender la estructura y funcionamiento de la residencia.
- Reconocer las áreas de referencia de la red de Salud del GCBA.
- Integrar un equipo de trabajo y participar activamente en las producciones colectivas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la red de efectores y de atención ambulatoria del primer nivel de atención.
- Reconocer los alcances del primer nivel de acuerdo a su caracterización estadística.
- Indagar sobre la planificación de las áreas.
- Implementar estrategias y criterios para el diseño y desarrollo de anteproyectos diseñar y desarrollar anteproyectos.

- Aplicar conocimientos técnicos y legales vigentes en la confección de informes técnicos.
- Confeccionar informes técnicos de acuerdo a los requerimientos técnicos y legales vigentes.
- Conocer y participar en la elaboración de pliegos licitatorios.
- Realizar trabajos de investigación.

ACTIVIDADES:

- Reunión informativa del reglamento de la residencia y de las actividades que desarrolla.
- Búsqueda de información de datos estadísticos y de producción en relación al primer nivel de atención.
- Visitas de reconocimiento a distintos efectores de la red de salud para el relevamiento espacial, funcional, estructural y de infraestructura.
- Reuniones con los actores de las distintas áreas de los centros de primer nivel atención o Centros de Salud y Acción Comunitaria.
- Elaboración de pautas e intenciones que conforman y materializan la idea rectora.
- Realización de croquis preliminares y anteproyectos de los trabajos en atención primaria.
- Documentación de proyectos y elaboración de documentación licitatoria.
- Elaboración de la documentación del proyecto ejecutivo y pliego licitatorio de los trabajos en la Dirección de Recursos Físicos.
- Participación en actividades de capacitación en metodología de la investigación.
- Elaboración y exposición de informes y trabajos de investigación al resto de los residentes.

SEGUNDO AÑO DE LA RESIDENCIA

El residente de segundo año abordará el conocimiento y estudio de las problemáticas del recurso físico en salud relacionadas con el **segundo y tercer nivel de atención**.

Las actividades se desarrollarán a partir del “Taller Vertical de Diseño” con la participación de los residentes de todos los niveles, instructores y coordinador con la modalidad de aprendizaje colaborativo de puesta en común de los trabajos de todos los residentes, correcciones generales e individuales, intercambio de experiencias, definición de modos de resolución de problemas, entre otros.

OBJETIVOS GENERALES:

- Conocer la red de efectores del segundo y tercer nivel de atención.
- Producir colectivamente conocimiento específico a partir experiencias de aprendizajes.
- Desarrollar competencias docentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Reconocer los alcances del segundo y tercer nivel de acuerdo a su caracterización estadística.
- Reconocer e indagar sobre la planificación de las áreas de diagnóstico por imágenes, laboratorios y distintos tipos de internación.

- Implementar estrategias y criterios para el diseño y desarrollo de anteproyectos y proyectos ejecutivos
- Aplicar conocimientos técnicos y legales vigentes en la confección de informes técnicos.
- Elaborar con mayor autonomía pliegos licitatorios conforme a las normas institucionales en función a los ámbitos de desempeño específicos.
- Elaborar informes de investigación de temas pertinentes al recurso físico en salud.

ACTIVIDADES:

- Búsqueda de información de datos estadísticos y de producción en relación al segundo y tercer nivel de atención.
- Visitas de reconocimiento a distintos efectores de la red de salud para el relevamiento espacial.
- Reuniones con los actores de las distintas áreas de los centros de segundo y tercer nivel de atención.
- Elaboración de pautas e intenciones que conforman y materializan la idea rectora.
- Confección de croquis preliminares y anteproyectos de los trabajos de 2do y 3er Nivel.
- Documentación de proyecto y elaboración de documentación licitatoria.
- Elaboración de la documentación del proyecto ejecutivo y del pliego licitatorio de los trabajos en la Dirección de Recursos Físicos.
- Participación en actividades de capacitación en metodología de la investigación.
- Elaboración y exposición de informes y trabajos de investigación al resto de los residentes.
- Tutorías de residentes de primer año.

TERCER AÑO DE LA RESIDENCIA

El residente de tercer año se dedicará a la programación y estudio de un plan maestro integral y la operación de planta de un efector de la red de hospitales del GCABA.

Se tendrá en cuenta una visión integral y completa del efector, previendo futuros crecimientos y las tendencias en los avances tecnológicos y elaboración de los procesos médicos actuales; la definición del perfil del efector en la red del GCABA y de los delineamientos de los "Hospitales 2030".

Asimismo, se incluye la programación de la operación de planta del efector de acuerdo a las tecnologías presentes y las posibles de aplicar a futuro.

OBJETIVOS GENERALES:

- Programar un plan maestro integral y su operación de planta.
- Producir colectivamente conocimiento específico a partir experiencias de aprendizaje.
- Participar activamente en las producciones colectivas.
- Desarrollar competencias docentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Completar un diagnóstico integral del efector a trabajar (perfil, interrelación con otros efectores, necesidades a resolver).
- Indagar la metodología de elaboración de planes maestros.
- Investigar dispositivos de operación y mantenimiento de planta.
- Diseñar y ejecutar un plan maestro y operación de planta.

ACTIVIDADES:

- Búsqueda de información de datos estadísticos y de producción en relación al tercer nivel de atención.
- Visitas de reconocimiento a distintos efectores de la red de salud para el relevamiento espacial.
- Participar de reuniones con los actores de las distintas áreas de los centros de tercer nivel de atención.
- Definición de pautas e intenciones que conforman y materializan la idea rectora del plan maestro.
- Confección de croquis preliminares y anteproyecto del plan maestro.
- Documentación de proyecto y elaboración de documentación licitatoria.
- Elaboración de la documentación del proyecto ejecutivo y del pliego licitatorio de los trabajos en la Dirección de Recursos Físicos.
- Participación en actividades de capacitación en metodología de la investigación.
- Elaboración y exposición de informes y trabajos de investigación al resto de los Residentes.
- Tutorías de residentes de segundo año.

8. CONTENIDOS

8.1. Ejes temáticos

1. El profesional como sujeto activo en el sistema de salud.
2. Dimensión ética y de cuidados en salud. sujetos de derecho.
3. El profesional como participante activo en la educación permanente y la producción de conocimientos.
4. Comunicación en salud.
5. Marco histórico de la evolución del Hospital y Efectores de Salud.
6. Tipologías edilicias históricas y actuales.
7. Sistema de Salud. Niveles y modalidades de atención.
8. Conocimiento de la red de hospitales del GCBA
9. Marco normativo del sistema
10. Planificación general
11. Planificación de la red en el marco de recurso físico de acuerdo a "Hospitales 2030".
12. Planificación y Factibilidad del efector.
13. Programa médico-arquitectónico.
14. Aspectos funcionales. Organización espacial.
15. Desarrollo de áreas específicas.
16. Materiales
17. Incorporación de Equipamiento. Tecnologías.
18. Infraestructura hospitalaria.
19. Sustentabilidad y ahorro energético
20. Operación de planta y mantenimiento.
21. Propuesta de un Plan Maestro.

8.2. Contenidos transversales

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 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 cuidados 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.

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. Dispositivos de reflexión de la práctica como evaluaciones, supervisiones, espacios de elaboración de angustia, taller de reflexión sobre temas como comunicación, dilemas éticos, entre otros. 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, y otros.).

El profesional en la construcción de información epidemiológica y de gestión de procesos salud-enfermedad-atención-cuidado. 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”¹² 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. Los trabajadores de salud y las nuevas tecnologías de información y comunicación.

8.3. Contenidos específicos

1. Marco histórico de la evolución del Hospital y Efectores de Salud.

Los primeros ámbitos de atención de salud. Organización de los primeros edificios pabellonados monovalentes. El siglo SXIX y los cambios en los hospitales planteados por el “Higienismo”.

2. Tipologías edilicias históricas y actuales.

Evolución histórica de las tipologías edilicias de hospitales. El hospital del siglo XIX: la organización pabellonal. Racionalismo en Hospital de Paimio: la humanización” del modernismo. La organización sistémica: la organización en trama. El hospital “vertical”: el desarrollo de los servicios en altura. Hoy: el hospital organizado a partir de “procesos”.

3. Sistema de Salud. Niveles y modalidades de atención.

Efectores y centros de acuerdo a cada nivel. Nivel de atención I, II y III. Tendencias en las nuevas modalidades de atención. Conocimiento de la red de hospitales del GCBA. Hospitales Generales de Agudos. Hospitales de Niños. Hospitales de Salud Mental. Hospitales Monovalentes Especializados. CESACs y CEMARs. “Hospitales 2030”.

4. Conocimiento de la red de hospitales del GCBA

Áreas y Regiones. Vinculación de los efectores del GCBA. Organización de la red en los distintos niveles. Fortalezas del sistema. Modalidad a futuro. Comparación con otros sistemas del mundo.

5. Marco normativo del sistema.

Normativa del Ministerio de Salud de Nación. Programa Nacional de Garantías de la Calidad de la Atención Médica. Normas extranjeras para el Recurso Físico en

¹² Una “buena práctica en salud” es una experiencia o intervención que ha generado un resultado valioso para el (la) usuario(a), que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto; contribuyendo así al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades, para una mejora de las condiciones de vida, que se presenten en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, experiencia que puede servir de modelo para otros equipos de salud. Para mayor información consultar: <http://unhabitat.org/wp-content/uploads/2014/05/Spanish-Guidelines-2014.pdf>; <http://www.elagora.org.ar/site/practicas.htm>;

Salud: Normativa de España, Reino Unido, Comunidad de Cataluña. Diferentes países de América latina.

6. Planificación general.

Estrategias del Ministerio de Salud para todas las áreas involucradas. Indicadores de Salud y datos poblacionales.

7. Planificación de la red en el marco de recurso físico.

Conceptos básicos de la Planificación en el recurso físico. Recomendaciones OMS y OPS. Decisiones de la Planificación Sanitaria del GCBA.

8. Planificación y Factibilidad del Efector.

Perfil del Hospital. Rol del Hospital en la Red de efectores. Estadísticas en relación a la oferta y la demanda. Indicadores de salud y datos de producción que inciden en el recurso físico.

9. Programa médico-arquitectónico.

Necesidades y Recursos. Programación de áreas y servicios. Dimensiones estimadas. Procesos y modalidades.

10. Aspectos funcionales. Organización espacial.

Áreas. Interrelación de áreas y servicios. Tipologías espaciales. Circulaciones verticales y horizontales.

11. Desarrollo de áreas específicas.

Dimensiones y medidas de un hospital del Siglo XXI. Materiales y tecnologías. Iluminaciones naturales y artificiales. Áreas tendientes al Hospital 2030: Áreas de Laboratorios, Diagnóstico por Imágenes, Emergencias, Hospital de Día, Block Quirúrgico, Terapias, Internaciones, Central de Procesamiento y Abastecimiento. Áreas complementarias, Circulaciones y esperas.

12. Conocimiento de materiales a emplear

Materialización de lo diseñado, desde el punto de vista constructivo, funcional y espacial

13. Incorporación de Equipamientos. Tecnologías.

Condicionamientos espaciales, funcionales y arquitectónicos para la incorporación con un enfoque integral y general de Equipamiento médico, no médico y de tecnologías.

14. Infraestructura hospitalaria.

Condicionamientos espaciales, funcionales y arquitectónicos para la incorporación con un enfoque integral y general de instalaciones Sanitarias hospitalarias, Eléctricas hospitalarias, Termomecánicas hospitalarias, Gases Medicinales. Transporte vertical y horizontal.

15. Sustentabilidad y ahorro energético.

Condicionamientos espaciales, funcionales y arquitectónicos para la incorporación con un enfoque integral y general de los aspectos relacionados con la Sustentabilidad. Terrazas verdes. Normas LEED.

16. Operación de planta y mantenimiento:

Condicionamientos espaciales, funcionales y arquitectónicos con un enfoque integral y general en el desarrollo de herramientas para el mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo. Secuencias y rutinas y los Programas de seguimiento diario, semanal, mensual, trimestral, semestral.

17. Propuesta de un Plan Maestro

Lineamientos generales para el anteproyecto. Organización funcional. Organización Espacial. Interrelación de las áreas. Modelos actuales de Planes Maestros.

9. SISTEMA DE EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso de retroalimentación para un sistema de formación y capacitación. El sentido primordial es el de permitir su mejora continua.

Evaluación de los trabajos realizados:

Cada residente deberá elaborar una carpeta de ordenamiento a modo de portfolio de toda la actividad realizada. Los datos volcados en su carpeta serán de carácter digital y se presentarán en formato A4 en cada etapa de evaluación.

Se considerarán para la evaluación formativa y sumativa:

- Trabajos de investigación.
- Informes de actividades.
- Informes de charlas y asesoramiento técnico.
- Relevamientos realizados.
- Documentación realizada en trabajos aportados a los distintos efectores.
- Elaboración de programas médicos-arquitectónicos.
- Elaboración de croquis preliminares.
- Desarrollo de anteproyectos.
- Trabajos de documentación de obra.
- Elaboración de pliegos licitatorios y presupuestos.

Se considerarán aspectos relacionados con:

- desempeño en sede**
- desempeño en visitas**
- desempeño en actividades académicas**

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, 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.

El proceso de evaluación deben llevarlo a cabo al menos dos evaluadores, siendo imprescindible que al menos uno de ellos haya sido su capacitador directo en el área correspondiente, participando activamente de este proceso el jefe de residentes y el coordinador local del programa de residencia en la sede de origen.

Con respecto a la frecuencia, tanto en las actividades anuales como en las de menor duración, deberá asegurarse una instancia de evaluación formativa o de proceso al promediar la actividad y otra sumativa o de producto al finalizarla.

En todas las instancias de evaluación, se realizará una entrevista de devolución de resultados y sugerencias al residente, oportunidad en la que el mismo firmará la aceptación y conocimiento de su evaluación.

La promoción anual del residente se realizará según la evaluación global del desempeño donde se considerarán las planillas de evaluación realizadas en los distintos ámbitos, 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.

Evaluación de las visitas y/o escenarios

Los profesionales responsables de la formación en cada visita y/o escenarios 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 a la coordinación general de la residencia de arquitectura hospitalaria debidamente cumplimentado.

En el Apéndice I se encuentran tabulados los instrumentos de evaluación.

10. FUNCIONES DOCENTES Y DE SUPERVISIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

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 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 residente estará a cargo de:

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

La Autoridad de aplicación designará a la **Coordinación General de la Residencia** por Resolución Ministerial. Será la responsable de la planificación, ejecución y evaluación del programa docente de la Residencia. Estará constituida por un 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 Residencia:

Según Disposición 96-2018 -DGDIYDP-Anexo II:

- Coordinar la elaboración del Programa Docente General de la Residencia y/o Concurrencia.
- Coordinar la actualización periódica del Programa Docente General de la Residencia y/o Concurrencia.
- Evaluar y monitorear la implementación del Programa Docente General de la Residencia y/o Concurrencia.
- Colaborar en el desarrollo de los procesos formativos y la capacitación en servicio.
- Elaborar informes sobre las sedes de la Residencia y/o Concurrencia; 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 proyectos locales y el programa central, articulando los anteproyectos de las distintas sedes y facilitando su intercambio.
- Organizar, coordinar y desarrollar acciones de capacitación y supervisión en el marco de la Dirección General y de las Residencias y/o Concurrencias.
- Propiciar la articulación académica entre la Dirección General (DGDIYDP), 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 y/o Concurrentes.
- Participar en el proceso de selección para el ingreso a la Residencia y/o Concurrencia acorde a la normativa vigente a través de: definición de la bibliografía, elaboración del examen, orientación a aspirantes, toma, resolución de apelaciones y análisis de los resultados del examen.

- Coordinar el diseño, elaborar y gestionar la puesta en marcha y el análisis de los sistemas de evaluación del desempeño de los Residentes y/o Concurrentes.
- Favorecer el desarrollo de experiencias de formación entre las diversas Residencias y/o Concurrencias, según corresponda; y/o con otras instituciones que intervienen en la formación de recursos humanos en Salud.
- Participar en las actividades formativas o de intercambio y actualización que la Dirección General u otros organismos pertinentes organicen.
- Asesorar en la determinación de sedes y vacantes de residencias y concurrencias según corresponda.
- Participar en los procesos de evaluación o acreditación de las sedes formativas.
- Planificar, desarrollar y/o supervisar investigaciones en el marco de la Dirección General y/o de las Residencias y Concurrencias.

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

Según la Ordenanza-1986-40.997-CDMCBA.

Estará integrada por un 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 jefe del servicio y el jefe 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 (10) residentes o fracción mayor de cuatro (4). Cada residencia tendrá un Jefe de residentes, aunque su número sea menor de diez (10). (...) 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 de Buenos Aires."

Son funciones del Jefe de Residentes:

- Asumir la responsabilidad de la conducción del grupo de Residentes
- Actuar de acuerdo con el coordinador de programa y jefes de servicio, en la supervisión y control de las actividades, como asimismo con jefes de residentes de otras especialidades y profesiones.
- Desempeñarse como un referente en lo personal y profesional hacia los 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 jefe de Servicio.
- Incentivar la participación de los 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 residentes desde el punto de vista profesional, personal y ético.

Funciones del Instructor de residentes:

Según la normativa vigente, el Instructor de residentes será un 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 contratará anualmente pudiendo ser renovable. Cuando no haya postulantes para ser designados jefes de residentes, el instructor cumplirá las mismas funciones que éste.

Habiendo jefe de residentes sus funciones serán:

- Brindar apoyo al coordinador general y al Coordinador 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 residentes en áreas específicas.
- Participar en la evaluación de los residentes.

11. BIBLIOGRAFÍA

Textos

1. Artaza Barrios, Osvaldo (coord.). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 Publicaciones - Argentina OPS, 2014. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34027>
2. 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.
3. 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
4. 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
5. Prados Castillejo, J.A. Preguntas sobre la evaluación de competencias y alguna respuesta: el portfolio. Rev. Atención Primaria, Vol. 36 (1), 2005.
6. 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.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/2012evalresi.pdf>
7. Tejada de Rivero, D. (2013) Lo que es la Atención Primaria de la Salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. En Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública, 2013; 30(2):283-87. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n2/a20v30n2.pdf>

Normativas:

1. Ordenanza N° 41.793 y modificatoria (texto consolidado Ley N° 5.666). Sistema de Residencias de Apoyo al Equipo de Salud. <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/RS-2014-54-MSGC-concurso.pdf>
2. Ley 4702/13 Modificatoria de la ordenanza 40997/85 GCBA - Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud. Sancionada 10/10/2013, Promulgada: de Hecho del 15/11/2013, Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires. 2013. Disponible en: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley4702.html>
3. Ley Nacional N° 26.742/2012 sobre los derechos de los pacientes. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>

4. Ley Nº 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
5. Ley Nº 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>
6. Ley Nº 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
7. Ley Nº 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
8. Ordenanza Nº 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
9. Ordenanza Nº 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
10. Disposición Nº 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
11. Disposición Nº 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
12. Disposición Nº 128- DGDIYDP – (MS-GCBA). Junio 2017. Disponible en:
http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165

Guías:

13. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Guía para la elaboración de programas docentes de residencias, 2017. Disponible en:
<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/docenciaeconcurrencias/residenciasyconcurrencias/presentacion-de-residencia-y-concurrencias/programas-de-formacion-docente-de-residencias-y-concurrencias>

Documentos:

14. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional (2014). Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud. Normativa, guías y estándares a 7 años de su creación. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/recursos/publica>

[cion_snares.pdf](#)

15. Encuesta Anual de Hogares 2016 Ciudad de Buenos Aires. Tabulados básicos Dirección General de Estadística y Censos GCBA. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2017/05/2016_tabulados_basicos_fe_de_erratas.pdf
16. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: edición de 2012: panorama regional y perfiles de país. Washington, DC: OPS; 2012. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=124&lang=es
17. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Río sobre los determinantes sociales de la salud: Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011. [citado 18 marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf. [También en: la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río + 20) del 2012, la Declaración de las Naciones Unidas de diciembre del 2012 y el debate sobre la agenda para el desarrollo después del 2015].
18. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC: OPS; 2007. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31084/9275326991-esp.PDF>
19. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978: Alma-Ata, URSS), Organización Mundial de la Salud, UNICEF. Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
20. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su Implementación en las Américas. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). Washington, DC: OPS; 2010. [citado 3 marzo 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31323/9789275331163-spa.PDF>
21. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Santiago de Chile: OPS; 2011. [citado 3 marzo 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33808/9789568246082-spa.pdf>

12. APÉNDICE

APÉNDICE I – Instrumentos de evaluación



**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN Y
DESARROLLO PROFESIONAL**

RESIDENCIA DE ARQUITECTURA HOSPITALARIA

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

SEDE

FECHA

RESIDENTE

EVALUADOR

AÑO DE RESIDENCIA

INSTRUCCIONES

Marque con una cruz en la columna que corresponda en cada caso.

Escriba en el espacio de Observaciones y sugerencias todas las consideraciones particulares no contempladas en el instrumento y las recomendaciones/ orientaciones que puedan ser de ayuda al residente para su desempeño futuro.

Luego de evaluar los ítems de cada ámbito de desempeño. Ud. deberá señalar si el Residente se ha desempeñado en forma altamente satisfactoria, satisfactoria, poco satisfactoria o insatisfactoria. Con las mismas categorías deberá valorar el desempeño global.

Esta grilla debe contener todas las firmas correspondientes, de lo contrario carecerá de validez.

S:
Siempre

C/S:
Casi
siempre

A/V:
A veces

N:
Nunca

N/O:
No observado*

** Se utiliza en los casos en que el evaluador no haya podido observar el comportamiento esperado o cuando el comportamiento descrito no corresponda al nivel o año del evaluado*

6. FORMACIÓN COMPLEMENTARIA	SI	NO
Idiomas		
Normativa de aplicación		
Investigación de antecedente pertinentes		
Ética		
Observaciones y sugerencias:		

EVALUACIÓN GLOBAL DEL DESEMPEÑO: Altamente Satisfactorio - Satisfactorio - Poco Satisfactorio - Insatisfactorio () () () ()	
CONCLUSIONES GENERALES Y SUGERENCIAS:	
Firma y aclaración del Evaluador	Firma y aclaración del Residente
Firma y aclaración del Secretario del Comité de Docencia e Investigación	Firma y aclaración del Instructor
Firma y aclaración Coordinador Local del Programa	Firma y aclaración Coordinador General

ANEXO - RESOLUCIÓN N° 2146/MSGC/18 (continuación)

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
"2018 – AÑO DE LOS JUEGOS OLÍMPICOS DE LA JUVENTUD"

**Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico**

Número: IF-2018-26578377- -DGDIYDP

Buenos Aires, Miércoles 26 de Septiembre de 2018

Referencia: PROGRAMA DE FORMACION - ARQUITECTURA HOSPITALARIA

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 47 pagina/s.

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales
DN: cn=Comunicaciones Oficiales
Date: 2018.09.26 15:13:50 -03'00'

MARIA EUGENIA MAURO
Asistente administrativo
D.G. DOCENCIA, INVESTIGACION Y DESARROLLO PROFESIONAL
(SSPLSAN)
MINISTERIO DE SALUD

Digitally signed by Comunicaciones Oficiales
DN: cn=Comunicaciones Oficiales
Date: 2018.09.26 15:13:51 -03'00'

FIN DEL ANEXO