

PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL DE LAS RESIDENCIAS

Ciclo Lectivo 2014-2015



VIGENCIA: ENERO 2014

F. Acuña de Figueroa 1240, Piso 20,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
4959-8365
residencia@fsg.org.ar
www.fsg.org.ar

Fundación  Sanatorio Güemes

Todas las residencias se encuentran enmarcadas dentro de este proyecto

Proyecto educativo institucional

Comenzado el siglo XXI, el Sanatorio Güemes, como institución médica, asistencial, docente y de investigación clínica, se ha propuesto retomar el legado de sus

predecesores y actualizarlo con contenidos acorde con las exigencias de nuestra sociedad.

Antecedentes institucionales

El Sanatorio Güemes fue fundado en 1954 con el objetivo de lograr niveles de excelencia en la asistencia médica. La calidad profesional de los recursos humanos y la actualización tecnológica fueron los motores que concretaron la institucionalización médica del Sanatorio Güemes.

A la distancia, el Dr. R. Favalaro y el Dr. A. Agrest aparecen como personalidades señeras en la proyección sociocultural del Sanatorio Güemes. En 1971, el Dr. R. Favalaro se incorpora al staff del Departamento de Diagnóstico y Tratamiento de enfermedades torácicas y cardiovasculares. En 1978, el Dr. A. Agrest comienza su labor asistencial, docente y de investigador clínico desarrollada con anterioridad en el Instituto de Investigaciones Médicas fundada por el Dr. A. Lanari.

Por aquello de “las aves del mismo plumaje tienden a juntarse” convergen en el Sanatorio Güemes personalidades tales como: Dr. J. C. Sánchez Ávalos, Dr. R. Chacon, Dr. J. Decoud, Dr. Quiroga Mayor D. A, Dr. C. Bertolasi, Dr. J. Loza, Dr. D. Stamboulian, Dr. J. Hevia, Dr. A. Barsanti, Dr. Z. Siminovich, Lic. J. Bustingorry.

En los 70 y los 80 el Sanatorio Güemes es la institución médica por excelencia y es la que marca los estándares nacionales y continentales en lo asistencial, docente y en investigación clínica.

Los residentes de diversas especialidades formados en el Sanatorio Güemes, pasan a integrar, en algunos casos, su propio cuerpo profesional, y en otros, se distribuyen en calificados centros del país y del extranjero.

Los avatares político-económicos de la sociedad argentina de comienzos de los 90 ponen al Sanatorio Güemes al borde de su desaparición. En 1998 reinicia el camino institucional de la búsqueda de sus objetivos fundacionales. En este sentido, como en otras organizaciones, en los países como los nuestros todavía no se ha alcanzado la continuidad de las instituciones que han logrado los países con tradiciones académicas que se miden en siglos. No obstante, la vocación fundacional persiste.

Los desafíos actuales

Institución: normas, roles y pautas de comportamiento aceptados por la sociedad, centrado en la satisfacción de una necesidad básica.

En los albores del siglo XXI, la práctica médica integra en conjunto con otras organizaciones la Institución Salud. El derecho básico a garantizar es el acceso de la población a la cura, prevención de enfermedades y rehabilitación de la salud.

Nuevos factores económicos, sociales y culturales han modificado las relaciones entre los actores sociales. Asistimos, por ende, a la adecuación histórica de nuevas pautas y al abandono de otras.

La Institución médica (Medicina) debe legitimar su vigencia afrontando las nuevas realidades sociales y económicas. Para ello debe afirmar algunos supuestos básicos que resumimos como macro y microtendencias.

Los desafíos actuales

Macro tendencias: La Medicina en el siglo XXI

La medicina está consustanciada con el método y conocimiento científico

Si bien ha existido continuidad histórica de la práctica médica desde los orígenes de la medicina, la "Gran Tradición" científica de la medicina la inaugura W. Harvey (1578-1657) con la fisiología experimental. Continúa con la fundación de las sociedades científicas. El método científico empleado por personalidades tales como G. Morgagni (1761), R. Laennec (1816), R. Virchow (1858), G. Mendel (1866), R. Koch (1883), A. Fleming (1928), J. Salk (1954) integran esa "Gran Tradición" de la construcción científica individual y social del conocimiento a la que pertenecemos los médicos.

La medicina está consustanciada con los avances tecnológicos

La tecnología es ciencia aplicada; es química, física, ingeniería, microbiología, fisiología, farmacología aplicada. Las innovaciones tecnológicas en el siglo xx han sido abrumadoras. En tecnología también existe una "Gran Tradición": los rayos X de W. Roentgen (1895), el electrocardiograma de W. Einthoven (1903), el respirador de Drinker (1927), la primera máquina de circulación extracorpórea (1939), etc. Los avances en electrónica en estado sólido permitieron el monitoreo de parámetros fisiológicos. La tecnología del sonar permitió el avance en técnicas de ultrasonido.

La confluencia interdisciplinaria de médicos, odontólogos, químicos, físicos, ingenieros, ha posibilitado el surgimiento de la ciencia de los biomateriales: lentes de contacto, reemplazo de articulaciones, prótesis vasculares, corazón artificial, riñón artificial, etc. En los 60, John Charley introduce por primera vez el polímero Teflón como integrante del reemplazo de cadera y al polimetilmetacrilato como cemento para huesos. En 1969, D. Liotta y DA Cooley realizan el primer implante de una prótesis cardíaca en seres humanos.

La era digital ha permitido la adquisición y procesamiento de señales biológicas. Con el advenimiento de computadoras potentes se ha expandido el campo de las

imágenes en medicina: tomografía computada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, etc. La interactividad con la computadora ha desarrollado las técnicas de realidad virtual. Las tecnologías de la información-comunicación desarrollaron la informática médica: historias clínicas en formato electrónico, transmisión de imágenes, comunicaciones, redes computacionales de los sistemas de salud, etc.

De la confluencia de la biología molecular con la ingeniería genética surgió la biotecnología. Las tecnologías de ADN recombinante, anticuerpos monoclonales y tecnologías de manipulación de tejidos han provocado profundos cambios en el diagnóstico y tratamiento de casi todas las enfermedades. Como se puede observar, la convergencia inter y multidisciplinaria forma parte de la concepción teórica y tecnológica de las ciencias biomédicas.

La medicina preventiva es la gran oportunidad para mejorar la salud

Los estudios epidemiológicos han identificado las principales causas de morbimortalidad poblacional: enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedades cerebrovasculares, accidentes, neumoopatías crónicas obstructivas, diabetes, etc. Sin embargo, el punto de mayor interés es que la mayor parte de ellas están relacionadas con factores de riesgo prevenibles.

La promoción y mantenimiento de la salud en la comunidad depende de una política concertada a nivel individual y social. El enfoque tradicional en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no debería postergar la aplicación de las bases científicas del mantenimiento de la salud a nivel social. La Institución médica promueve el desarrollo de las estructuras socioeconómicas que permitan la promoción de la salud.

El sistema de salud está integrado por organizaciones

La complejidad creciente de atención de la salud en las sociedades modernas ha generado la necesidad de contar con distintos niveles de atención y organización institucional.

Todas las residencias se encuentran enmarcadas dentro de este proyecto

Macro tendencias: La Medicina en el siglo XXI

La planificación, organización, dirección y control del trabajo de los miembros del sistema para conseguir objetivos establecidos y prestar servicio óptimo con costos económicos mínimos es el objetivo de la gestión sanitaria. En los equipos de gestión sanitaria intervienen profesionales de distintas disciplinas. Desde hace

30 años aproximadamente se ha incorporado en forma sistemática la evaluación de la calidad médica, teniendo en cuenta estructuras, procesos y resultados de la atención del sistema de salud.

Micro tendencias: Profesionalismo del Equipo de Salud

Ethos: costumbres y usos englobables en un código de normas tácito y reconocido

Se considera *profesionalismo* (ethos) cuando se rige la práctica profesional por valores compartidos por los colegas y la sociedad. El "Medical Professionalism Project" del American Board of Internal Medicine (ABIM), elaboró tres principios y diez compromisos que deben regir el profesionalismo médico. La misma es una iniciativa patrocinada por la "European Federation of Internal Medicine" y "The American College of Physician-American Society of Internal Medicine" y fue adoptada por la Fundación Sanatorio Güemes como plataforma que guiará los contenidos docentes que serán transmitidos a los alumnos de medicina y residentes. Esta propuesta surge a partir de la siguiente observación: "los sistemas de salud en los países industrializados ponen en peligro los valores del profesionalismo". Es más: "las condiciones de la práctica médica tienta a los médicos a abandonar su compromiso de priorizar el bienestar del paciente".

Por tal motivo, "cada médico debe decidir si las circunstancias de su práctica son de riesgo para los valores que la profesión médica ha sostenido por milenios". Estos preceptos "deben resistir a las presiones por imponer una mentalidad corporativa sobre una profesión de servicio hacia los demás".

Los Principios fundamentales:

1. Priorizar el bienestar del paciente.

Ni las fuerzas del mercado, ni la presión social ni las exigencias administrativas deben comprometer este principio.

2. Autonomía del paciente.

Los profesionales de la salud deben ser honestos con el paciente y tomar decisiones previamente informadas y autorizadas por él.

3. Justicia social.

Los profesionales de la salud deben promover la justicia en el sistema de salud incluyendo la distribución justa de los recursos. Y deben eliminar activamente la discriminación en los cuidados de la salud, sean de raza, género, nivel socioeconómico, étnicos, religiosos o de otras categorías sociales.

Responsabilidades profesionales:

1. Competencia profesional.

Los profesionales de la salud deben mantener capacidades y habilidades a lo largo de toda su vida para asegurar la calidad de atención.

2. Honestidad con los pacientes.

Los pacientes deben ser informados en forma honesta y completa. Pueden ocurrir errores médicos con daño para el paciente. Ellos deben recibir información inmediatamente luego de ocurridos los hechos; el incumplimiento afecta la confianza del paciente y la sociedad.

3. Compromiso de Confidencialidad.

Con el desarrollo de la informática y la disponibilidad de la información genética la confidencialidad adquiere mayor importancia. Este compromiso puede verse afectado cuando surgen consideraciones de interés público.

4. Compromiso de mantener relaciones apropiadas con los pacientes.

Dada la vulnerabilidad y dependencia de los pacientes, ciertas relaciones médico-pacientes deben ser evitadas. En particular, los médicos no deben explotar ninguna ventaja sexual, ni de rédito financiero, u otros propósitos personales.

Micro tendencias: Profesionalismo del Equipo de Salud

5. Compromiso con la mejora de la calidad asistencial.

Los profesionales del equipo de salud deben dedicarse a la mejora continua de la calidad asistencial. Esto implica no solamente mantener la competencia clínica sino también trabajar con otros profesionales para reducir los errores médicos, incrementar la seguridad de los pacientes, minimizar la sobre-utilización de recursos, y optimizar resultados. Los profesionales del sistema de salud deben participar en forma activa en el desarrollo de mejores mediciones de calidad asistencial y en la aplicación de mediciones de calidad para evaluar la actuación de individuos, instituciones y sistemas responsables de la atención de la salud. Los médicos individualmente y a través de sus asociaciones profesionales deben asumir la responsabilidad de crear e implementar mecanismos que alienten la mejora continua de la calidad asistencial.

6. Compromiso de mejorar el acceso a la salud.

El profesionalismo del equipo de salud debe exigir la disponibilidad de estándares de atención uniformes y adecuados. Los médicos en forma individual y colectiva deben luchar para derribar las barreras que se oponen a cuidados sanitarios equitativos. Sean barreras educacionales, legislativas, geográficas o discriminación social.

7. Compromiso a una justa distribución de los recursos.

Los profesionales del equipo de salud deben conocer como gestionar en forma sabia y costo-efectiva la provisión de recursos. Deberían junto con otros profesionales, hospitales y financiadores, desarrollar protocolos costo-efectivos. La responsabilidad profesional requiere el uso apropiado de los recursos evitando exámenes y procedimientos superfluos. La utilización de servicios innecesarios expone a riesgos y disminuye recursos para los demás.

8. Compromiso con el conocimiento científico.

El contrato entre medicina y sociedad esta basado en la honestidad y el uso apropiado del conocimiento y tecnología. Los profesionales del equipo de salud tienen la capacidad de mantener los estándares científicos, promover la investigación, crear nuevos conocimientos y asegurar su uso apropiado.

La profesión es responsable de la integridad del conocimiento basado en la evidencia científica y la experiencia personal.

9. Compromiso de preservar la confianza ante conflictos de interés.

Los profesionales del equipo de salud y sus organizaciones tienen muchas oportunidades de comprometer su responsabilidad profesional persiguiendo beneficios o ventajas personales.

Estos compromisos son especialmente peligrosos en la interacción entre instituciones o profesionales con industrias con fines de lucro, incluyendo fabricantes de equipos, compañías de seguros, firmas farmacéuticas. Los médicos tienen la obligación de reconocer e informar al público general, así como también asumir los conflictos de interés originados en su actividad.

10. Responsabilidad profesional.

Los profesionales del equipo de salud deben trabajar en colaboración. Deben ser respetuosos con los colegas y participar en el proceso de regulación de la actividad profesional. Deben participar en el remedio o el castigo de los que defraudan los estándares profesionales. El profesionalismo del equipo de salud acepta el escrutinio externo de la profesión.

Todas las residencias se encuentran enmarcadas dentro de este proyecto

Residencias del Equipo de Salud: Objetivos generales

Las Residencias del Equipo de Salud son sistemas de formación en servicio que tienen como objetivo asegurar la mejor capacitación para el desempeño profesional.

El diseño global del currículo parte del siguiente supuesto básico: "La enseñanza/aprendizaje de las ciencias médicas debe estar fundada en la práctica clínica con sustento científico y supervisión profesional continua".

Los contenidos educacionales deben cumplir con los estándares de calidad exigidos por asociaciones médicas científicas nacionales e internacionales.

Planificación y ejecución estratégica

El Comité de Residencias del Equipo de Salud (CORES) tiene funciones delegadas por el Departamento de Docencia. Reporta al Departamento de Docencia.

El CORES está integrado por un representante de la Dirección Médica y/o un representante del Comité de Docencia, el Director de cada programa de residencia o quien él designe, un representante de cada Director de Curso Interdisciplinario (hasta un máximo de cuatro), un asesor pedagógico y un representante de los jefes de residentes de cada programa de residencia.

Están invitados a participar todos los jefes de residentes, un segundo representante de cada Director de programa y un asesor invitado especialista en el tema a tratar.

La planificación estratégica de las Residencias del Equipo de Salud es responsabilidad del CORES.

Los componentes de esta planificación incluyen:

- Formulación de objetivos.
- Estrategias de corto y largo plazo.
- Adecuación del proyecto a la realidad circundante.
- Evaluación y selección de opciones estratégicas.
- Monitoreo de los planes en ejecución.

La ejecución de las estrategias está a cargo de los Coordinadores de cada Residencia. Esta actividad incluye: organización, ejecución de los planes de estudio, evaluación de docentes y residentes.

Se tendrá en cuenta la eficiencia del proceso educativo, la implementación de medidas correctivas del programa, de los educadores y/o de los educandos.

Currículo de las Residencias

Las Residencias del Equipo de Salud comparten un Ciclo Interdisciplinario (CI) presencial y de aprobación obligatoria para promocionar el año de residencia.

Los módulos que integran el CI contemplan los aspectos centrales o "básicos imprescindibles e irrenunciables que todo residente debe conocer independientemente de su futura especialidad".

Cada Residencia tiene además su Proyecto Educativo de la especialidad con currículo y contenidos específicos.

Contenidos del Ciclo Interdisciplinario (CI)

Módulo: Auditoría Médica

Objetivos

Otorgar Herramientas Básicas de Auditoría Médica a la totalidad de los médicos que acceden al Sistema de Residencias Médicas de la FSG.

Promover el conocimiento sobre el Rol de la Auditoría Médica dentro de las Instituciones

Incentivar una adecuada interrelación entre la Medicina Asistencial y la Auditoría Médica.

Operatoria:

De carácter obligatorio y dirigido a todos los residentes de la FSG.

Estrategias didácticas: clases expositivas

Tiempo asignado: 4 clases de 60 minutos c/u

Evaluación final: Tipo Múltiple elección

Promoción: asistencia 80%.

Residentes del 1° Año

1. Auditoría Médica. Definición. Historia. Evolución. Rol dentro de las Instituciones de Salud. Intervenciones de Auditoría en los diferentes Sistemas de Salud
2. Historia Clínica. Elaboración. Evoluciones. Cierre. Documentación Complementaria: Consentimiento Informado. Certificados de Implante. Protocolos Quirúrgicos. Stickers
3. Indicaciones Médicas. Características Generales y Particulares. Vademécum Institucional. Intervenciones desde la Auditoría Médica Interna
4. Indicadores. Definiciones Básicas. Aplicación Práctica

Residentes del 2° Año

1. Obras Sociales. Margo legal. Impacto en los servicios de salud. Rol de la Auditoría Médica. PMO.SUR
2. EMP. Margo Legal. Características particulares. Rol de la Auditoría Médica.
3. Calidad. Definición. Herramientas de la Calidad.
4. Indicadores. Definiciones Intermedias. Aplicación Práctica

Residentes del 3° Año

1. Modelos de Contratación. Prestación. Cápita. Módulo. Auditoría de Facturación
2. Auditoría Aplicada sobre Estructuras, Procesos y Resultados. Acreditación y Categorización. Calidad.

Productividad. Laboratorio de Análisis Clínicos y Diagnósticos por Imágenes.

3. Auditoría de Farmacia. Trazabilidad. Consumo. Insumos controlados
4. Indicadores. Definiciones avanzadas. Aplicación Práctica

Residentes del 4° Año

1. Seguridad del Paciente. Definiciones. Estrategias. Implementación. Evaluación
Evaluación de Riesgo Paciente. Instrumentos de Medición. Valor de la Comunicación
en el feed back de la mejora continúa.
2. Seguridad e Identificación de Pacientes. Complicaciones Intranosocomiales. Caídas. Úlceras por presión. Medicamentos. Infecciones Intranosocomiales
3. Seguridad y Check List Quirúrgico. Importancia. Estrategias de Aplicación.
4. Indicadores. Integración de niveles. Aplicación Práctica.

Módulo: Comunicación Humana

Encargado docente: Lic. Néstor Castellucci

Fundamentación y marco de referencia

Las razones que impulsan la inclusión curricular de la asignatura Módulo de Comunicación Humana en el Programa de Residencias del Equipo de Salud, se relacionan con la necesidad práctica que manifiestan los profesionales del Equipo de Salud de contar con nociones fundamentales de la comunicación humana; tanto para el ejercicio asistencial de la medicina en todas sus ramas, como para el trabajo en su enfoque ínter y multidisciplinario.

En la actualidad, la clínica médica se encuentra atravesada por un complejo conjunto de variables relacionado con la multiplicidad de factores que intervienen en su práctica. Los avances tecnológicos y científicos, los conflictos sociales, la incorporación de normativas de gestión de calidad y de productividad dentro de las Organizaciones Médicas, como así también la metamorfosis de los perfiles psicológicos, hacen que los profesionales que se dedican al campo asistencial se enfrenten periódicamente ante nuevos desafíos.

Consideramos que la base del acto médico se fundamenta en el diálogo, a partir del vínculo que se genera entre el profesional y el paciente. Consecuentemente nuestro modelo de contrato pedagógico es transmitir contenidos conceptuales, procedimentales y actitudina-

Todas las residencias se encuentran enmarcadas dentro de este proyecto

Contenidos del Ciclo Interdisciplinario (CI)

les que sean beneficiosos en el desarrollo profesional del médico.

Por consiguiente se incluyen dentro de la propuesta curricular contenidos teóricos fácilmente transmisibles a la práctica real del profesional de la salud.

Propósitos del plantel docente

- Suministrar herramientas comunicacionales (CV y CNV) que permitan establecer diferentes tipos de estrategias en la práctica profesional.
- Impulsar un enfoque integrador que facilite la conformación de equipos de trabajo ínter y multidisciplinarios.
- Promover que el alumno se consolide en el diseño de sus propios desarrollos profesionales causando cambios evolutivos en su entorno (Servicio, Equipo, Institución).

Objetivos

• 3.1 Objetivos Generales (Competencia)

Se espera que los profesionales residentes logren:

- Reconocer la relación existente entre la buena comunicación y el logro de mayor y mejor adherencia de los pacientes a las indicaciones y tratamientos indicados desde el acto médico.
- Percibir la importancia del saber escuchar en la práctica cotidiana. Comprendiendo la trascendencia del saber alojar y cuidar al paciente en su sintomatología singular.
- Experimentar la importancia del trabajo interdisciplinario como fuente enriquecedora, permitiendo un salto cualitativo en la práctica profesional del Equipo de Salud.
- Impulsar el diálogo como recurso de búsqueda de consenso en el ámbito del trabajo de equipo.
- Diferenciar, causar y sostener saberes distintivos que permitan el desarrollo de los objetivos estratégicos comunes.

• 3.2 Objetivos Específicos (Contenidos)

Se espera que los profesionales residentes logren:

- Desarrollar habilidades que permitan mejorar las relaciones interpersonales dentro del campo organizacional, tanto así como en los ámbitos jerárquicos y de pares.
- Demostrar desarrollo en habilidades comunicacionales y vinculares.
- Conocer los diferentes marcos teóricos en el cual se fundamenta la Comunicación Humana.

- Detectar de manera oportuna los potenciales conflictos comunicacionales que se generan en el ámbito profesional.
- Evaluar las posibles causas y consecuencias de la comunicación patológica en el vínculo interpersonal (profesional-paciente, dentro de un Servicio y en los diferentes ámbitos y roles de una Organización).

4. Ejes temáticos desarrollados

- Comunicación profesional de la salud – paciente
- Trabajo en equipo
- Comunicación verbal y no verbal
- Comunicación de malas noticias
- Concepto de muerte
- Técnicas para la resolución de conflictos
- Trabajo interdisciplinario
- Prevención en la salud de los profesionales de la salud
- Paciente pre y post-quirúrgico
- Concepto de trauma
- Comunicación con Pacientes y familiares conflictivos

5. Actividades

- Clases dialogadas
- Discusión y análisis de casos
- Juegos de roles
- Presentación de trabajos prácticos
- Presentación de filmografía

6. Mecánica Operativa

Se llevarán a cabo 9 clases de 90 minutos; cada una los días jueves de 14 a 15:30 h en el transcurso de los meses de septiembre, octubre y noviembre.

7. Evaluación

Procedimiento de evaluación y criterio de promoción:

- Presentismo como condición para sostener la regularidad: 80 %.
- Evaluación continua basada en el desempeño del alumno en las diversas actividades pedagógicas llevadas a cabo. Auto evaluación. Evaluación grupal.
- Evaluación: Entrega y exposición del trabajo práctico.

Módulo: Lectura crítica de la literatura médica Coordinadora: Dra. Marina Khoury

Objetivo: Desarrollar una actitud crítica frente a la literatura médica.

Contenidos: Introducción al método científico y diseño de estudios. La pregunta. Búsqueda bibliográfica. Introducción a la Medicina Basada en la Evidencia. Evaluación crítica de artículos de tratamiento, pronóstico, diagnóstico y daño. Evaluación de revisiones sistemáticas.

Estrategias didácticas: Clases teóricas. Ejercicios de aplicación.

Mecánica operativa: De carácter obligatorio para residentes de 3º año. Dos horas semanales durante 1 y ½ mes.

Evaluación: Promociona la materia con asistencia del 80% y examen final que consiste en ejercicio de búsqueda bibliográfica y lectura crítica.

Módulo: Investigación científica

Coordinadora: Dra. Marina Khoury

Objetivo: Aplicación del método científico en los estudios de población y relevancia par a la práctica asistencial.

Contenidos: Identificar objetivos de investigación para un estudio clínico. Redacción de un proyecto de investigación (protocolo). Cálculo de tamaño de muestra. Diseño de base de datos. Análisis estadístico de datos. Redacción del informe de una investigación.

Estrategias didácticas: talleres con problemas reales. Los alumnos que está en alguna etapa de una investigación solicitan entrevista para realizar "Consultorías docentes" sobre cualquiera de los contenidos.

Mecánica operativa: De carácter optativo.

Evaluación: sumativa. Se evalúan los resultados obtenidos (protocolos, informes, análisis, etc.).

Módulo: Gestión I

Coordinador: Dr. Esteban Lifschitz

Fundamentos

La formación médica de posgrado requiere determinadas

competencias y habilidades relacionadas no sólo con aspectos asistenciales de la atención sino también, con temas asociados al contexto en el que se ejerce la profesión.

En ese contexto y en el marco del proyecto educativo del Sanatorio Güemes, se propone la realización de un curso sobre temas de gestión para residentes superiores de la institución, en el que se abordarán en forma teórico-práctica algunos de los temas más relevantes en esta materia.

El mismo se desarrollará en forma cuatrimestral, con periodicidad semanal. Las clases se llevarán a cabo en día a determinar y tendrán una duración de 2 hs cada una.

Objetivo general: Introducir a los médicos residentes en temas de gestión y administración de salud

Contenidos

1. Sistemas de salud: Generalidades
2. Sistemas de salud comparados: Argentina y otros países
3. Modelos de atención: APS, Disease Management
4. Modalidades de pago
5. Seguridad del paciente
6. Epidemiología-Estadísticas: Conceptos generales
7. Gestión de internación
8. Planeamiento estratégico
9. Organizaciones
10. Sistemas de información: Historia Clínica Electrónica

Estrategias didácticas

- Clases teóricas dictadas por los docentes
- Discusión de casos prácticos para resolución grupal
- Participación activa de los alumnos

Mecánica operativa

Clases semanales de 2 horas de duración, durante un cuatrimestre.

El curso se dictará los Martes de 14 a 16 h

Evaluación

Al finalizar la cursada, los alumnos deberán aprobar un examen en el que se evaluarán los contenidos aprendidos durante el curso. El mismo se realizará mediante la modalidad de múltiple choice.

Todas las residencias se encuentran enmarcadas dentro de este proyecto

Contenidos del Ciclo Interdisciplinario (CI)

Ciclo Interdisciplinario: Materias y carga horaria

	1° AÑO	2° AÑO	3° AÑO	4° AÑO	Total horas cátedra
Auditoria Médica	4h	4h	4h	4h	16h
Comunicación Humana	13.5h				13.5h
Lectura Crítica Diseño de Protocolo Investigación			12h		12h
Gestión I				34h	34h
TOTAL					75.5h

